

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

DAIANE BIFF

**CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

DAIANE BIFF

**CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do grau de Doutorado em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Biff, Daiane

Cargas de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família / Daiane Biff ; orientador, Denise Elvira Pires de Pires - Florianópolis, SC, 2016.
245 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Carga de trabalho. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Pires, Denise Elvira Pires de . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. III. Título.

DAIANE BIFF

**CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela banca
examinadora para obtenção do título de:

DOUTORA EM ENFERMAGEM

e _____ em 16 de dezembro de 2016, atendendo às normas
de legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Educação e Trabalho
em Saúde e Enfermagem.

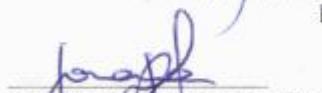


Dra. Vânia Marli Shubert Backes
Coordenadora do Programa

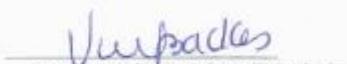
Banca Examinadora:



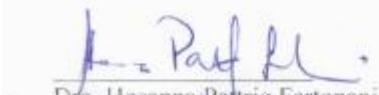
Prof.(a) Dr.(a) Denise Elvira Pires de Pires
Presidente



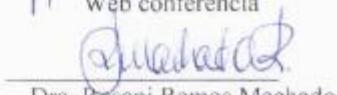
Dra. Soraia Dorneles Shoeller
Membro (Titular)



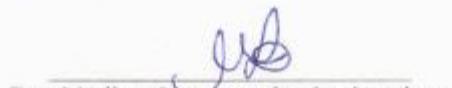
Dra. Leticia de Lima Trindade
Membro (Titular)
Web conferência



Dra. Hosanna Patríg Fertonani
Membro (Titular)



Dra. Rosani Ramos Machado
Membro (Titular)



Dra. Marilene Nonemacher Luchtemberg
Membro (Titular)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a maior gratidão é destinada a Deus, por ser realmente o Deus do impossível e por me amparar nos momentos difíceis concedendo forças para seguir adiante sempre.

Aos meus pais, Luiz Biff Sobrinho e Josete Daniel Biff pelos ensinamentos, valores e apoio. Vocês são a minha fortaleza, minha fonte de inspiração e de amor. Sem suas presenças, com certeza não conseguiria chegar até aqui.

A toda minha família que sempre compreendeu minha ausência e necessidades neste momento importante de minha vida.

Ao meu marido Ricardo Dal Toé Bom, pelo apoio e encorajamento quando nem sempre se entende que é possível continuar. És parte de mim e sustentação da minha vida. Esteve ao meu lado em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis. Em resumo, eu não teria palavras para agradecer tamanha gratidão e amor.

À Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires, exemplo de ser humano e profissional. Esteve presente de várias maneiras em minha vida. Em toda trajetória do doutorado, concedeu seu apoio, sua parceria e, principalmente, compartilhou muito mais que conhecimento, mas sim, amor, cumplicidade e preocupações. Poderia dizer que se tornou uma segunda mãe em minha vida! Muito obrigada simplesmente por tudo, a você devo muito do meu ser enfermeiro hoje.

Ao Grupo de Pesquisa PRÁXIS, que muito contribuiu para minha formação além de favorecer um espaço de novas de amizades e conhecimentos, não somente pelo mundo do trabalho em saúde, mas pelas ricas trocas de experiências vivenciadas.

À minha amiga Elaine Cristina Novatzki Forte que é parte desta tese e me apoiou em muitos momentos do doutorado. Você me deu forças quando mais precisei e continua alimentando meus sonhos. Obrigada de coração pela amizade e parceria de sempre.

Aos meus companheiros de pesquisa Jacks Soratto, Francele Luz Machado, Thayse Palhano de Melo, Didiana Ferreira Souza e Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira que se tornaram muito mais que parceiros desta trajetória e, sim, grandes amigos que irei levar comigo por toda vida.

Aos demais amigos e parceiros de seminários de orientação coletiva que sempre colaboram positivamente com meu crescimento pessoal e científico, além de proporcionar um ambiente saudável e gostoso de conviver.

À minha amiga Carolina Frescura Junges que foi a primeira pessoa quem me acolheu neste ciclo do doutorado e mostrou os primeiros passos da pesquisa na Universidade Federal de Santa Catarina.

Aos membros da banca de qualificação, a Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof e a Dra. Rosani Ramos Machado pelas contribuições ímpares para o projeto de pesquisa.

Aos membros da banca de defesa, a Dra. Soraia Dorneles Shoeller, Dra. Letícia de Lima Trindade, Dra. Hosanna Patrig Fertonani, Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof, Dra. Rosani Ramos Machado, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider e a Dra. Marilene Nonnemacher Luchtemberg pelo apoio e disposição a participar deste momento tão importante, além das importantes contribuições acerca deste estudo.

Às professoras do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, pelas oportunidades de crescimento acadêmico e profissional, durante o período do Curso de Doutorado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá pelo incansável apoio e ajuda constante, além da confiança que depositaram nos meus sonhos.

A todas as pessoas que tive a honra de compartilhar alegrias, tristezas e emoções. Foram dias maravilhosos e que, com certeza levarei comigo para este novo mundo que estou entrando agora. Obrigada de coração!

BIFF, D. **Cargas de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 245p.

RESUMO

Membro importante da equipe de Saúde da Família, o enfermeiro está exposto a diferentes tipos de cargas de trabalho, que podem interatuar entre si, influenciando em sua saúde e, conseqüentemente, suas ações. Estudo de abordagem qualitativa objetivou conhecer as cargas de trabalho de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família nas 5 regiões geográficas do Brasil. A coleta dos dados aconteceu por meio da triangulação de técnicas e contou com um total de 40 enfermeiros, 196 horas de observação e cerca de 300 documentos. Teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com os pareceres nº 723.695 e nº 1.547.952. Os dados foram analisados com base nas considerações de Bardin (2011) e por meio do software Atlas.ti[®], versão 7. Os resultados estão apresentados em forma de 04 artigos.

Manuscrito 1: Cargas de trabalho de enfermeiros na Saúde da Família no Brasil. Revisão integrativa da literatura referente ao período de 1994-2014, com objetivo de encontrar publicações que tratassem das cargas de trabalho dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Evidenciaram-se as cargas do tipo psíquicas, fisiológicas, mecânicas, físicas e biológicas.

Manuscrito 2: Cargas de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: identificação e tipologia. Buscou conhecer os elementos causadores de cargas e classificar conforme o tipo de carga analisando a relação das mesmas com o processo de trabalho do enfermeiro no contexto da Saúde da Família. Ficaram evidenciadas as cargas psíquicas e sua relação com a força de trabalho.

Manuscrito 3: Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. Objetivou identificar os elementos que contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho do enfermeiro atuante na Saúde da Família. Ficou evidenciada uma relação dialética de elementos presentes no processo de trabalho que influenciam positiva ou negativamente nas cargas de trabalho dos enfermeiros, dependendo do momento e da forma como esses elementos se manifestam no cotidiano do trabalho em saúde.

Manuscrito 4: O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e cargas de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da

Família. Objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família no Brasil após implantação do PMAQ. Constatou-se que o programa teve importante impacto nas cargas de trabalho dos enfermeiros, contudo influenciou positivamente na organização do trabalho. O estudo conclui defendendo a tese de que o aumento das CT é fortemente influenciado pelas condições de trabalho, destacando-se a infraestrutura inadequada e déficits em materiais e equipamentos para a realização do trabalho; a insuficiência na relação número de profissionais e demanda, aliado à excessiva jornada de trabalho; e pelo desconhecimento das características inovadoras deste modelo pelas equipes, gestores e usuários. Dialeticamente, o modo de trabalhar, quando promove relações e resultados assistenciais positivos, assim como a identificação com o modelo da ESF contribuem para reduzir as cargas.

Palavras-chave: Enfermeiras e enfermeiros. Saúde do trabalhador. Carga de trabalho. Condições de trabalho. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

BIFF, D. **Workloads of nurses from the Family Health Strategy.** Thesis (Doutorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 245p.

ABSTRACT

Important member of the Family Health team, the nurse is exposed to different types of workloads, that can interact with each other, influencing their health and, consequently, their actions. This qualitative study aimed knowing the workloads of nurses working in the Family Health Strategy in 5 geographic regions of Brazil. The data collection took place through the triangulation of techniques and counted on a total of 40 nurses, 196 hours of observation and about 300 documents. Was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings with the opinions No. 723.695 and 1.547.952. The data were analyzed based on the considerations of Bardin (2011) and using Atlas.ti® software, version 7. The results are presented in the form of 04 articles. **Manuscript 1:** Workloads of nurses in Family Health in Brazil. Integrative literature review covering the period 1994-2014, with the objective of finding publications dealing with nurses' workloads in the Family Health Strategy in Brazil. Showed up loads of psychic type, physiological, mechanical, physical and biological. **Manuscript 2:** Nursing workloads of the Family Health Strategy: Identification and typology. Sought to know the causative elements load and sort by type of load and its relationship with the nurse work process in the context of Family Health. They were evidenced psychic loads and their relationship with the workforce. **Manuscript 3:** Nursing Workloads: Lights and Shadows in the Family Health Strategy. It aimed to identify the elements that contribute to increase or reduce the workloads of nurses working in Family Health. It was evidenced a dialectical relationship of elements present in the process of influence that influence positively or negatively in the workloads of nurses depending on the moment and the way these elements are manifested in the daily work of health. **Manuscript 4:** The Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ) and Workloads of the nurse in the Family Health Strategy. It was found that the program had a significant impact on the workload of nurses, but positively influenced the organization of work. The study concludes defending the thesis that the increase in CT is strongly influenced by working conditions, especially the inadequate infrastructure and deficits in materials and equipment for

carrying out the work; insufficient in relation number of professionals and demand, coupled with excessive working hours; and the ignorance of the innovative features of this model by the teams, managers and users. Dialectically, the way of work, when it promotes positive relationships and positive results, as well as identification with the ESF model contributes to reduce the loads.

Keywords: Nurses. Ocupacional health. Workload. Working conditions. Family Health Strategy.

BIFF, Daiane. **Cargas de trabajo de Enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia.** Tese (Doutorado en Enfermería) - Programa de Pós-Graduação em Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 245p.

RESUMEN

Importante miembro del equipo de salud de la familia, las enfermeras están expuestas a diferentes tipos de cargas de trabajo que pueden interactuar entre sí, la influencia en su salud y por lo tanto sus acciones. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo identificar las cargas de trabajo de las enfermeras que trabajan en la Estrategia Salud de la Familia en 5 regiones geográficas de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo a través de técnicas de triangulación y tenía un total de 40 enfermeras, 196 horas de observación y unos 300 documentos. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos con las opiniones N° 723.695 y 1.547.952. Los datos se analizaron sobre la base de consideraciones Bardin (2011) y por medio de software Atlas.ti®, versión 7. Los resultados se muestran en la forma de artículos 04. **Manuscrito 1:** Las cargas de trabajo de las enfermeras en la salud de la familia en Brasil. Revisión integrada de 1994-2014 durante el periodo de la literatura, con el fin de encontrar las publicaciones que abordaron la carga de trabajo del personal de enfermería en la Estrategia Salud de la Familia en Brasil. Apareció un montón de tipo psíquico, fisiológico, mecánica, física y biológica. **Manuscrito 2:** las cargas de trabajo de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia: Identificación y tipología. Buscado conocer la carga elementos causales y clasificar por tipo de carga y su relación con el proceso de trabajo de enfermería en el contexto de la salud de la familia. Ellos se evidenciaron las cargas psíquicas y su relación con la fuerza de trabajo. **Manuscrito 3:** Las cargas de trabajo de las enfermeras: Luces y sombras en la Estrategia Salud de la Familia. Su objetivo era identificar los elementos que contribuyen a aumentar o disminuir las cargas de trabajo de las enfermeras que trabajan en la salud de la familia. Se evidenció una relación dialéctica de elementos en proceso de trabajo que influyen positiva o negativamente en las cargas de trabajo de las enfermeras en función de cuándo y cómo estos elementos se manifiestan en el trabajo diario de la salud era evidente. **Manuscrito 4:** El Programa de Mejoramiento de la Calidad de acceso y en la Primaria (PMAQ) y cargas de trabajo de las enfermeras en la Estrategia Salud de la Familia.

Examina las percepciones de las enfermeras en cargos de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia en Brasil después de la implementación de PMAQ. Se encontró que el programa tuvo un impacto significativo en la carga de trabajo de las enfermeras, pero influido positivamente en la organización del trabajo. El estudio concluye defendiendo la tesis de que el aumento de CT está fuertemente influenciada por las condiciones de trabajo, en especial la infraestructura inadecuada y los déficit en los materiales y equipo para llevar a cabo el trabajo; insuficiente en relación número de profesionales y la demanda, junto con horarios de trabajo excesivos; y el desconocimiento de las características innovadoras de este modelo por los equipos, administradores y usuarios. Dialécticamente, de camino al trabajo, cuando promueve las relaciones y los resultados de los cuidados positivos, así como la identificación con el modelo ESF contribuyen a reducir los cargos.

Palabras clave: Enfermeros. Salud laboral. Carga de trabajo. Condiciones de trabajo. Estrategia de Salud Familiar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ-AB	Auto Avaliação na Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínicas da Família
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
CNRMS	A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro-Oeste
CS	Centro de Saúde
CT	Cargas de Trabalho
DAB	Departamento de Atenção Básica
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DF	Distrito Federal
EAB	Equipes de Atenção Básica
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESCH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
N	Norte
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pará
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

	Qualidade
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PEN	Pós Graduação em Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	<i>Public/PublishMedline</i>
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
S	Sul
SC	Santa Catarina
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SE	Sudeste
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
US	Unidades de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa geográfico do Brasil apresentado por estados, com destaques para as regiões onde foi realizada a pesquisa, 2013-2016.....	64
Figura 2 - Codificação dos enfermeiros seguindo descrição por categoria, região e sequência da entrevista.....	72

Manuscrito 1

Figura 1 - Descrição dos passos para a seleção e a inclusão dos estudos na revisão.....	79
--	----

Manuscrito 3

Figura 1 - Perfil dos enfermeiros, quanto ao sexo, idade, escolaridade, tempo de experiência profissional e na ESF, 2013 a 2016.....	131
Figura 2 - Número de enfermeiros em relação ao vínculo empregatício e jornada de trabalho.....	133
Figura 3 - Elementos que aumentam as CT dos enfermeiros atuantes nas ESF nas 5 regiões geográficas do Brasil, 2013-2016.....	135
Figura 4 - Elementos do processo de trabalho na ESF que contribuem para diminuir as CT dos enfermeiros nas 5 regiões geográficas do Brasil, 2013-2016.....	116

Manuscrito 4

Figura 1 - O PMAQ-AB na visão dos enfermeiros participantes da pesquisa, 2016.....	167
Figura 2 - A influência do PMAQ-AB nas cargas de trabalho dos enfermeiros da ESF, 2016.....	134
Figura 3 - Dificuldades para a consolidação do PMAQ-AB, 2016.....	170

LISTA DE QUADROS

Manuscrito 1

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2015.....	81
Quadro 2 - Elementos geradores de cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF e sua relação com os tipos de cargas.....	85

Manuscrito 2

Quadro 1 – Síntese geral dos fatores/elementos geradores de cargas de trabalho e sua relação com os tipos de cargas, 2013-2016.....	102
Quadro 2 – Fatores geradores de CT, relacionados com os elementos do processo de trabalho dos enfermeiros e tipo de cargas, 2013-2016.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das observações realizadas pelos pesquisadores no momento da permanência em campo, distribuídas por números de notas e tempo de realização, 2013-2016.....	67
--	----

Manuscrito 2

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados quanto ao sexo, idade, formação, tempo de experiência profissional e na ESF, tipo de contratação, jornada de trabalho e número de empregos, 2013-2016.....	100
---	-----

Manuscrito 4

Tabela 1 - Perfil dos enfermeiros de acordo com ao sexo, idade, formação, tempo de experiência na profissão e na Estratégia Saúde da Família, vínculo empregatício e a jornada de trabalho semanal, 2016.....	163
--	-----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS E TESE	33
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
2.3 TESE.....	33
3 REFERÊNCIAS TEÓRICO CONCEITUAIS	35
3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM.....	35
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB).....	38
3.2.1 Estratégia Saúde da Família (ESF), aspectos históricos.....	40
3.2.2 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	43
3.2.3 O profissional enfermeiro e seu trabalho na ESF.....	47
3.3 CARGAS DE TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	52
4 MÉTODO	59
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	59
4.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES.....	61
4.3 COLETA DE DADOS.....	64
4.3.1 Entrevistas semiestruturadas.....	65
4.3.2 Observação e estudo documental.....	66
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	71
5 RESULTADOS	73
5.1 CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	74
5.2 CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IDENTIFICAÇÃO E TIPOLOGIA.....	94
5.3 CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: LUZES E SOMBRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	127
5.4 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE E CARGAS DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	156
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	181

APÊNDICES	205
ANEXOS.....	235

APRESENTAÇÃO

O universo deste estudo é a Atenção Primária à Saúde no Brasil, cujos preceitos estão materializados na Estratégia Saúde (ESF) da Família e na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012). O enfermeiro, objeto deste estudo, integra as equipes e constituiu-se em importante ator deste cenário.

O interesse por esta temática surge a partir das inquietações da autora com os desafios encontrados na atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Desde minha formação acadêmica e vinculação à Estratégia Saúde da Família, há mais de 9 anos, vivencio um desconforto em relação às dificuldades do ser enfermeiro neste âmbito da assistência em saúde. A busca por respostas na melhoria da qualidade do trabalho do enfermeiro e na valorização do trabalho deste profissional contribuíram para este estudo.

Este estudo está vinculado ao Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre trabalho, ética, saúde e enfermagem – Práxis, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Também é parte de duas macro pesquisas de minha orientadora Dra. Denise Elvira Pires de Pires, intituladas “Inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde”, período 2011-2013 e “Inovação tecnológica não material em saúde: cargas de trabalho e satisfação”, período 2015-2019.

Esta pesquisa, desenvolvida para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, está organizada da seguinte forma: No **Capítulo 1**, a introdução apresenta a problematização do objeto de pesquisa e a justificativa teórica para a sua realização. **O capítulo 2** traz os objetivos norteadores e a tese defendida. **O Capítulo 3** traz as referências teórico-conceituais, organizadas em três eixos: processo de trabalho em saúde e enfermagem; Política Nacional de Atenção Básica, com considerações sobre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, e ressaltando o profissional enfermeiro neste contexto; e cargas de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **No Capítulo 4** está descrito o método utilizado com a descrição do processo de coleta de dados, para o qual foi utilizado o recurso de triangulação de técnicas. **No Capítulo 5** estão apresentados os resultados da pesquisa, os quais estão organizados em quatro manuscritos conforme disposto na Instrução Normativa n. 01, de 17 de junho de 2016, do PEN/UFSC, incluindo um artigo já aceito para publicação conforme exigência do PEN para finalização do

processo de titulação e obtenção do diploma. **O Capítulo 6** corresponde às Considerações Finais, onde consta uma síntese dos resultados da pesquisa, as contribuições e as limitações do estudo, bem como recomendações para a prática do profissional enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da Família.

No que diz respeito à opção pela denominação “enfermeiros” ou “enfermeiras” em todo o corpo da pesquisa, cabe destacar que a língua portuguesa prevê a palavra “enfermeiro” para designar os profissionais do sexo masculino e feminino. Desse modo, optei por referenciar enfermeiros e enfermeiras com o português padrão, mesmo reconhecendo a importância do gênero feminino na profissão e correndo o risco das críticas em relação a esta opção.

Além desta consideração, é possível encontrar muitas classificações para as unidades de saúde na Atenção Básica distribuídas em todo território nacional, conforme região e particularidades contextuais. Como exemplos: as Clínicas da Família no Rio de Janeiro-RJ; os Centros de Saúde em Florianópolis-SC; as Unidades Básicas de Saúde, em Brasília-DF, em Belém-PA ou em Natal-RN. Entretanto este estudo utiliza a nomenclatura adotada na Política Nacional de Atenção Básica referenciando as unidades onde atuam as eSF como Unidade Básica de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O interesse por este estudo é resultado de minha experiência profissional e acadêmica na área da Saúde Coletiva. Por muitos anos atuei e continuo trabalhando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), neste âmbito vivenciando inúmeros desafios e preocupações. Há muitas lacunas a serem preenchidas para que o trabalho tenha seus objetivos alcançados, principalmente, para o enfermeiro atuante neste setor. Neste sentido, ao ingressar no Doutorado em Enfermagem pela UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), muitas discussões permearam o trabalho do enfermeiro, sobretudo na ESF e Atenção Básica (AB). Associam-se a estas reflexões as ocorridas no Grupo Práxis da UFSC [Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem] e nos grupos de discussões de minha orientadora vinculado às macro-pesquisas “Inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde” e “Inovação tecnológica não material em saúde: cargas de trabalho e satisfação”, ao qual esta pesquisa está relacionada.

Este estudo tem por temática as cargas de trabalho (CT) dos enfermeiros atuantes na ESF. Estes profissionais desenvolvem seu trabalho em um cenário influenciado pelas diretrizes estabelecidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), pelo exposto na legislação profissional e pelos seus próprios conhecimentos, habilidades e valores.

Faz-se justificável estudar as CT dos enfermeiros atuantes na ESF devido a importante contribuição deste profissional exerce na garantia do acesso aos serviços de saúde e porque existem poucos estudos que tratam dos elementos que podem gerar CT e influenciar a saúde destes profissionais.

Ser enfermeiro de uma ESF requer muito mais que conhecimentos técnicos ou administrativos. Trata-se de um trabalho que tem como finalidade cuidar do indivíduo nas suas relações familiares sem deixar de considerar sua inserção socioeconômica e cultural. Os cuidados previstos incluem consultas de enfermagem e procedimentos técnicos e, mais ainda, que estes profissionais prestem atenção à saúde dos indivíduos e famílias, planejem e implementem ações gerenciais, de educação em saúde, entre outras (BRASIL, 2012a).

O cuidado acontece com foco no potencial de saúde dos cidadãos além de estar vinculado a uma concepção ética tendo a vida como um bem valioso. Significa vigília, “solicitude, diligência, atenção e se

concretiza na vida em sociedade”, (SOUZA et al., 2005, p. 267), considerando o indivíduo como um todo e zelando pela sua integridade psicossocial. A enfermagem tendo o ser humano como objeto de trabalho busca conhecer e intervir nos seus enfrentamentos, ideais, situações, ou seja, “o cuidado é parte integrante do processo de sobrevivência da vida humana” (SOUZA et al., 2005, p.267).

Nesta linha de raciocínio, o cuidado, papel-chave da atuação da enfermagem é produzido com base na construção da cidadania ajudando a potencializar a expressão do cidadão em sua existência social. O cuidado ao longo da vida social tem o objetivo de promover a autonomia e estimular o ser a readquirir a autonomia do ponto de vista do estar saudável. O cuidado acontece pessoa a pessoa, é interativo e envolve interesse e dedicação por ambas as partes. E é através dele, que o enfermeiro manifesta suas ações e busca interatuar com os indivíduos sociais (WALDOW, 2014).

Entretanto, este cuidado [ação do enfermeiro enquanto ator deste cenário] referido na PNAB, somente pode existir e ter a devida efetividade nas ações quando as condições e relações de trabalho são adequadas e suficientes.

O trabalho dos enfermeiros, em termos genéricos e na saúde coletiva tem três dimensões: assistencial – envolve ações que atendem diretamente as necessidades de assistência à saúde e de enfermagem das pessoas e/ou suas famílias; gerencial – envolve ações como decidir, correlacionar, influenciar e facilitar aquelas que afetam as atividades de outros profissionais integrantes do mesmo cenário do trabalho coletivo envolve o planejamento e atividades burocrático-administrativas; de pesquisa e educação – envolve ações educativas com indivíduos e grupos, a formação profissional e nos serviços, assim como ações adotadas para implementar estudos e ações ligadas a melhorar os efeitos reais da assistência de enfermagem (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2009).

Desse modo, pode-se compreender que o processo de cuidar acontece envolvendo todas as atividades dispensadas pelo enfermeiro e envolve muito mais que a ação propriamente dita, mas sim os elementos que interatuam com estes processos e influenciam estas ações, ou seja, incluem desde os conhecimentos científicos, as habilidades, os ambientes, as pessoas envolvidas, os instrumentos necessários, entre outros fatores (WALDOW, 2015).

Ao se pensar no cenário onde a saúde coletiva acontece (neste estudo delimitado no Brasil) temos o Sistema Único de Saúde (SUS),

como um conjunto de ações e prescrições com foco na atenção à saúde da população e não somente na atenção individualizada. O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas uma forma de organização da rede de serviços que prestam atenção à saúde no Brasil através de um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Mais especificamente, o SUS traz em suas premissas a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado, garantido por lei decorrente do estabelecido na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). O SUS é construído a partir de alguns princípios, como a universalidade, a equidade, integralidade, descentralização e controle social.

Desde a implantação do SUS e a implementação das ações para garantir o acesso aos serviços de saúde no Brasil, muitas mudanças ocorreram em virtude dos ajustes necessários para melhorá-lo. Em 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), a atenção a saúde coletiva começa a ganhar um novo formato com foco especial nos indivíduos em seu contexto familiar e social, assistência às necessidades de saúde das pessoas que vivem em uma área definida ampliando a perspectiva curativa e integrando ações de promoção da saúde. A assistência no PSF prevê o trabalho em equipe multiprofissional, incluindo ainda os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 1996, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) assumindo a característica de estratégia de reorientação do modelo de atenção vigente com vistas a concretizar as diretrizes do SUS, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS) (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014). Em outras palavras, a promoção da saúde ganha força e maior visibilidade, principalmente com a implantação de novos programas inseridos no contexto da ESF (FERTONANI et al., 2015).

Atualmente, a ESF está integrada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A partir de 2011 essa política é assumida como estruturante da Atenção Básica (AB) e prevê a qualificação do acesso, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários/família e comunidade e a longitudinalidade do cuidado considerando os riscos e vulnerabilidades territoriais (BRASIL, 2012a). A assistência à população, como no PSF deve ser prestada por equipes de Saúde da Família (eSF) compostas por profissionais enfermeiros, técnico e/ou auxiliares de enfermagem e médicos, podendo integrar cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde conforme

necessidade, incluindo, ainda, os trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012a). Para a implementação das ações preconizadas pela PNAB, ainda está descrito na política as atribuições de cada integrante conforme sua especificação e formação acadêmica.

A PNAB constitui-se em uma significativa política pública de saúde que busca aproximação com os preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) descritos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2007; BRASIL, 2002). A APS foi concebida com vistas a atender a população do planeta garantindo acesso aos serviços de saúde e aproximando os trabalhadores das realidades de saúde das pessoas, podendo realizar intervenções rápidas e com maiores chances de êxito.

A ESF envolve uma rede de ações e programas em todos os âmbitos do cuidado em saúde dos indivíduos, familiares e comunidades adscritos. As redes de apoio e os programas são desenvolvidos em conjunto com as estratégias e, juntos, constituem um modelo de atenção visando a oferta de serviços essenciais para a garantia e manutenção da saúde da população em todo o ciclo vital. Estes serviços devem ser oferecidos com garantia de acesso e qualidade a todos os cidadãos que dele precisarem (BRASIL, 2012a). Dentre os vários programas existentes, com os quais a eSF atua, destaca-se: a rede cegonha, o Programa Saúde na Escola (PSE), as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Programa Nacional de Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2016a).

Neste sentido, em 2012, com objetivo de implementar ações que reforcem a garantia do acesso a serviços de saúde e sua qualidade, além de avaliar e incentivar a melhoria do trabalho das equipes da AB no Brasil é instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012b). Entre outros benefícios e desafios deste programa, seu objetivo permeia ações que buscam efetivar as diretrizes do SUS e incentivar a melhoria do acesso aos serviços de saúde ofertados pelas equipes em todo Brasil (BRASIL, 1990).

A AB deve ser a preferencial “porta de entrada” e ser centro de comunicação com as redes de Atenção à Saúde, deve também priorizar a garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012a). Neste contexto, o PMAQ-AB tem papel importante com uma política de (re)avaliação constante do processo de trabalho e (re)organização contínua destas ações (BRASIL, 2012b).

Os trabalhadores da ESF são seres sociais que devem ser compreendidos na sua singularidade e especificidade. São históricos, partem de uma cultura e de sociedades concretas e sofrem influência do meio em que vivem. A partir deste entendimento, o trabalho na ESF pressupõe um olhar para o contexto histórico e social, onde estes estão inseridos (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014).

O trabalho em saúde envolve a ação individual e/ou coletiva de cada trabalhador integrante das equipes e estes devem ser considerados parte estruturante deste processo (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014). Conforme descrito na política vigente, o processo e as ações do trabalho devem acontecer com objetivo de atender as diretrizes preconizadas de forma descentralizada e mais próxima possível da vida das pessoas. O enfermeiro, como parte integrante deste processo, tem importante papel na viabilização do prescrito na PNAB. Os desafios para que as diretrizes do SUS e o prescrito na PNAB possam se efetivar são significativos, no entanto o enfermeiro pode contribuir intensamente neste processo.

O enfermeiro atuante na AB tem como desafio não somente o cuidado com o outro, mas também com a família e com as comunidades e grupos sociais no sentido de promover transformação da realidade. Amplamente ligada a esta característica está a função de coordenação de equipes de saúde o que tem influenciado no seu cotidiano e referenciado importante espaço, com apoio dos integrantes das equipes. O enfermeiro vem se destacando como o profissional facilitador da ESF, como orientador central das ações programadas e como guia das estratégias e ações que visem, sobretudo, a promoção da saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

O enfermeiro possui um dos papéis-chave no funcionamento das eSF instituídas. Na maioria delas desempenha um papel gerencial de todo o componente operacional da unidade semiestruturada na Saúde da Família. Um papel de grande importância para a existência e efetividade das políticas vigentes (MELO; MACHADO, 2013; GAVALOTE, 2016).

O enfermeiro deve considerar todos os elementos que compõem o seu trabalho, além de suas relações, e usar métodos e tecnologias que incluem os equipamentos e o instrumental necessário para a realização do mesmo. Desse modo, a atuação do enfermeiro se sobrepõe à dimensão técnico-assistencialista e deve considerar as inter-relações e a toda a dinâmica envolvida no seu processo de trabalho (BACKES et al., 2012).

Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços. A elaboração e a adoção de medidas (quando necessárias) de reforço dessa qualificação possibilitando, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

Para a consolidação das prescrições da PNAB na ESF, o trabalho precisa ser compreendido, sobretudo, porque alguns problemas permanecem e como poderiam ser amenizados, evitados ou, até mesmo, solucionados. Entender o processo de trabalho dos profissionais atuantes na ESF, principalmente do enfermeiro, por seu papel-chave no gerenciamento e coordenação das ações nesta área (GAVALOTE, 2016), pode contribuir na compreensão dos entraves existentes e nas dificuldades enfrentadas pelas equipes. Um olhar sobre estes profissionais torna-se importante, no momento em que estudos apontam uma sobrecarga considerável nas ações e responsabilidades existentes no trabalho do enfermeiro na ESF (FERNANDES et al, 2012; MELO; MACHADO, 2013; ROSÁRIO et al, 2015).

Neste contexto, é importante buscar conhecer as cargas de trabalho (CT) presentes no processo de trabalho do enfermeiro atuante nas eSF, considerando as diversas dimensões do trabalho do enfermeiro já mencionadas: assistencial, gerencial e educativa. As CT são múltiplas, sendo possível identificar a presença de cargas do tipo físicas, mecânicas, fisiológicas, biológicas, psíquicas e químicas, considerando os tipos de cargas mencionados por Laurel e Noriega (1989). Fatores que influenciam as CT estão presentes em estudos com foco no trabalho na ESF, mostrando a identificação no trabalho do enfermeiro de estresse, sofrimento e desgaste (MOURA, 2005; ROCHA, 2006; REIS, 2007; PAVONI; MEDEIROS, 2009; ALBUQUERQUE, 2011; FERNANDES, 2012; ARANTES, 2012; PAULA et al., 2014). No cenário da ESF, o enfermeiro convive diariamente com situações imprevisíveis, podendo envolver sofrimento e contribuir para o desgaste, com repercussões tanto na saúde destes profissionais quanto na assistência aos usuários que acessam a referida unidade (KESSLER; KRUG, 2012).

A partir deste entendimento, o presente estudo tem como questão norteadora: Que cargas, e tipo de cargas de trabalho, os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família estão expostos?

2 OBJETIVOS E TESE

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família nas 5 regiões geográficas do Brasil organizando por tipo de cargas e analisando a relação das mesmas com o processo de trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que participaram do estudo.
- Identificar fatores/elementos que contribuem para o aumento ou a redução das cargas de trabalho no cotidiano do processo de trabalho dos enfermeiros atuantes na ESF nas 5 regiões do Brasil.
- Identificar a percepção de enfermeiros sobre a influência do PMAQ-AB nas suas cargas de trabalho.

2.3 TESE

Os enfermeiros da ESF estão submetidos a múltiplas cargas de trabalho, geradas, por um processo complexo que associa prescrições típicas de seu trabalho profissional, com as do modelo assistencial da Saúde da Família, e com o modo de trabalhar neste âmbito da assistência em saúde. O aumento das CT é fortemente influenciado pelas condições de trabalho, destacando-se a insuficiência na relação número de profissionais e demanda; infraestrutura inadequada; déficits em materiais e equipamentos para a realização do trabalho e desconhecimento das características inovadoras deste modelo pelas equipes, gestores e usuários. Dialeticamente, o modo de trabalhar, o trabalho em equipe, quando promove relações e resultados assistenciais positivos, assim como a identificação com o modelo da ESF contribui para reduzir as cargas.

3 REFERÊNCIAS TEÓRICO CONCEITUAIS

3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

O trabalho tem importante influência na vida dos seres humanos e sua análise, em diferentes períodos históricos, é significativa para explicar a vida em sociedade. Para esta pesquisa adotou-se o materialismo histórico dialético de Karl Marx para análise do processo de trabalho e para tecer alguns conceitos pertinentes ao objeto deste estudo.

Conforme a conceituação paradigmática de Marx e Engels (1974, p. 202) “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Marx ressalta a distinção entre o trabalho dos animais e o trabalho dos seres humanos. Os animais não preveem o resultado do seu trabalho, este se dá puramente por instinto. Já, no caso dos seres humanos, estes traçam, antes de tudo, uma finalidade para a execução de determinadas tarefas e, no fim do processo de trabalho, surge um resultado cujo processo foi orientado pela sua idealização. O trabalhador opera por sua vontade a transformação do objeto, ou seja, a finalidade orienta o processo de transformação (MARX, 2012).

Em termos genéricos, pelo trabalho, a natureza é transformada para produzir meios de subsistência aos seres humanos. Entretanto, Marx (2012) considera que o trabalho não somente transforma a natureza, mas ao modificá-la com a finalidade de produzir algo, o trabalhador modifica a si mesmo.

Existem três elementos definidores do processo de trabalho, segundo o marxismo: a finalidade (para que o trabalho é proposto), o objeto (o que será transformado) e os instrumentos (recursos utilizados para essa transformação). Nas palavras de Marx:

...a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir o produto. O produto é um valor de uso. Um material da natureza adaptado às necessidades através da mudança da forma (MARX, 2012, p. 205).

O resultado final ou o produto do processo de trabalho integra a quantidade e o tempo de trabalho utilizado para essa tarefa. Com base nas formulações de Marx, Pires (2008) destaca que no processo de trabalho em saúde e da enfermagem o resultado não é material, “é a própria assistência que é produzida e consumida simultaneamente” (PIRES, 2009). O objeto de trabalho da enfermagem é o indivíduo ou grupos de indivíduos com necessidades de saúde, que a partir dos cuidados de enfermagem serão transformados (PIRES, 2008; 2009; LEOPARDI; GELBKE; RAMOS, 2001).

No âmbito hospitalar o objeto de trabalho da enfermagem são os pacientes e suas famílias durante o processo de internação e/ou procedimentos de curta ou longa duração. Na atenção básica, o objeto de trabalho da enfermagem se estende a toda à comunidade assistida pela equipe de saúde.

O trabalho em saúde, mais especificamente o trabalho da enfermagem, possui muitas particularidades. Pelas suas características de cuidar de pessoas em situação de adoecimento e também no âmbito da promoção da saúde, além de envolver “um trabalho coletivo e de relação entre pessoas, e por incorporar a complexidade das dimensões de cuidar, administrativo/gerencial e educativa, por vezes é desgastante e gerador de insatisfação” (FORTE, 2013, p. 86).

O trabalho em saúde é majoritariamente desenvolvido na forma de trabalho coletivo. Pertence ao setor terciário da economia, o setor de serviços, e o resultado desse trabalho é a própria assistência que é consumida ao mesmo tempo em que é realizada pelos profissionais de saúde (PIRES, 2008).

Na atenção básica, o trabalho é realizado por equipes de Saúde da Família compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, odontólogos, auxiliares e/ou técnicos em higiene dental e agentes comunitários de saúde. Além destes trabalhadores muitas outras profissões fornecem apoio às equipes de saúde, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros (BRASIL, 2012a).

A enfermagem representa uma importante parcela de trabalhadores da área da saúde e também das equipes da Estratégia Saúde da Família, tornando-se peça chave nas ações realizadas por elas (FORTE, 2013).

Para entender o processo de trabalho dos enfermeiros da ESF, a luz da teorização do processo de trabalho, cabe analisar o contexto em que esse trabalho se desenvolve, incluindo o que está prescrito na

PNAB, e as peculiaridades deste trabalho no âmbito desta política (BRASIL, 2012a).

A finalidade do trabalho das enfermeiras/as da ESF é prestar assistência adequada à população de sua área de abrangência, promovendo a saúde, prevenindo doenças e contribuindo para o tratamento e recuperação dos usuários dos serviços de saúde disponíveis neste nível de atenção. Pires (2008) afirma que a finalidade do trabalho em saúde é a ação terapêutica de saúde, e na ESF, essa finalidade envolve a coletividade, em que há todo um sentido próprio de comunidade, que ultrapassa o modelo biomédico hegemônico na assistência em saúde.

A força de trabalho da enfermagem no Brasil é constituída por três categorias profissionais: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Segundo Marx (2012, p. 201) “ao trabalhar, o trabalhador torna-se realmente no que antes era apenas potencialmente: força de trabalho em ação, trabalhador”.

O objeto de trabalho do enfermeiro da ESF “é a família ou o indivíduo no seu contexto familiar, em toda a sua complexidade e subjetividade” (FORTE, 2013, p.33), sendo que esse objeto pode ser transformado a partir de diferentes dimensões do processo de trabalho, tanto no cuidado em si quanto nas ações educativas (PIRES, 2008; 2009; LEOPARDI; GELBKE; RAMOS, 2001).

Pires (2009) considera, com base em Marx, que os instrumentos de trabalho são os equipamentos/maquinários necessários para viabilizar o trabalho, assim como os saberes e os conhecimentos que podem orientar a prática profissional. Nessa análise, infere-se que os instrumentos de trabalho na ESF são todos os equipamentos materiais que auxiliam o desempenho das funções e, também, as técnicas, protocolos, normas e o próprio conhecimento em saúde e enfermagem utilizado na realização do trabalho.

Enfim, o produto do trabalho do enfermeiro da ESF é toda a assistência prestada à população, podendo ser mensurada ou não. No caso da ESF, esse produto pode ser mensurado a partir de dados epidemiológicos quantificados ao longo da assistência em saúde da população, como a mudança nos indicadores de saúde, mas não tem um produto material ao final de cada atividade desenvolvida.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

O trabalho do enfermeiro atuante na ESF tem como política estruturante a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2011 (BRASIL, 2012a).

A PNAB é uma política estabelecida a partir de várias discussões acerca do tema saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil os preceitos da APS estão presentes na Estratégia Saúde da Família e com base na PNAB, engloba diversas políticas e programas como o PSF/ESF e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNAB estabelece, também, as responsabilidades de cada esfera política pela gestão do processo de trabalho e pelos financiamentos da infraestrutura e recursos necessários para o trabalho local (BRASIL, 2012a).

A primeira Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela portaria 648 de 28 de março de 2006, definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS”, tornando-a referência na implementação de ações que visem guiar a Atenção Primária à Saúde no sentido das diretrizes do SUS (BRASIL, 2006a, p.03).

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. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da

responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p. 10).

A PNAB atual (2012a) mantém e aperfeiçoa o estabelecido na Portaria de 2006 incorporando o resultado de uma série de discussões acerca da saúde na Atenção Primária as quais envolveram muitas pessoas, movimentos sociais, especialmente usuários, trabalhadores e governantes. Conforme descreve a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a atual PNAB, esta tem como importante premissa, a consolidação e união dos êxitos resultantes da PNAB de 2006, das Políticas Nacionais de Promoção de Saúde de 2006 (BRASIL, 2006b) e 2010 (BRASIL, 2010), em conformação às diretrizes do SUS e com as portarias instituintes da ESF (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012a). Estabelece as diretrizes e normas para a organização da ESF entendendo que a mesma se configura “como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas” (BRASIL, 2012a, p.15).

A PNAB define os fundamentos e diretrizes para o funcionamento da Atenção Básica baseados nos preceitos do SUS, como: ter territorialização definida, destacando suas vulnerabilidades e particularidades (em consonância, principalmente com o princípio de equidade); a atenção básica deve promover o acesso universal e contínuo com serviços de qualidade e com resolutividade; a AB deve se tornar a “primeira porta de entrada” dos usuários aos serviços de saúde e deve funcionar como ordenadora e guia dos serviços de saúde; deve proporcionar a formação de vínculos como forma de garantir a longitudinalidade do cuidado através da afetividade e confiança entre os usuários e trabalhadores; promover a integralidade das ações nos diferentes focos da atenção a saúde e doença; incentivar a participação popular na construção do cuidado à saúde dos usuários e da coletividade (BRASIL, 2012a).

Entretanto, não é somente através de uma política bem instituída e organizada que os serviços de saúde acontecem da mesma forma como prescrito. É imprescindível garantir o financiamento dos recursos necessários para que as ações possam se efetivar e que se consiga garantir a continuidade dessas práticas.

3.2.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) - aspectos históricos

A ESF, atualmente integrada a PNAB em vigor no Brasil, resulta de um processo histórico resgatado a seguir.

Em um cenário onde o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, sustentado pelos preceitos do relatório Flexner não consegue dar conta dos complexos desafios que envolvem a saúde da população do planeta (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014; FERTONANI et al., 2015), há a necessidade de se rever as formas do fazer em saúde, sendo necessário rediscutir as práticas existentes.

Por volta dos anos 1980, o modelo vigente é discutido e repensado e, ganha força a orientação para um novo modelo assistencial, principalmente, na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e nas premissas estabelecidas no art. 196 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). A partir desses debates, o SUS (Sistema Único de Saúde) começa seus primeiros passos em 1990, onde seus princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde passam a se tornar os ideais norteadores para a existência de um modelo de saúde que realmente atenda as necessidades da população. Com o passar dos anos, os debates acerca do tema intensificaram-se e a necessidade de uma “inovação prática” nos moldes dos serviços de saúde pública, mais próximos da população ganham significado e, espelhados em alguns modelos que se mostraram promissores, a concepção de um novo modelo assistencial inicia sua trajetória.

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou suas atividades a partir das bases conceituais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa acontecia a partir da necessidade de existir uma maneira de vincular as realidades existentes no domicílio com ações que pudessem se tornar mais efetivas, visando práticas de prevenção aos agravos e problemas de saúde. Este programa visava a família como parte das ações, importante foco a partir das diretrizes do SUS (BRASIL, 1994a).

Entretanto, foi a partir de uma experiência descrita em Niterói, em 1992, com o nome de Programa Médico da Família, numa parceria com o Ministério da Saúde Pública de Cuba, que trouxe o esboço do que, atualmente, se discute em termos de Programa de Saúde da Família, pela incorporação de médicos e enfermeiros ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (GALENDI-JUNIOR; TRISTÃO; PAULA, 2009).

Então, em 1994, o Ministério da Saúde oficializa o Programa Saúde da Família por meio da Portaria nº 692 (BRASIL, 1994b) que estabelece os códigos de ações a serem desenvolvidas no PSF; e do documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, com o propósito de colaborar decisivamente na organização do SUS instituindo as equipes de saúde e sua territorialização. O documento norteador das primeiras ações específicas do PSF/PACS (BRASIL, 1994a) explica a implantação do PSF como forma de melhorar a saúde da população, através da construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. O PSF já estabelecia a necessidade de se promover saúde com olhar individual e coletivo, buscando implementar ações que visem atender as necessidades de saúde da população. Um sistema complexo que buscava a consolidação e fortalecimento das ações através de meios técnico-científicos visando qualidade e efetividade (MENDES, 2012; SCHERER; PIRES; SORATTO, 2015).

Estes preceitos ilustram os ideais de se tentar reorganizar as práticas da atenção à saúde como um olhar diferenciado, principalmente em relação à promoção da saúde da população em geral. Dessa forma, o PSF inicia com um projeto piloto, em 328 equipes em 55 municípios distribuídos em 12 estados do Brasil (Alagoas, Ceará, Pernambuco, Paraíba, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina) (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Em 28 de março de 2006, é aprovada a Portaria nº 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (AB) estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica incluindo o PSF/ESF e o PACS, considerando a ESF como a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2006a). Esta Portaria é revogada, mais tarde, pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual define a PNAB em vigor no país:

Visa à reorganização da AB no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e

consolidação por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, p.54).

Passados mais de 20 anos do surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), a ESF, hoje, já conta com mais de 40.000 equipes cadastradas no sistema no sistema do Departamento de Atenção Básica (DAB) até o mês de agosto de 2016, atuando em cerca de 63,41% da população e distribuídos em 5.378 de um total de 5.570 municípios existentes no Brasil, representando cerca 96,6 % destes (BRASIL, 2016b). (Todos os dados por região e Estados encontram-se disponibilizados no anexo A).

Os benefícios da existência e consolidação, do que hoje, é a ESF são inúmeros podendo ser exemplificada por alguns estudos feitos com usuários, trabalhadores das eSF e, até mesmo, com os líderes comunitários, como: a acessibilidade e proximidade geográfica, o cuidado produzido pela equipe, o vínculo, o acolhimento e a resolutividade, a comunicação informal, o trabalho do ACS, o acesso aos profissionais de saúde, às medicações e aos exames (NERY et al., 2011; RODRIGUES et al., 2014; LIMA et al., 2015). Isto implica na realização de inúmeras estratégias utilizadas em função dessas ações e se faz necessário acontecer através de pessoas preparadas e estimuladas para a realização deste trabalho. Cada ESF conta, hoje com uma equipe contendo, o mínimo de: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar e/ou técnico em enfermagem e, no mínimo, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2012a).

Encontram-se muitos desafios, ainda, que precisam ser analisados e repensados, para que o crescimento e a consolidação da ESF realmente aconteçam. Os estudos apontam o excesso de demanda assistencial (acima da quantidade preconizada pela PNAB) (BRASIL, 2012a) como grande entrave na qualidade da assistência e no acesso aos serviços de saúde, tornando-se, muitas vezes, o gerador de outros desafios, ou seja, influência na insuficiência da força de trabalho ou pode se traduzir em despreparo dos trabalhadores para atender às diferentes necessidades de cada usuário. Podem-se citar também outros desafios do processo de trabalho em equipe como a cobrança pelo cumprimento das metas e o olhar intensamente voltado pela produtividade (SILVEIRA; SENA;

OLIVEIRA, 2011; SPAGNUOLO et al., 2013; RODRIGUES; RAMIRES, 2015).

A partir destas potencialidades e desafios encontrados no cotidiano da ESF e, que tem implicações diretas no trabalho exercido há a necessidade de se pensar, e com certa urgência, em todas essas situações quando o foco é a consolidação e sustentabilidade da ESF. Entendendo que sua necessidade é comprovada, inúmeras vezes, deve-se buscar alternativas que visem minimizar os desafios e encontrar formas de potencializar e fortalecer o trabalho que está sendo realizado.

Entendendo as divergências e dificuldades encontradas nas mais diversas regiões e diferentes formas de atuação das eSF e com objetivo de encontrar fornecer um padrão ideal de oferta de serviços na Atenção Básica, além de buscar o fortalecimento das ações, a (re)organização do trabalho em saúde e incentivar investimentos e melhorar as condições existentes, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

3.2.2 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB configura-se em um dos mais recentes e importantes programas criados e instituídos pelo Ministério da Saúde, através da Portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011. Seu processo de implantação é parte de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas (municipal, representado pelos Conselhos Municipais de Saúde, estadual pelos Conselhos Estaduais de Saúde e federal pelo Ministério da Saúde) de gestão do SUS. Este processo implicou em vários momentos nos quais foram debatidas e formuladas soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB veio com o intuito de contribuir para a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Básica (AB). Tem por objetivo conhecer melhor as ações produzidas na ESF e AB, com a finalidade de comparar as ações e proporcionar maior transparência e efetividade dos investimentos feitos. O processo de adesão, implantação e avaliação do PMAQ-AB ocorreu em 4 momentos (BRASIL, 2012b):

Adesão e Contratualização: esta primeira fase do PMAQ-AB Ciclo 1, consistiu na etapa de adesão formal ao PMAQ-AB por meio de documentação de corresponsabilizações dos pactos firmados pelas equipes da AB e gestores municipais. Lembrando que o primeiro ciclo do PMAQ-AB permitia uma adesão de no máximo 50% das equipes de cada município, devendo o mesmo fazer uma escolha das equipes que estivessem mais preparadas para as avaliações.

Desenvolvimento: nesta segunda etapa acontece o momento do desenvolvimento das ações vinculadas ao compromisso, pactuadas na etapa anterior, ou seja, analisar os problemas existentes e propor futuras melhorias. No momento da adesão ao programa, as equipes realizavam a AMAQ (Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) por meio de um instrumento fornecido pelo Ministério da Saúde como forma de caracterizar as atuações realizadas na AB e pensar, através de um instrumento presente na AMAQ em matrizes de intervenção formas de melhorar a curto, médio e longo prazo as formas de realizar os atendimentos. O desenvolvimento era fundamentado em 4 dimensões básicas estruturais na gestão do cuidado e das ações: auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Sendo a auto avaliação o ponto de partida do processo servindo como reorientação das estratégias utilizadas pela equipe a partir da autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2011b).

Avaliação Externa: consistia em várias ações de avaliação propriamente dita. Ou seja, avaliadores recrutados por Universidades Federais em todo país estiveram em cada unidade contratualizada para averiguar *in loco* as respostas enviadas pela auto avaliação, os indicadores e, parte importante deste ciclo, as estruturas físicas existentes. Detalhe importante desta fase: os avaliadores questionavam as equipes sobre as mais variadas ações realizadas e pediam comprovação em forma de registro, foto, fichas (variados tipos de instrumentos) da maior parte destas.

Recontratualização: a quarta e última etapa do programa configura-se com a recontratualização com a gestão municipal e as Equipes de Atenção Básica (EAB), a partir das realidades encontradas e destacadas na avaliação externa. Essa etapa finaliza o processo de avaliação do primeiro ciclo e caracteriza a parte de pactuação pelas melhorias dos problemas encontrados adotando estratégias para efetivar os pactos firmados na primeira etapa do processo. Desta forma

garantindo o processo contínuo de progressos nas atuações realizadas pelas EAB.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b, p.79), as diretrizes do PMAQ-AB são:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo - se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Em maio de 2012, o Ministério da Saúde iniciou essa avaliação visitando 17.482 equipes que realizaram a adesão – o equivalente a 53,3% do total de equipes de saúde da família existentes no país (32.809) – distribuídas em 3.972 municípios brasileiros. Ao todo foram entrevistadas 16.127 equipes que trabalham em 15.095 UBS e atendem cerca de 65 mil cidadãos. Do total de equipes (profissionais de saúde) avaliadas, apenas 327 foram desclassificadas pelo não cumprimento dos compromissos mínimos assumidos. Portanto, os resultados dessas

equipes não foram considerados no conjunto de informações apresentadas nesse portal (BRASIL, 2013a).

Esta avaliação implica, além da reorganização dos serviços prestados, recursos para garantir que essas melhorias sejam alcançadas. As equipes de Atenção Básica que receberam conceito muito acima da média na avaliação externa receberam adicional de R\$ 8,5 mil por mês; conceito acima da média recebe um adicional de R\$ 5,1 mil; e conceito mediano ou abaixo da média, recebe um adicional de R\$ 1,7 mil. As equipes que não cumpriram os requisitos mínimos, ou seja, obtiveram conceito insatisfatório perderiam recurso caso não se adequassem aos requisitos mínimos de qualidade (BRASIL, 2012b).

As capitais brasileiras participaram efetivamente da avaliação do PMAQ-AB do 1º Ciclo de 2012. Dentre todos os municípios e cidades do Brasil, as capitais concentraram maior número de adesão por Equipes de Atenção Básica, podendo citar: Florianópolis com 91 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB e com 52 avaliadas com nota “acima da média e muito acima da média”; o Distrito Federal, com 28 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB e com 14 avaliadas com conceito “acima da média e muito acima da média”; Rio de Janeiro com 324 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, destas 128 com conceito “acima da média e muito acima da média”; Natal, com 14 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB e com 06 avaliadas com conceito “acima da média e muito acima da média”; Belém, com 34 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB e com 07 avaliadas com conceito “acima da média e muito acima da média” (BRASIL, 2013a)

Os dados referentes aos resultados das avaliações de cada equipe encontravam-se disponíveis *open acess* e dispostos individualmente por eSF avaliada. Contudo, em 2015 o DAB desabilitou esta opção incluindo em seu lugar os microdados das avaliações externas, porém sem as análises e as “notas” individuais (BRASIL, 2015a).

Em 2013, aconteceu o 2º Ciclo de Avaliação do PMAQ-AB. Nele duas mudanças importantes foram implantadas como a Avaliação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de não limitar mais o número de EAB requerentes a adesão ao programa (BRASIL, 2013b). No Brasil inteiro, 5.213 municípios (o equivalente a 93,6%) aderiram ao segundo ciclo do programa, relativo ao período 2013/2014, e estão aptos a receber os valores adicionais para ampliar e qualificar a atenção à saúde (BRASIL, 2013c). Os dados sobre as avaliações externas e referentes às notas de cada eSF estão disponíveis apenas para cada

gestor municipal e não se encontra disponível para livre acesso (BRASIL, 2013d).

A partir da implantação do PMAQ-AB as eSF puderam buscar e conhecer melhor seu próprio processo de trabalho através da auto avaliação e comparação com as outras eSF avaliadas no Brasil. Este programa foi um importante marco em relação ao controle e avaliação dos serviços de saúde prestados pela ESF do Brasil.

Alguns estudos sobre o impacto do PMAQ-AB nas equipes participantes mostram alguns avanços e melhorias nas ações prestadas, em contrapartida, destacam a importância da continuidade de esforços em vários aspectos, com maior ênfase à desprecarização dos vínculos de trabalho, a implementação de planos de carreira, a formação e qualificação profissional e o fortalecimento da educação permanente (SANTOS et al., 2013; CUNHA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Em 2016 está acontecendo a avaliação do PMAQ-AB 3º ciclo. Esta avaliação possui maior foco no uso de inovações tecnológicas e a alimentação de dados como forma, também de avaliação e gestão contínua das atividades (BRASIL, 2015b). Foi publicada, no dia 13 de setembro de 2016 a homologação das equipes que aderiram o PMAQ-AB 3º ciclo, e nela é possível encontrar um total de 5.324 municípios brasileiros que aderiram ao programa, correspondendo à um total de 95,6% deles e um total de 38.865 (93,9%) de eSF (BRASIL, 2016c).

3.2.3 O profissional enfermeiro e seu trabalho na Estratégia Saúde da Família

Não é possível pensar na profissão enfermagem sem vincular suas ações a alguém. O cuidado voltado à atenção humana é a ação que possibilita sua visibilidade, ou seja, liga o seu objeto de trabalho diretamente à prática do cuidar. Desse modo, cuidar pode ser entendido como uma ação a alguém e o cuidado é o tratamento dado ao mesmo. E este alguém se torna receptor do cuidado, seja ele na esfera física, psicológica e/ou espiritual (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). O cuidado ao ser humano é o que identifica a enfermagem.

Algumas teorias tem classificado a profissão sob o olhar da sociologia das profissões. A partir das considerações de Friedson (1998) e Machado (1995), existem alguns princípios que caracterizam uma profissão e diferem de uma ocupação.

Friedson (1998) afirma que uma profissão depende do reconhecimento da autoridade de sua expertise pela sociedade e pelo

Estado para se configurar como tal. Ele também descreve que o termo “profissão” não é um conceito finalizado e “fechado” e classifica a profissão como um “saber autorizado” e se reporta à questão da identidade profissional. O autor ainda refere que a “profissão”, em sua classificação seria uma ocupação com um conjunto “especializado de conhecimentos e qualificações”, e que tenha seu desempenho voltado para um mercado formal, com “status” importante para a sociedade e com critérios, teorias e conceitos específicos. Alguns critérios poderiam ajudar a “caracterizar” uma profissão, como: a) educação superior e conhecimento formal abstrato; b) reconhecimento público da sua expertise e autonomia para controlar a produção e o desempenho dos profissionais; c) ser uma ocupação cuja formação superior é condição para obter posições específicas no mercado de trabalho.

Machado (1995) também descreve alguns princípios, a partir de uma escala de atributos, para definir uma profissão, ou seja, o profissional pratica uma função em tempo integral, gerando renda (remuneração) e tornando-a sua principal fonte financeira, além da identificação com as bases formadoras e princípios que caracterizam a profissão e tem nas suas premissas e ideologias a orientação para atuação. A partir destes conceitos, a enfermagem caracteriza-se em uma profissão com “renda” a partir de seus serviços prestados e definido pelas horas despendidas de atuação, além de possuir legislação, normatização e código de ética próprios, e dispor de regras específicas e aprovadas para inserção dos profissionais na categoria.

Desse modo, a profissão enfermagem é caracterizada por realizar um trabalho de grande utilidade social, com formação especial por pares, por possui entidades que a representa na sociedade, além de dispor de um código de ética e de conhecimentos que fundamentam a prática profissional (PIRES, 2009).

Ao longo da história, a enfermagem vem se reconstruindo na tentativa de se libertar de antigos paradigmas e incorporar outros que tenham maior coesão com sua identidade atual. A partir deste entendimento, ainda existem alguns questionamentos em relação a sua categorização profissional e no “como” ela se constitui ao longo da história. Com certeza, todo processo de construção é histórico e é permeado pelo contexto sócio-político-cultural que o influencia diretamente (PADILHA, 2011). E, culturalmente falando, não se modificam conceitos históricos de forma rápida e direta, mas é preciso uma construção constante desenvolvida ao longo de todo um processo.

A enfermagem, no Brasil, fundamenta o seu exercício profissional no estabelecido na Lei número 7.498, de 25 de junho de 1986 a qual descreve que a enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação (COFEN, 1986). A referida lei define que é enfermeiro:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea *d* do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Além de especificar quem é o enfermeiro, a Lei 7.498 também estabelece suas as funções:

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

- g) (VETADO);
 - h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
 - i) consulta de enfermagem;
 - j) prescrição da assistência de enfermagem;
 - l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
 - m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- II - como integrante da equipe de saúde:
- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
 - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
 - c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
 - d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
 - e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
 - f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
 - g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
 - h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
 - i) execução do parto sem distócia;
 - j) educação visando à melhoria de saúde da população.
- Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbem, ainda:
- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
 - b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
 - c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária (COFEN, 1986).

Além destas disposições, a Lei 7.498 também institui que para o exercício legal de suas funções os referidos profissionais necessitam

estar legalmente habilitados e inscritos no Conselho Regional Estadual conforme a jurisdição onde estiverem atuando.

Dentre as três dimensões do trabalho da enfermagem (assistencial, gerencial e de educação) em que o enfermeiro está envolvido, a função de coordenador ou de “chefia” vem ganhando destaque no cenário atual. Como função gerencial de um setor ou unidade de trabalho, o enfermeiro aparece para a equipe como um importante representante, exercendo grande influência nas atividades que desenvolve e coordena, tornando-se fundamental para o bom funcionamento da mesma. Dessa forma, pelo importante papel que desenvolve no diversos fluxos de trabalho, exerce considerável centralidade na tomada de decisão e dinamização desses processos (MELO; MACHADO, 2013).

Entre os vários locais de atuação do enfermeiro no Brasil, há um número considerável de empregabilidade quando pensamos na Atenção Básica. E, mais precisamente na eSF, que concentram mais de 40.000 ESF cadastradas até mês de agosto do ano de 2016, segundo site do DAB do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016d). Para cada 1 ESF (dentro da equipe mínima preconizada pela PNAB), deve existir pelo menos 1 enfermeiro atuando em cada uma delas. Além disso, encontram-se algumas eSF com a presença de mais de 1 enfermeiro numa mesma equipe ou como gestor da UBS em que se encontra. Estudo de Carvalho et al. (2016) realizando uma busca nas bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com a finalidade de identificar a expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas UBS no Brasil, mostrou importante crescimento em 4 anos, ou seja, de 44.723 em 2008, o número de enfermeiros cadastrados no CNES em 2013 saltou para 55.468 (CARVALHO et al, 2016). Além deste campo, é possível encontrar enfermeiros atuando na ESF através das residências multiprofissionais, ou seja, atuando como profissão e realizando uma formação especializada financiada pelo Governo Federal. A Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) instituída desde a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 e que hoje é vigente vinculada à Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011 (BRASIL, 2005; 2011c).

A PNAB estabelece atribuições específicas ao enfermeiro atuante na Atenção Básica, entre outras funções designadas enquanto parte da equipe atuante:

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 (PNAB, 2012a, p.46-47).

A partir destas atribuições é função do enfermeiro gerenciar o funcionamento da unidade de saúde, prestar assistência às demandas programadas e espontânea da população adstrita, bem como planejar e realizar ações de educação para com a equipe e população assistida.

Alguns estudos evidenciam o trabalho do enfermeiro na ESF e destacam dificuldades encontradas neste âmbito da atenção à saúde. Rosário et al. (2015) descreve que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na ESF mostra-se com importantes desafios e que estes podem influenciar diretamente na sua saúde causando, até mesmo, adoecimento e influenciando fortemente nos índices de absenteísmo existentes no contexto da APS brasileira, além de estar diretamente relacionada com a qualidade da assistência.

3.3 CARGAS DE TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

Sabe-se que existe uma relação entre trabalho e saúde do trabalhador. O tipo de trabalho e o modo como o mesmo é realizado têm

relação direta com o corpo e, de um modo ou de outro acarreta importantes mudanças na vida de quem realiza o trabalho (BERTONCINI, 2011). Os estudos sobre a saúde e doença do trabalhador buscam entender, sobretudo de que forma o trabalho interage com o trabalhador para tentar entender este processo, podendo, também, subsidiar alternativas de intervenção.

O meio e o contexto histórico no qual o trabalho é realizado, assim como a relação do trabalhador com o trabalho influencia as ações realizadas (MARX, 2012). A partir deste entendimento, é imprescindível analisar cada trabalho na sua particularidade e, ao mesmo tempo, a sua integração a totalidade histórico-social. É preciso, ainda, considerar todos os elementos presentes no processo de trabalho, buscar conhecê-los e compreender como os mesmos interatuam entre si e com o corpo do trabalhador. O processo saúde-doença não deve ser compreendido apenas a partir dos elementos biológicos e/ou ser considerado de maneira individual. Os indivíduos são parte de coletividades, situadas em um meio social incluindo as relações que este indivíduo estabelece e faz parte (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF, 2011). Assim, o conceito de cargas de trabalho não considera somente a noção de risco ocupacional e, sim, todo o processo de trabalho e seu caráter dinâmico.

A perspectiva das cargas de trabalho considera que “o homem social não é externo ao biológico humano, mas este biológico está submetido ao social e, portanto, assume formas históricas específicas e diversas” (LAUREL; NORIEGA, 1989, p. 35). O homem interage com o meio em um determinado espaço de tempo, sofrendo a influência, também, do contexto político que vivencia e, portanto, torna-se de extrema importância considerar todos os elementos que envolvem o cenário do trabalho, sem isolar o trabalhador do contexto social.

O termo “carga de trabalho” também é utilizado na saúde ocupacional, assim como na medicina do trabalho, nestes casos é visto na perspectiva da noção de riscos ocupacionais relacionados, principalmente com o ambiente, e é destacado por itens que possibilitem sua mensuração, além de não considerarem as perspectivas do trabalhador. As cargas de trabalho descritas por Laurel e Noriega (1989) se referem aos muitos subsistemas integrados e interdependentes que interatuam com o trabalhador, um todo e em partes que caracterizam um sistema complexo que necessita de um olhar interdisciplinar pelas possíveis interpretações que surgem da investigação (FRUTUOSO; CRUZ, 2005; KIRCHHOF et al., 2011).

Laurel e Noriega (1989), em seu estudo sobre cargas de trabalho com a abordagem teórico-metodológica do processo de trabalho sugerem uma análise histórico-econômica da relação trabalho e saúde propondo o uso de novas categorias analíticas: “cargas de trabalho” e “processos de desgaste”. Tais categorias podem contribuir para uma ampliação da visão dos modelos teórico-metodológicos clássicos de investigação do processo saúde-doença dos trabalhadores. A categoria “cargas de trabalho” busca encontrar elementos que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, podendo gerar processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. A análise do “desgaste” seria uma categoria diretamente ligada as “cargas de trabalho”, entretanto diretamente vinculada aos efeitos negativos causados por elas, ou seja, as alterações biopsicossociais consideradas ou traduzidas em doença a partir de cada processo de trabalho específico.

O desgaste não está apenas relacionado com um único elemento, é um fenômeno complexo e de difícil caracterização. Para entender como o desgaste interatua com o trabalhador, torna-se necessário desdobrar suas dimensões e analisar cada uma das CT separadamente e associadas. É importante compreender que os problemas de saúde estão relacionados com diversas cargas de trabalho que, muitas vezes até confundem-se e que o desgaste, pode ser percebido após um determinado período de exposição às CT e pode ser interpretado como parte natural do processo.

Neste sentido, ao se buscar encontrar os elementos que aumentam ou reduzem as cargas de trabalho do profissional, vinculadas ao seu processo de trabalho e traduzidas no ambiente ou local, na forma como realiza o trabalho, nos instrumentos que dele fazem parte e, principalmente nas outras pessoas que nele também estão envolvidos, pode-se encontrar as lacunas do que causa este desgaste na tentativa de encontrar formas de implantar melhorias e/ou ajustes neste processo.

Tipos de cargas de trabalho

Para melhor entendimento das cargas de trabalho faz-se necessário decompô-las em tipos específicos com a finalidade de facilitar seu entendimento vinculando aos vários fenômenos envolvidos neste processo. Neste sentido, Laurel e Noriega (1989) decompuseram as CT em 6 tipos: psíquicas, fisiológicas, físicas, biológicas, mecânicas e químicas. Segundo esses autores, as cargas psíquicas e fisiológicas

assumem materialização no corpo humano e se expressam em transformações nos processos internos biopsíquicos; já as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas possuem materialidade primeiramente externa e, após sua interação com o corpo, se expressam no corpo do trabalhador. Segundo os preceitos de Laurel e Noriega (1989) compreendem-se as diferentes cargas de trabalho como descrito a seguir:

a) Cargas Psíquicas: não podem ser encontradas fora do corpo do trabalhador. Elas existem a partir de processos psicológicos, ou seja, da interação do trabalhador com diversos elementos que podem aumentar ou diminuir as CT a partir do quanto seu corpo está ou não preparado para enfrentar essas situações. Importante ressaltar que esta CT está relacionada de forma direta com as outras cargas, visto que, é reflexo da adaptação ou não a todos os “agentes agressores” do corpo do trabalhador. Esta CT também pode ser subdivida em outras duas, como: a sobrecarga psíquica que envolve excesso de elementos que aumentam a exposição a estas cargas, como por exemplo, pressão prolongada; e a subcarga psíquica, ou seja, quando o trabalhador não consegue desenvolver suas habilidades e pode, muitas vezes, sentir-se “impotente” nas ações prestadas.

b) Cargas Fisiológicas: também estão materializadas internamente ao corpo do trabalhador devido exposição prolongada a certos agentes, que se percebidas individualmente parecem não representar tanto risco ao corpo do trabalhador. Estas CT podem interagir tanto nos ritmos fisiológicos básicos como na deformação constante do corpo do trabalhador e, somente poderá ser sentida quando alguma parte ou processo fisiológico normal começar a se alterar, como por exemplo, uma úlcera gástrica, como resultado de uma exposição a diferentes formas de estresse terá seus sintomas aparentes apenas depois de um tempo prolongado de exposição.

c) Cargas Físicas: são aquelas provenientes, principalmente, do ambiente de trabalho, ou seja, estão ligadas diretamente, por exemplo, às condições de clima, ruídos, luz, entre outras. Estes elementos podem ser medidos e avaliados quanto à sua intensidade e quantidade. Estas alterações ambientais ou exposição a estes agentes externos incidem sobre o corpo do trabalhador que pode, dependendo da intensidade e do tempo de exposição, desenvolver problemas físicos importantes ao mesmo tempo em que podem nem ser percebidas no momento em que o trabalhador tenha se “adaptado” a exposição desses elementos.

d) Cargas Biológicas: como o próprio nome já indica, são aquelas CT provenientes do contato ou exposição a organismos vivos, ou seja, os vírus, bactérias, fungos que possam causar alterações consideráveis ao corpo do trabalhador. Estes elementos estão vinculados, geralmente com o objeto de trabalho, instrumentos e com as condições físicas do ambiente de trabalho.

e) Cargas Mecânicas: caracterizadas como as de mais fácil visibilidade, ou seja, estas podem provocar uma ruptura da continuidade normal do corpo, ou seja, quando há um defeito em certo aparelho que por sua vez pode causar um acidente levando a uma fratura, por exemplo. Esta CT está ligada principalmente ao ambiente de trabalho propício, geralmente, a acidentes, ou seja, o ambiente por si só não seria uma variável importante neste sentido, contudo, ao interagir com o corpo e o que ela pode causar é motivo pelo qual se torna uma CT de grande importância.

f) Cargas Químicas: são entendidas por micro-partículas, geralmente, nocivas à saúde do trabalhador. Podem ser representadas por gases, líquidos, fibras entre outros. Muitas vezes, estes elementos podem nem ser percebidos pelo trabalhador devido alguns elementos não serem perceptíveis às sensibilidades do corpo, contudo exercem importante influência e acabam por representar importante risco para a vida do trabalhador.

Para entender o processo de trabalho na realidade dos enfermeiros atuantes na ESF do Brasil há a necessidade de: identificar o objeto de trabalho; os instrumentos, que variam conforme o âmbito de atuação do enfermeiro, incluindo os materiais e equipamentos utilizados, assim como os recursos tecnológicos ou documentais disponíveis para serem utilizados não somente na assistência, mas também nas ações gerenciais e/ou de educação; o modo como o trabalho é realizado; além das condições e relações de trabalho. Conforme observa Laurel e Noriega (1989, p. 106-107):

É preciso analisar não somente as características físicas, químicas e mecânicas do objeto de trabalho, mas também porque e como chega a sê-lo, isto é, sua vertente social. Da mesma forma, os instrumentos de trabalho ou a tecnologia devem ser compreendidos, de um lado, no que diz respeito a sua conformação técnica e, de outro, como a materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho. O trabalho,

finalmente, tem que ser entendido como processos corporais, mas também, como uma expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão.

O processo de trabalho do enfermeiro e seus elementos envolvidos (geradores de CT ou não) estão inseridos em um contexto de práticas diárias de atividades voltadas a um objeto de trabalho que pode ser um indivíduo, um grupo e/ou família que necessitam de ações de enfermagem, tanto no âmbito da promoção da saúde, quanto da prevenção de doenças, agravos ou danos a sua saúde, assim como em processos terapêuticos ou de reabilitação. Além disso, o objeto de trabalho da enfermagem, a quem se dirige o trabalho destes profissionais, é “um sujeito que se manifesta, comenta suas preferências, expõe suas necessidades, faz críticas ao nosso trabalho e nos elogia” (KIRCHHOF et al., 2011, p.116). Este objeto e os elementos que fazem parte deste processo influenciam diretamente nas ações desenvolvidas e podem causar aumento ou, até mesmo, diminuição, das cargas de trabalho presentes.

A partir do entendimento dos elementos que fazem parte do processo de trabalho do enfermeiro é possível compreender a articulação e a relação destes com a saúde-doença deste profissional. Ainda, operacionalmente, é possível correlacionar as cargas de trabalho segundo sua natureza, de modo a facilitar sua identificação e de que forma ela atua em cada meio de ação. Desse modo, para identificar as cargas no trabalho do enfermeiro, faz-se necessário buscar conhecer todo seu processo de trabalho, vinculando elementos do processo de trabalho com os tipos de cargas existentes.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa orientada pelas teorias do materialismo histórico-dialético e das cargas de trabalho, e pelo prescrito na PNAB.

Utilizou-se dados de banco gerado por duas macropesquisas aprovadas pelo CNPQ, “Inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde”, período 2011-2014 e “Inovação tecnológica não material em saúde: cargas de trabalho e satisfação”, período 2015-2019 (de responsabilidade da Professora Doutora Denise Elvira Pires de Pires) das quais participo como pesquisadora. Para utilizar os dados, obteve-se a autorização da coordenação e equipe responsável. Estes dados foram obtidos por uma rede de pesquisadores envolvidos nas 5 regiões do Brasil, onde a autora desta tese participou da coleta de dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Segundo Minayo (2010) para a escolha da metodologia a ser utilizada, é imprescindível se ter cautela, pois ela se tornará a ligação entre o referencial teórico de embasamento e os objetivos do estudo, e acontecerá por meio da descrição de técnicas e procedimentos utilizados.

A presente pesquisa identifica-se com as do tipo qualitativo que tem o objetivo de entender um fenômeno como um todo e busca conhecer diversos aspectos deste a partir do entendimento dos indivíduos estudados (POLIT; BECK, 2011). Trata-se de uma pesquisa de campo onde as técnicas de investigação e análise do fenômeno estão relacionadas ao reconhecimento da realidade no seu local de estudo.

Para tanto é necessário pensar, em primeiro lugar, a singularidade de cada pessoa, sua subjetividade e experiências. “Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere” (MINAYO, 2012, p.623).

A pesquisa qualitativa também destaca a importância do pesquisador no momento da coleta e análise dos dados onde este se configura como instrumento importante para coletar os dados, podendo interagir com este meio e, até mesmo, influenciá-lo (MINAYO, 2014).

Segundo Matheus e Fustinoni (2006) as características da pesquisa qualitativa tem como norte o conceito holístico do ser humano,

ou seja, busca conhecer além das repostas referidas os contextos e expressões que permeiam as entrevistas. O roteiro da coleta de dados é aberto e, geralmente, indireto, com a finalidade de promover a abertura das respostas configurando-se em maior flexibilidade na “conversa”. Mas, sobretudo, a pesquisa qualitativa procura preservar as características subjetivas tanto dos participantes pesquisados quanto do pesquisador, facilitando o acesso à singularidade das questões mencionadas.

Segundo Bogdan e Biklen (2003), a pesquisa qualitativa possui 5 características essenciais: o ambiente em questão também se conforma em fonte de dados; o processo da entrevista também faz parte da análise dos dados e não somente os resultados; a pesquisa precisa ser descritiva; os dados devem ser analisados indutivamente; o significado é a preocupação essencial na busca e interpretação dos dados.

A abordagem qualitativa do estudo tem no materialismo Histórico Dialético as bases conceituais para interpretar a realidade dos enfermeiros das ESF no Brasil. Esta abordagem requer considerar a historicidade dos fatos. Dessa forma, o método torna-se um caminho escolhido para se chegar a um objetivo comum, e a dialética pode ajudar a ver os fenômenos de uma forma mais abrangente, incluindo a contínua mudança da realidade (FRANCO; CARMO; MEDEIROS, 2013).

Marx (2012, p. 23) descreve o materialismo como “a base da vida social dos homens, e não existe senão permeada por todos os aspectos dessa vida social, os quais, por sua vez, sob modalidades diferenciadas, são instâncias das super-estruturas possuidoras de desenvolvimento autônomo relativo e influência retroativa sobre a estrutura econômica”.

Para se pensar em uma pesquisa com base conceitual no materialismo-histórico-dialético deve-se partir da premissa da complexidade revelada pela realidade existente. A história e suas relações materiais e sociais tomam um posicionamento crucial na evolução de cada ser humano. Este método pode ser considerado como uma ferramenta importante para o entendimento da nossa realidade social, uma vez que o pesquisador empregando o método dialético é capaz de aprofundar nas causas e nas consequências dos problemas, suas contradições, suas relações e suas dimensões. Ao se utilizar de uma pesquisa sob a ótica do materialismo histórico dialético, a realidade é entendida como um todo multidimensional em que as partes envolvidas estão interligadas entre si e evoluem conjuntamente ao longo do tempo (TRIVIÑOS, 2009).

A partir deste entendimento, este estudo busca no materialismo histórico dialético uma forma de entender as transformações ocorridas ao longo do tempo e como elas acontecem provenientes também da evolução das concepções dos conceitos e das formas de se fazer saúde no mundo e, mais precisamente, no Brasil com foco na ESF.

4.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Na pesquisa qualitativa a amostra pode ser composta intencionalmente. Nesta modalidade o pesquisador define os participantes, o local ou documentos que melhor podem ajudar a entender o problema ou a questão de pesquisa, o que não implica, necessariamente, em uma amostragem de um grande contingente de participantes como sugere a pesquisa quantitativa (CRESWELL, 2010).

A questão referente ao número de participantes do estudo está relacionada diretamente a quem são estes participantes. Isto se torna significativo, pois a importância deste estudo está remetida a qualidade dos dados encontrados e não a quantidade dos mesmos, o que implica em importância maior ao entrevistado, ao local escolhido e ao modo como acontece a coleta e não o número de dados colhidos em si. A seleção dos elementos implica na preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto (MINAYO, 2014).

A amostra foi definida de modo não probabilístico e não tem a pretensão de generalização, reconhecendo os limites desta escolha como mencionado por autores como Levine (2008). No entanto, estudos com amostras intencionais são amplamente utilizados em pesquisas qualitativas e podem ser os primeiros passos para entender uma ação ou fato e servir de alicerce para novos tipos de estudos. Nos estudos em que a amostra não probabilística for viável é importante atentar para algumas variáveis para garantir a boa escolha dos participantes, como por exemplo, os critérios e julgamentos do pesquisador buscando assemelhar-se o quanto mais for necessário com as características gerais dos pesquisados (MASSUKADO-NAKATANI, 2009). A importância dos dados não está somente na sua representatividade do todo, mas está no quanto estes dados são de qualidade e representam uma realidade na qual pode ser ilustrada.

Com os critérios de intencionalidade, foram selecionados, os enfermeiros que integram eSF de 4 capitais e 1 cidade-estado distribuídas nas 5 regiões do Brasil, sendo elas: Florianópolis (SC), Rio de Janeiro (RJ), Natal (RN), Belém (PA) e Brasília (DF).

Os critérios para a escolha dos locais de pesquisa e dos enfermeiros participantes foram:

a) UBS que atuam somente com ESF nas 05 regiões do país e consideradas como experiências exitosas, no sentido de serem representativas do prescrito na Política Nacional da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012a). Para atender este critério, realizou-se consulta a lideranças do município (como gestores municipais ou estaduais da saúde, Conselho Municipal de Saúde, lideranças dos profissionais de saúde e organizações de usuários ou estudiosos do tema política de saúde) para indicação de quais equipes mais se destacavam como modelo de referência daquele município. Para a escolha das equipes consideradas de boa qualidade, associou-se à consulta aos gestores e lideranças, os resultados disponibilizados na avaliação do PMAQ-AB 1º Ciclo, incluindo as equipes que obtiveram notas “acima da média” e “muito acima da média”. Foram pré-selecionadas quatro capitais e uma cidade-estado: Florianópolis como capital representante da Região Sul do Brasil com uma população de 421.240 habitantes e com 91 eSF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 52 avaliadas com nota “acima da média”; o Distrito Federal como cidade-estado representante da Região Centro-Oeste com população de 2.570.160 habitantes e com 28 eSF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 14 avaliadas com conceito “acima da média”; Rio de Janeiro como capital representante da Região Sudeste do Brasil com uma população de 6.320.446 e com 324 eSF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, destas 128 com conceito “acima da média”; Natal como capital representante da Região Nordeste do Brasil com uma população de 803.739 e com 14 eSF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 06 avaliadas com conceito acima da média; Belém como capital representante da Região Norte do Brasil com uma população de 1.393.399 e com 34 eSF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 07 avaliadas com conceito “acima da média” (IBGE, 2012; BRASIL, 2013a);

b) no mínimo 01 município e 02 ESF em 02 UBS diferentes de cada região do país (Sul, Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste e Norte), com o propósito de ampliar a possibilidade de encontrar realidades diversificadas dentre as exitosas;

c) somente enfermeiros que estivessem atuando há pelo menos 1 ano na ESF para poder incluir quem possui conhecimento sobre o cotidiano de trabalho da unidade onde atua;

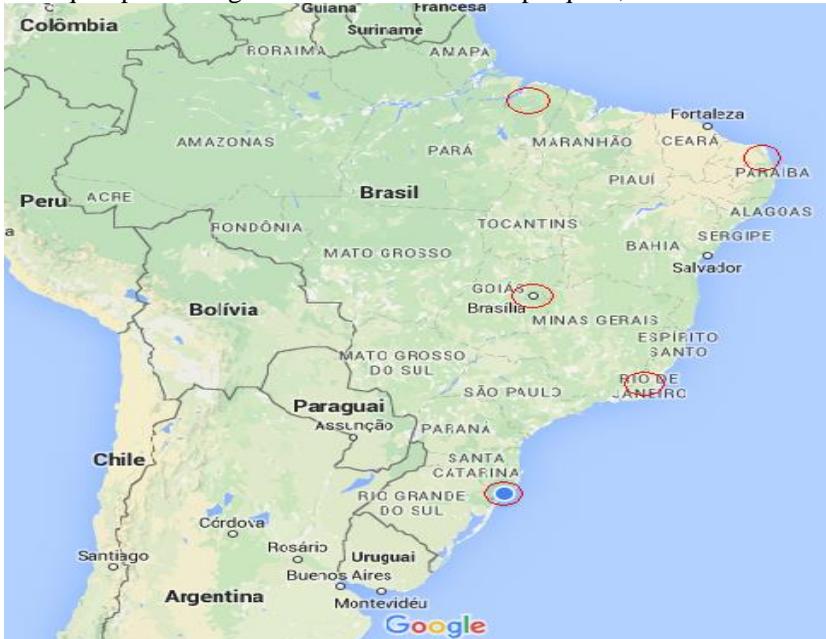
d) enfermeiros que estivessem em pleno exercício da função na ESF no momento da entrevista.

A amostra foi composta por 40 enfermeiros, integrantes de 36 diferentes eSF e que atuavam em 22 UBS, distribuídas nas 5 regiões geográficas do Brasil.

Para delimitação dos enfermeiros e locais deste estudo, esta pesquisa baseou-se em alguns dados descritos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Departamento de Atenção Básica (DAB). Dessa forma, os dados do IBGE (2016) mostram que a população do Brasil já ultrapassara os 206.000.000 de habitantes no ano de 2016. O DAB também registra um total de 41.523 eSF devidamente cadastradas (BRASIL, 2016b) o que poderia alcançar uma cobertura de 88% da população.

Contudo, a distribuição das equipes não é homogênea e os critérios para a existência de uma ESF não são norteados apenas pelo contingente populacional, mas também pela questão geográfica e áreas de riscos são consideradas (BRASIL, 2012a). Para cada 1 eSF, existe pelo menos 1 enfermeiro atuante e devidamente cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A cobertura da população pelas eSF chega, em média, a 63,41% do contingente populacional, lembrando que enquanto alguns estados como, São Paulo possuem apenas cerca 40,41% e outros estados, como Piauí possuem cerca de 98,64% de cobertura populacional pela ESF (IBGE, 2012; BRASIL, 2016b).

Figura 1 - Mapa geográfico do Brasil apresentado por estados, com destaques para as regiões onde foi realizada a pesquisa, 2013-2016.



Fonte: Google EARTH-MAPAS, 2015.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas destinadas realizadas com enfermeiros atuantes nas eSF delimitadas, além da observação e o estudo documental. Segundo Creswell (2010) é importante o uso de vários instrumentos de coleta de dados, como entrevistas observações e documentos com a finalidade de aumentar a confiança dos dados adquiridos, para depois examiná-los e extrair-se o verdadeiro sentido dos mesmos.

Flick (2009) afirma que a questão da triangulação dos dados torna-se muito importante quando a questão dos dados da pesquisa envolve a sua qualidade. Este método permite ampliar as atividades do pesquisador com a finalidade de melhorar seu verdadeiro entendimento da concepção de realidade encontrada apenas nas falas dos participantes.

4.3.1 Entrevistas semiestruturadas

O uso das entrevistas pode ser realizado quando se deseja conhecer práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Quando bem delimitadas, as entrevistas podem proporcionar ao entrevistador fazer uma espécie de mergulho nas respostas, buscando entender suas percepções e significados sobre a realidade. A partir destes dados, o pesquisador pode levantar informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica sobre as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil de obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004).

Ao se realizar uma boa entrevista, deve-se levar em consideração 3 aspectos envolvidos no processo de construção da pesquisa: a) os objetivos da pesquisa precisam estar muito bem delineados e em conformidade com o questionamento que levou a busca por estas respostas; b) o (re)conhecimento da realidade do local onde se deseja buscar as informações, ou seja, através de experiência ou com uma busca importante da bibliografia existente o pesquisador precisa estar consciente dos fatos que irá encontrar para que saiba os possíveis entraves relacionados à coleta dos dados; c) o roteiro da pesquisa precisa estar claro e elucidado para o pesquisador no momento da entrevista para evitar ou minimizar os entraves que a pesquisa pode oferecer; d) segurança e autoconfiança para que o entrevistado também consiga firmar esta confiança nas respostas; e) algum nível de informalidade, em virtude de facilitar a comunicação entre pesquisador e pesquisado proporcionando maior abertura nas relações presentes, sem jamais perder de vista os objetivos que levaram a buscar aquele participante específico como fonte de material empírico para sua investigação (DUARTE, 2004).

Estudos metodológicos vêm afirmando que o formato da entrevista, bem como o tipo de registro observacional, determina a análise de dados que é possível e adequado fazer (CHIZZOTI, 2014). Chizzoti (2014) descreve as entrevistas semiestruturadas como uma composição de roteiro com tópicos gerais selecionados e elaborados de tal forma a serem abordados com todos os entrevistados, podendo abrir para a coleta de outros dados que casualmente aparecem nas falas dos entrevistados.

As entrevistas semiestruturadas aconteceram na própria UBS, com preferência na sala do enfermeiro, com contato prévio para agendamento de horário e com a finalidade de encontrar melhor horário que proporcionasse maior disponibilidade e tranquilidade para participar das entrevistas. As entrevistas deste projeto foram realizadas orientadas por um roteiro prévio descrito no Apêndice A deste estudo, composto por perguntas fechadas e abertas; e aconteceram durante o horário de trabalho dos enfermeiros.

O instrumento norte de coleta de dados continha perguntas fechadas e abertas inicialmente para descrever o perfil dos participantes da pesquisa e depois para conhecer as cargas de trabalho e processo de trabalho, permitindo identificar o profissional e o melhor entendimento dos elementos geradores de CT no trabalho dos enfermeiros na ESF.

As entrevistas foram gravadas, com consentimento do entrevistado e, logo depois, transcritas na íntegra.

4.3.2 Observação e estudo documental

A observação na pesquisa qualitativa é um instrumento útil para o entendimento do cenário da pesquisa e do fenômeno a ser estudado. A observação pode acontecer de maneira utilizando roteiro orientador. Os dados de observação são registrados em anotações de campo. Além da observação de ações realizadas, o observador pode buscar outros atores e o próprio cenário em atividade (CRESWELL, 2010).

A pesquisa qualitativa de campo, após a pesquisa bibliográfica diz respeito à observação de fatos e fenômenos como ocorrem no real, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado (MARCONI; LAKATOS, 2015).

Como forma de complementar os dados coletados nas entrevistas, foi realizada uma observação orientada por um roteiro (Apêndice B) previamente estruturado com a finalidade de servir como guia na busca de informações complementares.

A partir deste entendimento, as notas de observação seguiram um roteiro pré-orientado pelos apêndices B e C. As observações seguiram os seguintes procedimentos: foram realizadas nos períodos matutinos e vespertinos, algumas com visitas aos locais, específicas para este fim, outras realizadas no intervalo entre as entrevistas. Ao final totalizou-se 68 notas, com 196 horas de observação. O tempo de observação está

proporcionalmente ligado ao número de notas geradas, no entanto, o número de notas não tem relação direta com a profundidade do conjunto da descrição das observações por região e nem com a qualidade descritiva da realidade encontrada.

De todo o período de observação resultou: 68 notas com 196 horas de observação. Delimitando por região, foram 12 notas na região Sul e 11 horas e 30 minutos; 08 notas na região Sudeste, com 34 horas e 30 minutos; 25 notas na região Centro-Oeste, com 69 horas; 05 notas na região Nordeste, com de 38 horas; e 18 notas na região Norte, 43 horas (conforme descritos na tabela 1 abaixo). O período de coleta dos dados aconteceu entre os anos de 2013 à 2016.

Tabela 1 – Descrição das observações realizadas pelos pesquisadores no momento da permanência em campo, distribuídas por números de notas e tempo de realização, 2013-2016.

Região	Número de Notas	Tempo de observação (horas)
Sul	12	11,5
Sudeste	08	34,5
Centro-Oeste	25	25
Nordeste	05	38
Norte	18	43
Total	68	196

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

O estudo documental utiliza documentos provenientes direta ou indiretamente do campo de coleta dos dados. Estes dados incluíram publicações oficiais ou privadas encontradas em documentos. Muitas vezes este tipo de estudo assemelha-se a pesquisa bibliográfica pelas características existentes, contudo, o estudo documental (ao contrário da bibliográfica) tem pelos documentos analisados uma fonte complementar dos dados e tem como finalidade dar apoio aos recursos (como a entrevista) para garantir a maior fidedignidade das informações (LOPES, 2006).

Este estudo buscou através de materiais e documentos existentes nas ESF complementar as entrevistas e foi utilizado como apoio para o entendimento acerca das CT dos enfermeiros atuantes na ESF. Entraram no estudo: fluxogramas de atividades, protocolos de ações, materiais educativos entre outros. Todo documento que tinha ligação direta com o processo de trabalho e elementos envolvidos aos objetivos da pesquisa,

e passível de acesso pelo pesquisador, foi contemplado, conforme roteiro estabelecido no Apêndice B e C.

Os documentos contemplados nesta análise foram: planilhas de produções; cartazes e planilhas de organização das ações profissionais e folhas relacionadas ao processo de trabalho podendo estar fixadas nas paredes, murais e armazenadas em arquivos dos profissionais; mapa dos distritos sanitários, das áreas de abrangência de cada ESF; documentos que descreviam a estrutura física, assistencial e funcional da ESF; lista com o número, nome e o tipo das UBS; diretrizes, objetivos e metas dos planos municipais de saúde; relatórios de gestão; leis complementares; cadernos de estatísticas; normas de proteção à saúde dos trabalhadores e procedimentos em casos de doenças ou acidentes; fotos e recortes de jornais relacionados à temática pesquisada. Por motivos éticos, no tocante à garantia do anonimato não foi detalhado nominalmente cada documento e sim de maneira genérica, bem como o local em que foram coletados, pois muitos documentos oportunizariam a caracterização da ESF estudada. Deve-se ainda destacar que os documentos analisados não tiveram uniformidade nos diversos cenários estudados e os dados sobre adoecimento e procedimentos em caso de doença ou acidente não estavam disponíveis na grande maioria dos serviços incluídos na pesquisa.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Analisar os dados implica em transformação. Através de uma análise clara, compreensível, criteriosa e minuciosa dos dados colhidos por meio da entrevista, por documentos ou até mesmo da observação de fatos podem ser feitos “tratamentos”, classificação e, por fim, interpretação das mensagens recebidas com o objetivo de “decodificar” as mensagens e reconhecer a realidade dos fatos buscando responder ao objeto do estudo em questão (GIBBS, 2008).

Com a análise dos dados parte-se da reflexão crítica do trabalho investigativo, constituindo-se num caminho auxiliar no entendimento daquilo que podemos encontrar no campo. Por meio desta análise é possível transformar as informações “soltas” dos dados empíricos, no entendimento dessas mensagens gerando interpretações que se sustentem teoricamente (TEIXEIRA; NITSCHKE; PAIVA, 2008).

Analisar consiste em “tratar os dados” coletados, como neste estudo, através da triangulação (usando três ou mais pontos de referência para se verificar a localização de um objeto) (EASTERBY-

SMITH et al., 1999). Existem quatro categorias de triangulação: a) teórica, como em uma disciplina, utilizar seus moldes e seu uso para explicar situações em outra disciplina; b) de técnicas (refere-se à coleta de dados em diferentes momentos ou de fontes diferentes para realizar a complementação das informações); c) por investigador (acontece quando pessoas diferentes coletam dados sobre a mesma situação e os resultados são comparados); d) metodológica (ocorre quando há o uso de estudos qualitativos e quantitativos de coleta de dados mostrando diferentes formas de análises dos mesmos).

Nesta pesquisa com os enfermeiros atuantes na ESF, a coleta de dados aconteceu por meio da triangulação por dados obtidos por entrevista, observação e análise documental, com vistas a aumentar as chances de entendimento das cargas de trabalho presentes no processo de trabalho do enfermeiro.

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual afirma que todo conteúdo é parte de um método empírico e necessita de um conjunto de instrumentos metodológicos (em constantes mudanças) que podem ser aplicados nas mensagens coletadas, sejam elas as mais variadas formas. Para a autora, realizar uma leitura com foco no conteúdo é buscar nos significados (“entrelinhas”) uma descrição objetiva daquele conteúdo advindo das “trocas” entre pesquisador e pesquisado.

Bardin (2011) apresenta alguns critérios para tornar a análise de conteúdo um dado científico e de qualidade, organizando a forma de fazer em três principais momentos: a) pré-análise (uma primeira leitura – flutuante- dos dados colhidos com a finalidade de conhecer as informações colhidas; b) exploração do material (análise mais aprofundada do conteúdo disposto para melhor organizar e entender as mensagens encontradas - mergulho; c) tratamento dos resultados (nesse momento acontece a decodificação e separação das ideias centrais e importantes para a resposta da pergunta de pesquisa).

Para ajudar a análise dos dados optou-se pela utilização do software *Atlas.ti 7.0*[®] (*Qualitative Research and Solutions*). Este sistema permite o tratamento dos dados e organização dos mesmos com a codificação das mensagens a partir do objetivo do estudo. Todos os dados referentes à pesquisa foram inseridos no *software*, para então seguir com a Análise de Conteúdo Temática, buscando os núcleos ou unidades de sentido expressos na comunicação e que significassem algo diante do objeto pesquisado (MINAYO, 2014).

Seguindo as diretrizes de Bardin (2011), a pré-análise consistiu na escolha dos dados submetidos à análise com a elaboração de hipóteses que pudessem fundamentar a análise final (BARDIN, 2011). Assim sendo, foi realizada a leitura exaustiva de todos os documentos que compuseram a pesquisa, as entrevistas transcritas, as notas de observação e os documentos selecionados. Após a recolha de todos os documentos e leitura, estes foram inseridos no *software* Atlas.ti, dentro de uma unidade hermenêutica (HU) denominada *Cargas de Trabalho Enfermeiros*, cada documento recebeu automaticamente um código gerado pelo próprio software, e denominado pelo Atlas.ti como *Primary Documents (PDs)*. Os dados originados do estudo documental foram inseridos na forma de comentários (*coments*).

A exploração do material, segunda fase de análise na proposta de Bardin, visa alcançar as unidades centrais para a compreensão do texto, em que o pesquisador realiza as codificações necessárias para o entendimento do fenômeno estudado. Sendo assim, o Atlas.ti permite a construção de códigos (*codes*) a partir dos fragmentos de texto que possuíam significado para este estudo, a esses fragmentos, o software denomina *quotations*. Essa transformação dos dados constituiu num processo longo, com a seleção de *quotations* e definição de *codes* mais apropriados (codificação e recodificação), considerando os objetivos e referencial definidos para a pesquisa.

A fase final da análise, a interpretação, é o momento em que os significados validados surgem a partir dos resultados brutos. Essa interpretação foi possível dentro do software com a articulação das *quotations*, *codes* e *memos*, e a construção de grandes famílias de significados (*families*), para enfim, expor os resultados em redes de significados representadas por esquemas gráficos, as *networks*. Nesse último passo, também foram gerados relatórios no software (*outputs*), para poder analisar a frequência semântica das unidades de registro e chegar a interpretação sob a ótica das teorias selecionadas para este estudo.

Embora, as etapas da análise estejam descritas separadamente, a análise consistiu num movimento constante entre os dados empíricos, o aporte teórico e o objeto de análise da pesquisadora. Deste modo, as grandes famílias de significados formuladas foram: Perfil; Motivação; Tipos de CT; Aumenta as CT; Reduz as CT; Adoecimento; Enfrentamento e a Influência do PMAQ-AB no trabalho dos enfermeiros.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todo processo de pesquisa respeitou o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c). Esta resolução incorpora, sob a ótica de indivíduo e das coletividades, os 04 princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficências e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e os deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado. A Resolução CNS 466/2012 foi associada, recentemente, à Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde de 2016, que “dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana”. A referida Resolução manteve os princípios éticos e dispositivos contidos na Resolução 466/ CNS/2012 que não contradizem o agora detalhado na nova Resolução.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios das referidas Resoluções, devem cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas. O disposto nas duas resoluções representa um processo pioneiro no que se refere à legislação específica para esta área, assumindo primordialmente um papel de direcionamento para a análise e o juízo crítico sobre valores, priorizando o pluralismo, o respeito pela diversidade e proteção daqueles em situação de vulnerabilidade.

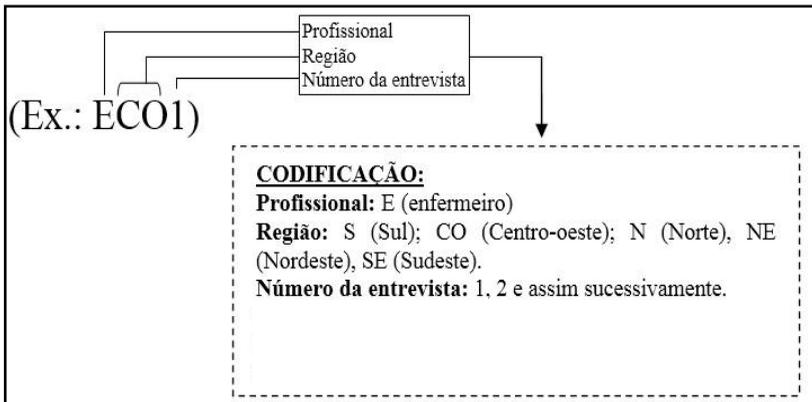
Seus preceitos éticos e científicos que envolvem as pesquisas com seres humanos determinam que essas pesquisas contenham um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), tendo o mesmo uma linguagem acessível e que inclua a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram adotados na pesquisa, os possíveis riscos e benefícios esperados, a forma de assistência no caso da ocorrência de algum dano ao participante da pesquisa e, somente farão parte da pesquisa os participantes que aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Deve ser previsto também a garantia da privacidade, do sigilo e anonimato dos participantes envolvidos na pesquisa. Além da garantia da liberdade do mesmo de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo e nenhuma penalidade.

Ainda, primando por atender a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d) que dispõe de normas sobre pesquisa com seres humanos. Por ser recorte de duas macro pesquisas, este estudo necessitou de aprovação de 02 Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelo Parecer nº 723.695 e pelo CAAE: 25557614.0.0000.0121 em 2014 (ANEXO B); e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Santa Catarina pelo Parecer de nº. 1.547.952 e pelo CAAE: 43683115.9.0000.0118, em 2016 (ANEXO C). Todo material coletado está armazenado em arquivo digital, e está sob a responsabilidade da pesquisadora responsável num tempo máximo de cinco anos, a fim de comprová-los.

Para garantir o sigilo às informações coletadas foi fornecido um código descrito Profissional: E (enfermeiro), seguido do local onde se encontra descrito por região: região: S (sul); CO (centro-oeste); N (norte); SE (Sudeste); NE (Nordeste); e o número consecutivo da entrevista realizada, conforme figura a seguir.

Figura 2 - Codificação dos enfermeiros seguindo descrição por categoria, região e sequência da entrevista.



Fonte: autora da pesquisa com base em Soratto (2016).

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados respeita o disposto na Resolução Normativa n. 01/2016, de 17 de agosto de 2016, do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da normativa de 15/06/2011. Dentre as principais mudanças, a normativa estabelece a disposição dos resultados apresentados na forma de no mínimo 3 manuscritos/artigos, sendo que um destes poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. E este artigo deve ter sido submetido ou publicado em periódico classificado pelo QUALIS estabelecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), (área Enfermagem) como B1 ou superior.

Neste sentido, o capítulo foi organizado em 04 subitens. Inicia com o manuscrito: Cargas de Trabalho de enfermeiros na Saúde da Família no Brasil, construído na forma de uma revisão integrativa de literatura sobre os tipos de Cargas de Trabalho (CT) encontradas no trabalho do enfermeiro da ESF no Brasil. Este artigo encontra-se publicado na Revista eletrônica *International Archives of Medicine* com a coautoria de mais 3 autores: Francele Luz Machado, Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira e Didiana Ferreira Souza. Os dados da publicação encontram-se descritos na folha de rosto incluída como **Anexo D**. Além deste, seguem mais 03 artigos inéditos com resultados da pesquisa realizada com enfermeiros nas 05 regiões do Brasil, com os seguintes títulos: Cargas de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: identificação e tipologia; Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família; O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e Cargas de Trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

5.1 CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL¹

Daiane Biff

Denise Elvira Pires de Pires

RESUMO

Objetivo: Analisar o que está sendo publicado na literatura sobre cargas de trabalho dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família no Brasil identificando elementos geradores e relacionando-os aos tipos de cargas. **Introdução:** Cargas de Trabalho (CT) se expressa nos elementos do processo de trabalho que ao interagirem entre si e com o corpo do trabalhador podem se materializar em desgaste, muitas vezes como tentativa de adaptação às demandas do trabalho. O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) o expõe a diferentes tipos de CT e, estas podem ser divididas em: psíquicas, fisiológicas, físicas, biológicas, mecânicas e químicas. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura orientada por protocolo prévio, com dados coletados por 2 colaboradores independentes nas bases de dados PUBMED, LILACS, SCIELO e Banco de Teses e Dissertações da CAPES nas linguagens descritas em português, inglês e espanhol e no período de 1994 a 2014. O processo de seleção, inclusão e exclusão dos estudos orientou-se pelos critérios estabelecidos por Ganong (1987) e Whittemore (2005). O *software* Atlas.ti[®] foi utilizado como recurso para armazenar e analisar os estudos. **Resultados:** Nenhum trabalho tratou especificamente das CT dos enfermeiros da ESF. Encontraram-se sete trabalhos que tratam das cargas de trabalho das equipes de saúde da família, as quais incluem os enfermeiros. Um total de 8 trabalhos aborda a temática saúde das equipes na ESF nos quais foi possível identificar elementos geradores de CT. Do conjunto dos estudos, identificou-se a presença de cargas psíquicas, físicas, fisiológicas, mecânicas e biológicas, com predomínio das primeiras. Não foram encontradas cargas químicas. **Conclusão:** O trabalho dos enfermeiros da ESF está exposto a múltiplos elementos geradores de CT, em especial das cargas psíquicas, seguidas das fisiológicas e mecânicas. No entanto, há carência

¹ O artigo encontra-se publicado na Revista eletrônica International Archives of Medicine com a coautoria de mais 3 autores: Francele Luz Machado, Jonas Sâmi Albuquerque de Oliveira e Didiana Ferreira Souza.

de estudos que tenham por objetivo investigar este fenômeno, constituindo-se em um campo a ser estudado.

Descritores: Enfermeiro/a. Estratégia Saúde da Família. Cargas de Trabalho.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste em um modelo assistencial inovador em relação ao modelo da biomedicina e integra a Política Nacional da Atenção Básica (SORATTO et al., 2015; FERTONANI et al., 2015), formulado como estratégia prioritária para aproximar as atividades de saúde aos preceitos do SUS. A ESF pretende atender a população de acordo com suas necessidades e realidade em que está inserida, visando melhor resolutividade das ações de saúde, favorecendo um impacto positivo na saúde individual e/ou coletiva da população (BRASIL, 2012). Nesse modelo de atenção está prevista a assistência realizada por equipes de Saúde da Família (eSF) multiprofissionais, das quais o/a enfermeiro faz parte e exerce papel fundamental. Os/as enfermeiros/as se responsabilizam por múltiplas atividades, em interação com os demais membros das equipes. E, no âmbito da profissão, realizam ações do tipo assistencial, gerencial e do campo da educação (PIRES, 2009).

O processo de trabalho do enfermeiro na ESF visa à produção, manutenção, recuperação e/ou promoção da saúde de indivíduos, famílias e/ou comunidade adstrita à área de abrangência das eSF. Além dessa finalidade, tem foco na atividade realizada, a qual é desenvolvida orientada pela finalidade de contribuir para melhoria de saúde da população. Podendo-se mencionar, neste campo de atuação, a realização de ações como: as de cuidado direto aos usuários e família, nas Unidades Básicas e nos domicílios; as consultas de enfermagem; as relacionadas à organização do serviço e supervisão da equipe; o monitoramento de indicadores de saúde; ações educativas em grupos, dentre muitas outras (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; PAULA et al., 2014).

As condições de trabalho a que esse profissional se depara na ESF, aspectos da própria formação profissional, questões relativas ao trabalho em equipe, características da população ou da própria maneira de organizar o trabalho na ESF fazem com que haja condições nem sempre apropriadas para o exercício adequado de suas funções (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011). A realidade do trabalho na

ESF também envolve: precariedade do ambiente na unidade básica; ausência de insumos, equipamentos e recursos humanos; dificuldade de implementação da interdisciplinaridade; divisão desigual do trabalho; excesso de demandas burocráticas, administrativas e assistenciais; pressão e cobrança por cumprir metas, e por vezes, metas não condizentes com a realidade a que o enfermeiro atua; falta de apoio e desconhecimento dos gestores sobre o modelo ESF; baixos salários e incompatíveis com o excesso de atribuições; vínculo empregatício precário e a falta de valorização profissional por parte de usuários, colegas e gestores são alguns dos elementos que desmotivam o profissional enfermeiro no seu cotidiano de trabalho (DAVID et al., 2009; TRINDADE et al., 2014a; TRINDADE et al., 2014b). Esses elementos presentes no processo de trabalho do enfermeiro na ESF exercem influência importante nas cargas de trabalho refletindo em sua saúde e na qualidade da assistência prestada ao usuário (SCHMOELLER et al., 2011).

O entendimento de Cargas de Trabalho (CT), neste estudo, se fundamenta no conceito de Laurel e Noriega (1989). Estes autores as conceituam como elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador provocando o desgaste. Sendo o desgaste resultante da tentativa de adaptação do trabalhador às condições negativas presentes em seu ambiente de trabalho, o que pode causar perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica, de quem realiza o trabalho (KIRCHHOF et al., 2011). Conforme a área de atuação do enfermeiro ele pode estar exposto a diferentes tipos de cargas. Essas podem ser divididas em: psíquicas (tensão prolongada, monotonia, falta de autonomia); fisiológicas (esforço físico, ruptura do ritmo circadiano, posições inadequadas); físicas (exposição à radiação ionizante, ruído, umidade); biológica (exposição doenças infecto-contagiosas, fluidos e secreções, manipulação de materiais contaminados); mecânicas (instrumentos de trabalho e materiais no ambiente sem condições adequadas), e químicas (antissépticos, desinfetantes, esterilizantes, manipulação de medicamentos) (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF et al., 2011). Considera-se que os 2 primeiros tipos de CT manifestam-se no corpo do trabalhador; as demais são passíveis de se observar no ambiente de trabalho (LAUREL; NORIEGA, 1989).

Dessa forma, descrever quais são as cargas de trabalho que estão presentes no fazer dos enfermeiros da ESF e podem gerar desgaste, estresse, ou danos à sua saúde, é um caminho promissor que pode

contribuir para a busca de medidas para minimizá-las. O estudo das CT a que os enfermeiros estão submetidos poderá contribuir, ainda, para a proteção destes profissionais e para a melhoria dos serviços prestados. Nesse sentido o presente estudo tem como objetivo analisar o que está sendo publicado na literatura sobre cargas de trabalho dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família no Brasil, identificando elementos geradores e relacionando-os aos tipos de cargas.

METODOLOGIA

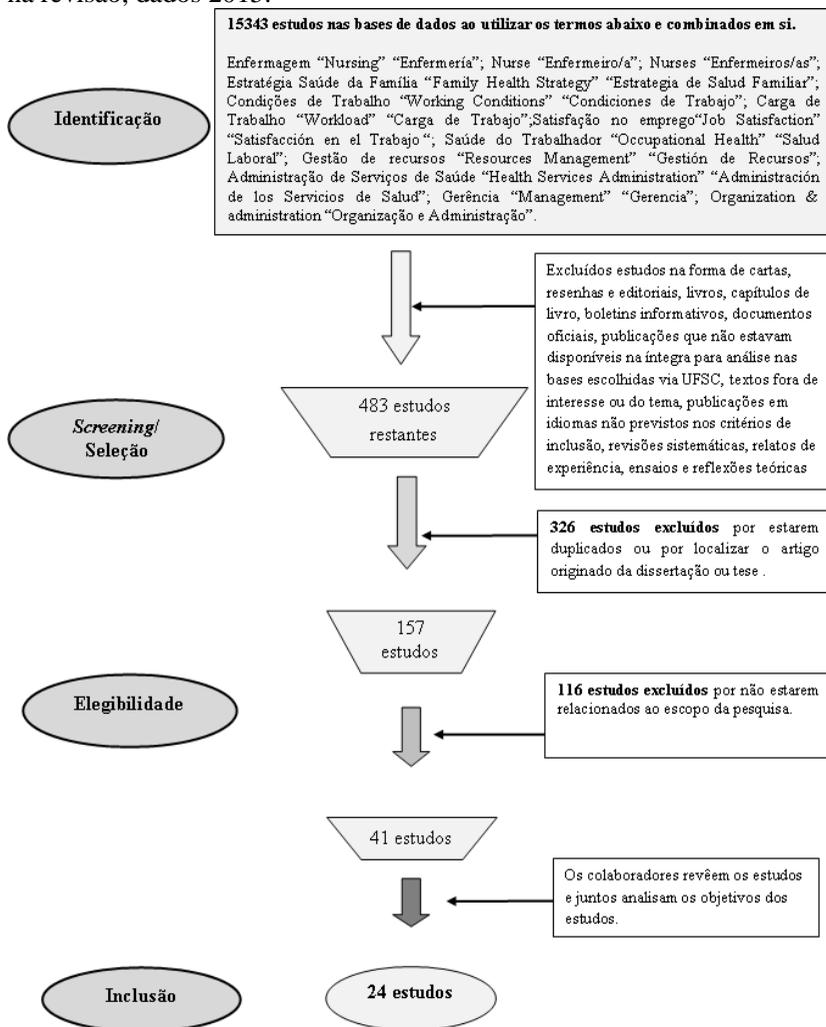
A revisão integrativa da literatura foi realizada por 2 pesquisadores independentes com base nos critérios estabelecidos por Ganong (1987) e Whittemore (2005) visando à confiabilidade e o rigor dos achados. Foi elaborado um protocolo (Apêndice E), com base em Forte (2013) e validado por um validador externo. O protocolo serviu de guia aos pesquisadores durante as buscas. O processo foi organizado em 5 etapas: a definição da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção do *corpus*, inclusão dos estudos selecionados e análise dos resultados encontrados nos estudos. A questão norteadora desta revisão foi o que diz a literatura sobre cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no Brasil?

A busca ocorreu na *Public/PublishMedline* (PubMed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Os termos de busca foram utilizados com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): enfermagem, Estratégia Saúde da Família, condições de trabalho, carga de trabalho, satisfação no emprego, saúde do trabalhador, gestão de recursos administração de serviços de saúde e gerência. Com base no formulário *Medical Subject Headings* (MESH): *nursing, nurse, nurses, family health, workload, job satisfaction, occupational health, health services administration, organization e administration*. Os termos booleanos, *e/and*, foram utilizados para realizar combinações entre os descritores.

As publicações foram limitadas a incluir somente: artigos científicos completos originais; teses e dissertações; conterem os descritores no título e/ou no resumo; serem publicadas no idioma inglês, espanhol ou português no período de 2004 a 2014 na forma completa pelo acesso via Universidade Federal de Santa Catarina.

Na primeira busca foram localizados 15343 trabalhos nas bases de dados. Após a leitura do título e realização dos cruzamentos previstos foram excluídos: estudos na forma de cartas, resenhas e editoriais, livros, capítulos de livro, boletins informativos, documentos oficiais, publicações que não estavam disponíveis na íntegra para análise nas bases escolhidas via UFSC, textos fora de interesse ou do tema, trabalhos duplicados (nos casos em que foram encontradas teses e também artigos decorrentes da tese mantivemos apenas os artigos), publicações em idiomas não previstos nos critérios de inclusão, revisões sistemáticas, relatos de experiência, ensaios e reflexões teóricas. Desta primeira seleção resultaram 156 estudos. Após a leitura dos resumos e identificação da pertinência ao tema desta revisão, selecionou-se 10 no LILACS (06 artigos e 04 teses); 14 SCIELO (14 artigos); 08 PUBMED (08 artigos); 09 CAPES (07 dissertações e 02 teses). Ou seja, nesta segunda etapa foram excluídos 116 estudos por não se adequarem ao objeto dessa investigação, resultando num total de 41. Na terceira etapa, os colaboradores se reuniram para realizar a seleção final, discutindo as dúvidas sobre a adequação ou não ao tema, o que resultou em um corpus de 24.

Figura 1- Descrição dos passos para a seleção e a inclusão dos estudos na revisão, dados 2015.



Fonte: Dados da revisão (2015), com base em Murray et al. (2015).

Os trabalhos seleccionados foram organizados e analisados com auxílio do *software Atlas.ti 7.0[®]*. As 24 publicações incluídas no estudo foram inseridas no software como *primary documents*. A seguir procedeu-se a leitura de cada documento seleccionando as *quotations* que

foram associadas a *codes*, os quais possibilitaram a organização dos estudos em um quadro de caracterização (Quadro1) e outro que organizou os tipos de cargas de trabalho (Quadro2).

Para caracterização dos estudos utilizou-se os seguintes *codes*: título de estudo, autor, ano, base de dados, origem e tipo de publicação, método do estudo e local da realização do estudo.

Para a organização dos tipos de cargas de trabalho foram selecionadas *quotations* que mencionassem os elementos que geravam cargas de trabalho do enfermeiros da ESF, a estas *quotations* foram atribuídos cinco *codes* conforme a teoria escolhida. Os resultados dessa organização e são descritos no quadro 2.

RESULTADOS

Os trabalhos que atenderam aos critérios estabelecidos para inclusão nesta revisão foram: teses (03), dissertações (07) e artigos (14). No que diz respeito à caracterização dos estudos 08 foram localizados na base LILACS, (10) na SCIELO e (07) no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Na base de dados PUBMED não foram encontrados estudos sobre o tema. Todos os trabalhos com relevância no tema foram encontrados nas bases de dados nacionais e este dado se explica devido à delimitação do objeto, ou seja, foco na Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Em relação ao local do Brasil onde as pesquisas foram realizadas, identificou-se que na região Sul houve um maior número de produções (10), na região sudeste (07), região nordeste (04) e na região centro-oeste (03), não havendo pesquisas sobre o tema na região norte. Observa-se que no período de 2010 a 2013 houve predomínio de produções científicas próximas ao tema, com um significativo número de trabalhos no ano de 2012 (6). Quanto ao tipo de estudo ficam evidentes as pesquisas do tipo qualitativo com enfoque descritivo. Nenhum estudo tratou das CT dos enfermeiros na ESF. Encontraram-se 08 trabalhos que tratam das cargas de trabalho das equipes de saúde da família, as quais incluem os enfermeiros. Um total de 07 trabalhos aborda a temática saúde das equipes na ESF nos quais foi possível identificar elementos geradores de CT.

O quadro 1 descreve a caracterização dos estudos.

Quadro1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2015.

Título do Estudo	Autor/ Ano/ Base de Dados	Origem e tipo da publicação	Tipo de Estudo	Local de Realização do estudo
A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermagem	SILVA, A. B. F. 2002 LILACS	Fio Cruz (Dissertação)	Qualitativo	Ponta Grossa-Paraná
O mundo do trabalho da enfermagem no Programa Saúde da Família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural	MOUBA, F. J. M. 2005 LILACS	Universidade Federal do Rio de Janeiro (Tese)	Qualitativo-descritivo	Rio de Janeiro- Rio de Janeiro
O trabalho da enfermagem no Programa Saúde da Família em Florianópolis (PI)	ROCHA, J. B. B. 2006 LILACS	Universidade Federal do Rio de Janeiro (Tese)	Qualitativo	Florianópolis
O Trabalho do Enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho	REIS, V. M. 2007 LILACS	Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Dissertação)	Qualitativo-descritivo	Ipatinga, Minas Gerais
A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo	SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. 2007 SCIELO	Rev. EscEnferm USP (Artigo)	Qualitativa, Descritiva	São Paulo- São Paulo
Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família	COLOME, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. 2008 SCIELO	Rev. EscEnferm USP (Artigo)	Qualitativo	Porto Alegre- Rio Grande do Sul
Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil	CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, J. F. S.; FIGUEIREDO, P. P.; AZAMBUJA, E. P.; SANT'ANNA, C. S.; COSTA, V. Z. 2009 SCIELO	Rev Latino-am Enfermagem (Artigo)	Qualitativa Transversal,	Rio Grande- Rio Grande do Sul
Processos de trabalho na Equipe Estratégia Saúde da Família	PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. 2009 SCIELO	Rev. Brasileira de Enfermagem (Artigo)	Qualitativo	Município do interior no Rio Grande do Sul
A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família	MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. 2010 LILACS	Ciência & Saúde Coletiva (Artigo)	Descritivo Quantitativo	Municípios da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família	BERTONCINI, J.H.; PIRES, D. F.; SCHERER, M. D. A. 2011 SCIELO	Trab. Educ. Saúde (Artigo)	Qualitativo	Região Sul do Brasil
Estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde	ALBUQUERQUE, M.L.N. 2011 Banco de Teses e Dissertações da Capes	Universidade Federal de Pernambuco (Tese)	Qualitativo	Recife-Pernambuco
A função gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família: limites e possibilidades	JONAS, L.T.; RODRIGUES, H.C.; RESCK, Z. M. R. 2011 LILACS	Rev. APS (Artigo)	Qualitativo	Alfenas- Minas Gerais
Forças impulsionadoras e restritivas para o trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família	FREITAS A. C.S. R. V. 2011 Banco de Teses e Dissertações da Capes	Universidade Federal de Goiás (Dissertação)	Descritivo, Exploratório, Transversal,	Jaraguá- Goiás
Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças	ROECKER, S.; BUDO, M. L. D.; MARCON, S.S. 2012 SCIELO	Rev. EscolaEnfam USP (Artigo)	Descritivo, Exploratório,	Municípios da 10ª Regional de Saúde com sede em Cascavel- Paraná
A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família	FERNANDES, J.S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H.H; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. 2012 SCIELO	Rev.EscoEnfam USP (Artigo)	Descritivo, Transversal,	Municípios do Triângulo Mineiro- Minas Gerais
O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença	SHIMIZU, H. E.; JUNIOR, D. A.C 2012 SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva (Artigo)	Descritivo, Transversal,	Distrito Federal-Brasil
Violência contra enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família: caracterização e implicações	ALMEIDA, J. L.S. 2012 Banco de Teses e Dissertações da Capes	Universidade Federal da Paraíba (Dissertação)	Descritivo-exploratório- explicativo	Campina Grande- Paraíba
Configuração identitária do enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família	CAÇADOR, B. S. 2012 Banco de Teses e Dissertações da Capes	Universidade Federal de Minas Gerais (Dissertação)	Qualitativa	Belo Horizonte-Minas Gerais
O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família	ARANTES, M.Q. 2012 Banco de Teses e Dissertações da Capes	Universidade de São Paulo (Dissertação)	Qualitativo-descritivo	Martlia- São Paulo

Conclusão

Educação em saúde como prática de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família	OLIVEIRA, M. B.; CAVALCANTE, E. G.F.; OLIVEIRA, D. R.; LEITE, C. E. A.; MACHADO, M. F. A.S. 2013 LILACS	Rev. Rene (Artigo)	Qualitativo-descritivo Exploratório	Crato-Ceará
Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde	TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P 2013 SCIELO	Texto Contexto Enferm (Artigo)	Qualitativo	Região Sudoeste do Paraná-Brasil
Cargas de trabalho: um olhar sobre a estratégia saúde da família	MORAES, E.P. 2013 Banco de Teses e Dissertações da Capes	Universidade Federal de Brasília (Dissertação)	Qualitativo	Região Centro-Oeste
Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família	PAULA, M.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E.A.; SADE, P.M.C.; LAROCCA, L.M. 2014 LILACS	Rev.MineEnferm (Artigo)	Qualitativo-descritivo com observação sistemática	Município no Sul do Brasil
Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais	TRINDADE L. L.; PIRES, D. E. P.; AMESTOY, S. C.; FORTE, E.C.N.; MACHADO, F. L.; BORDIGNON, M. 2014b SCIELO	CogitareEnferm (Artigo)	Qualitativo	Região Sudoeste do Paraná-Brasil

Fonte: Dados da revisão, 2015.

Dentre os elementos que aumentam as cargas de trabalho dos enfermeiros encontrou-se em todos os estudos a menção a diversos fatores que aumentam as cargas psíquicas. Alguns destes fatores que estão associados às cargas psíquicas podem, também, gerar outras cargas, como as fisiológicas e mecânicas. Dentre elas as pressões causadas pela sobrecarga de trabalho e diversos outros déficits nas condições de trabalho.

Outro grupo de elementos pode ser identificado como gerador de cargas fisiológicas e mecânicas, como: excesso de atividades e demandas a serem realizadas na ESF e fora dela (01,04,05, 08,10, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 21, 22); jornada de trabalho excessiva (03, 07, 11, 21, 22); problemas na divisão e organização do trabalho (01, 03, 04, 05, 06, 09, 11, 16, 20, 22, 23, 24); ritmo excessivo (02; 07, 16); precárias condições dos equipamentos necessários para realizar o trabalho (03, 11, 13, 22).

O terceiro grupo de elementos geradores de aumento das CT foi: precariedade do ambiente e dos materiais incluindo planta física inadequada, ausência ou tamanho insuficiente de espaços e estruturas insalubres (01; 03, 05, 07, 09, 10, 11, 13, 16, 18, 20, 22, 23); exposição à umidade, ruído e climatização (03 e 11). Estes elementos relacionam-se às cargas físicas.

Encontrou-se, ainda, elementos como a exposição a fluídos corporais e materiais perfuro-cortantes (07), que se relacionam as CT biológicas. Em nenhum trabalho foi mencionada a presença de cargas químicas.

O quadro 2 descreve os elementos geradores de CT associando-os aos tipos de cargas.

Quadro 2 - Elementos geradores de cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF e sua relação com os tipos de cargas.

Tipos de Cargas de Trabalho no trabalho do enfermeiro da ESF encontradas nos estudos	Elementos que geraram as cargas de trabalho do enfermeiro ESF, identificadas nos estudos
Cargas Psíquicas	Excesso de demanda (02; 04; 05; 06; 07; 08; 10; 11; 15; 17;18; 19; 21; 22, 23, 24); falta de profissionais (09; 10; 13; 14; 16; 18; 19; 21, 22); Fragilidade nas relações (01, 03; 04; 05; 06; 08; 09; 11; 13; 16; 17; 20; 21; 22, 24) pressão por atingir metas (02; 03; 04; 05; 10; 12; 16); discordâncias em relação ao modelo assistencial (03; 07; 13; 14; 18; 20; 21; 22, 24); falta de reconhecimento, valorização e autonomia profissional (01,03; 04; 07; 18; 21; 22, 24).
Cargas Fisiológicas e Mecânicas	Excesso de atividades e demandas a serem realizadas na ESF e fora dela (01; 04; 05; 08; 10; 11; 12; 15; 18; 19; 20, 22); jornada de trabalho excessiva (03; 07; 21; 11, 22); problemas na divisão e organização do trabalho (01; 03; 04; 05; 06; 09; 11; 16; 20; 22; 23, 24); ritmo (02; 07; 16) Precárias condições dos equipamentos necessários para exercer o trabalho (03; 11; 13, 22).
Cargas Físicas	Precariedade do ambiente e dos materiais incluindo planta física inadequada, ausência ou tamanho insuficiente de espaços estruturas insalubres (01; 03; 05; 07; 09; 11; 13; 16; 18; 20; 21; 22, 23, 24); exposição à umidade, ruído e climatização (03; 11)
Cargas Biológicas	Exposição a fluídos corporais e materiais pérfuro-cortantes (07).

Fonte: Dados da revisão, 2015.

DISCUSSÃO

Identificaram-se nos estudos selecionados, 5 dos 6 tipos de cargas de trabalho descritos por Laurel e Noriega (1989). Apenas elementos relacionados às cargas químicas não estão relatados. Do total dos 24

estudos incluídos nessa revisão, nenhum tratou especificamente das cargas de trabalhos dos enfermeiros que atuam na ESF no Brasil.

Dentre os tipos de cargas descritos anteriormente, as cargas psíquicas predominaram e podem ser compreendidas em elementos como: o excesso de demanda; a fragilidade nas relações entre colegas de equipe, com gestores e com usuários; pressão por atingir metas; discordância em relação ao modelo assistencial da ESF por parte de colegas e usuários que ainda defendem uma prática medico-centrada; falta de reconhecimento e autonomia profissional dos enfermeiros.

Estas cargas podem ser percebidas somente depois de um longo tempo de exposição. As cargas psíquicas podem se dividir em dois grupos, aquele que se remete a sobrecarga psíquica, quando o trabalhador permanece sob prolongados momentos de tensão no trabalho. E, outro grupo refere-se à subcarga psíquica, sendo essa formada por elementos que impossibilitam o desenvolvimento e o uso da capacidade psíquica do profissional no trabalho (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF, 2011). A subcarga psíquica não foi identificada nos estudos desta revisão.

Os estudos mostraram que os problemas de fundo emocional são os mais importantes na Estratégia Saúde da Família. A intensa e crescente quantidade de demanda assistida (espontânea e programada) nas UBS parece estar acima do que os enfermeiros podem “conseguir realizar”. Este problema pode ser reflexo tanto da quantidade populacional adstrita maior que a preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) ou pode resultar da falta de profissionais ou de qualificação para realizar o conjunto de atividades prescritas. O excesso pode ainda, ser gerado por situações em que o profissional enfermeiro, além de suas atividades, realiza as que são de responsabilidade de outros membros da equipe, com vistas a tentar “suprir” os déficits de força de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Há um apelo considerável quando pensamos nas cargas de trabalho psíquicas dos enfermeiros da ESF no Brasil, pois, além de causar importante sofrimento psíquico nos trabalhadores, acarreta outros problemas que influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada. A comunicação prejudicada também influencia diretamente nas ações dificultando a sua realização. Estas dificuldades interferem na qualidade do atendimento aos usuários gerando insatisfação nos profissionais e nos usuários.

A seguir se destacaram as cargas fisiológicas e mecânicas. As cargas fisiológicas estão relacionadas a diversas situações que

demandam esforço físico, formas de organização e realização do trabalho que possam alterar o equilíbrio do funcionamento do corpo e também a exposição a posições inadequadas (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF et al., 2011; TRINDADE, 2011; PIRES, 2014). O excesso de atividades a serem realizadas dentro e fora da UBS pelo enfermeiro foi o principal elemento que além de gerar cargas psíquicas também pode gerar cargas fisiológicas e mecânicas. Os estudos destacam o acúmulo de atividades do profissional enfermeiro que executa tarefas sozinho quando poderia e/ou deveria compartilhar com outros membros da equipe. Muitas vezes, para dar conta das tarefas acaba ultrapassando sua carga horária na UBS. Os enfermeiros referem que o número de horas trabalhadas (40 horas por semana ou mais) no mesmo local e sob pressão de trabalho é um elemento significativo de aumento das CT. Dentre as atividades feitas pelos enfermeiros, estão: atividades burocrático-administrativas e assistência individual ou coletividade. Identificou-se, ainda, o ritmo de trabalho acelerado e a organização do trabalho, muitas vezes, fragmentada semelhante à divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho descrita por Marx em “O Capital” (2012).

As cargas mecânicas têm forte relação com a qualidade e funcionalidade dos instrumentos de trabalho, assim como, exposição a situações que exijam a utilização de força física ou exposição a esforços repetitivos que podem causar lesões, como contusões e fraturas. As cargas mecânicas derivam da interação do corpo do trabalhador com materiais do ambiente de trabalho que não recebem manutenção para uso ou por movimentos que exigem do corpo do trabalhador esforços que podem resultar em ferimentos (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF et al., 2011; TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013). Nos estudos que integraram esta revisão foram mencionadas condições precárias dos equipamentos sendo eles enferrujados ou sem manutenção, e também, problemas nos veículos utilizados no deslocamento para ações fora da Unidade Básica de Saúde.

As cargas físicas têm relação direta com o ambiente de trabalho que expõe o trabalhador a agentes físicos como radiação, ruídos, calor, frio (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF, 2011; MARTINS et al., 2013). Nos estudos que integraram esta revisão, encontraram-se problemas relacionados ao ambiente físico dos serviços como estruturas insalubres e exposição à umidade, ruído e calor.

As cargas biológicas são aquelas que resultam do contato com o objeto de trabalho ou da exposição a produtos orgânicos como fungos e

microorganismos (LAUREL; NORIEGA, 1989; SCHMOELLER, 2011). A constante exposição aos fluidos corporais e contato com material perfuro-cortante, foram elementos das cargas biológicas presentes no processo de trabalho do enfermeiro da ESF, mencionados nos estudos.

Não foram identificadas cargas químicas nesta revisão. Estas são derivadas de substâncias químicas que podem estar presentes no ambiente de trabalho, como pós/poeiras, fumaças, gases e/ou vapores, fluidos ou líquidos aos quais o trabalhador estaria exposto (LAUREL; NORIEGA, 1989; KIRCHHOF, 2011).

CONCLUSÃO

Os estudos analisados identificam, com maior evidência, elementos que podem se configurar em cargas psíquicas no trabalho do enfermeiro da ESF, seguidas das cargas fisiológicas e mecânicas. Percebe-se dificuldade em analisar os tipos de cargas de trabalho de forma dissociada, pois os elementos que as constituem interatuam entre si, o que aumenta ou reforça determinados tipos de cargas. Os estudos também relacionam as cargas à produção do desgaste, possivelmente, ao adoecimento.

As cargas de trabalho influenciam a saúde do trabalhador e a qualidade do atendimento prestado à população. Quando o trabalhador vivencia perdas na sua capacidade psíquica e física resulta em impacto na realização do seu trabalho.

Os resultados desta revisão mostram que as CT dos enfermeiros da ESF devem ser estudadas e que conhecê-las pode orientar decisões gerenciais no sentido de (re)organizar o trabalho do enfermeiro na ESF, com vistas a possibilitar melhorias na qualidade do trabalho deste profissional. Modificações nos elementos que provocam aumento das cargas de trabalho também podem contribuir para a satisfação e a saúde dos enfermeiros, assim como influenciar melhorias nos cuidados prestados aos usuários neste âmbito da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-

graduação em Serviço Social da UFPE, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ALMEIDA, J. L. S. **Violência contra enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família**: caracterização e implicações. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

ARANTES, M. Q. **Cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 157-173, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

CEZAR-VAZ, M. R. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. **Rev.Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 06, n. 17, p. 961-967, dez. 2009.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

DAVID, H. M. S. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

FERNANDES, J. S. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, Jun. 2015.

FORTE, E. C. N.; MEDEIROS, F.; PIRES, D. E. P. **Protocolo de revisão integrativa de literatura sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros/as da Atenção Primária à Saúde**. Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

FREITAS, A. C. S. R. V. **Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em Unidades Básicas de Saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

GANONG, L. Revisão integrativa na pesquisa de enfermagem. **Res. Nursing Health**, v. 10, n.1, p. 1-11, 1987.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 14, n. 01, p. 28-38, 2011.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **ColombMed**, Cali, v. 42, supl.1, p.113-119, 2011.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.26, n. 1, p. 63-70, 2013.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Vol 1, T, 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção os economistas).

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 15, n. (espec.), p.1521-1531, 2010.

MOURA, F. J. M. **O mundo do trabalho da enfermeira no programa saúde da família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, M. B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p.894-903, 2013.

PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v. 18, n. 2, p. 454-462, 2014.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 5, n. 62, p.739-744, set. 2009.

REIS, V. M. **O trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem UERJ, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ROCHA, J. B. B. **O trabalho da enfermeira no programa saúde da família em Floriano (PI)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e

perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 3, n. 46, p. 641-649, 2012.

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

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 2405-2414, nov. 2012.

SILVA, A. B. F. **A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015.

TRINDADE, L. L. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

TRINDADE, L. L.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. **Enfermeria Global.** Murcia, v. 29, p. 373-392, 2013.

TRINDADE, L. L et al . Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, Mar. 2014a.

_____. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 528-535, set. 2014b.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Textocontextoenferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

5.2 CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IDENTIFICAÇÃO E TIPOLOGIA

RESUMO

Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 40 enfermeiros, selecionados por critérios de intencionalidade, em 5 grandes capitais distribuídas nas 5 regiões geográficas do Brasil. A coleta de dados, realizada por entrevistas, observação e estudo documental aconteceu entre 2013 à 2016 e objetivou conhecer quais os tipos de cargas que os enfermeiros estão expostos e a sua relação com o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. A análise orientou-se pelos preceitos da Análise de Conteúdo Temática com auxílio dos recursos do *software* Atlas.ti. Os resultados evidenciaram as cargas de trabalho psíquicas relacionadas com o déficit e precariedade de materiais e do ambiente de trabalho, as múltiplas atividades previstas no modelo da Saúde da Família, o excesso de demanda assistida com sua alta complexidade aliada aos déficits de funcionários, entre outras. As cargas fisiológicas, biológicas, físicas e mecânicas também se mostraram presentes neste contexto. Além disso, a força de trabalho mostrou relação com as cargas psíquicas e fisiológicas e, as cargas relacionadas ao objeto e aos instrumentos de trabalho foram evidenciadas pelas psíquicas, fisiológicas, biológicas, mecânicas e físicas. As cargas de trabalho estão presentes em todo processo de trabalho do enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da Família e influenciam diretamente na qualidade do trabalho realizado.

DESCRITORES: Enfermeiros/as. Carga de trabalho. Condições de trabalho. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme prescrito na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) configura-se em uma política nacional que reorienta o atendimento em saúde adotando preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) e aproximando-se dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A assistência na ESF inclui ações de promoção da saúde e de prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, a serem realizadas

por equipes multiprofissionais que devem atuar na perspectiva interdisciplinar, com foco no indivíduo e família, considerando o contexto sociocultural dos mesmos. Estas ações envolvem a responsabilidade por grupos populacionais em um território adstrito e, dentre outras, incluem a busca ativa e monitoramento de pessoas doentes, vacinação, educação em saúde, medidas para melhorar a qualidade de vida e prevenir agravos à saúde, a construção de projetos intersetoriais, a construção de vínculos entre profissionais e usuários, o acolhimento de suas demandas, como também, o estímulo à participação e ao controle social (BRASIL, 2012a).

No contexto da ESF o enfermeiro compõe a equipe mínima multiprofissional preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e desempenha funções essenciais no atendimento aos usuários e na viabilização do que está nela prescrito. A ele são atribuídas diferentes e complexas funções, incluindo aquelas requeridas para a equipe multiprofissional, as específicas de sua atuação profissional assim como algumas atribuições que lhes foi prescrita na política em vigor. Dentre estas funções, destaca-se: atuar em todos os níveis de prevenção; prestar assistência integral aos indivíduos e famílias cadastradas na área de responsabilidade de sua equipe; cuidar de pessoas durante todo ciclo vital em uma perspectiva ampliada de atenção que considera os aspectos socioculturais envolvidos; atuar dentro do espaço físico da Unidade Básica de Saúde (UBS) e também no domicílio e/ou comunidade; realizar consulta de enfermagem e procedimentos de cuidado de complexidades diversas; desenvolver ações assistenciais individuais e em grupo; promover a participação social envolvendo-se com o cotidiano dos conselhos de saúde, assim como participar da elaboração, execução e avaliação do planejamento em saúde e de planos de intervenção intersetoriais; participar do acolhimento às pessoas que buscam atendimento a assistência integral aos indivíduos e famílias cadastradas durante todo ciclo vital considerando a sua inserção familiar na comunidade e aspectos socioculturais residentes em determinado território, incluindo ações que ocorrem dentro do espaço físico da unidade de saúde assim como no domicílio e/ou comunidade; realização da consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e participação social em conselhos e outros espaços, conforme protocolos e normativas técnicas, desde a infância até a terceira idade; atividades assistenciais e/ou planejadas para o acolhimento à demanda espontânea; planejamento e coordenação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); supervisão da equipe de enfermagem e de outros

membros da equipe, bem como sua educação permanente contínua; gerenciamento de materiais e insumos necessários para o funcionamento das UBS; além de articular ações com as redes de atenção intersectorial e de apoio às equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2012a).

Ao desempenhar, tanto as atividades típicas do seu fazer profissional quanto as que lhe são atribuídas pela PNAB, os enfermeiros se deparam com diferentes cargas de trabalho. Estas, no sentido elaborado por Laurel e Noriega (1989), podem ser classificadas como: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas e consistem em aspectos e situações presentes no processo de trabalho que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador podendo resultar em processos de desgastes e/ou adoecimento. Trata-se da relação entre trabalho e saúde.

Como formulado por Marx em “O Capital” (2012), o trabalho humano é uma ação transformadora com intencionalidade. E, com base nesta abordagem, é possível afirmar que no processo de trabalho do enfermeiro da ESF, opera-se uma transformação no objeto sobre o qual o mesmo atua (neste caso, os usuários, famílias e/ ou comunidades), mediada por instrumentos de trabalho (materiais, equipamentos e instrumentos diversos, assim como o conhecimento em saúde disponível e utilizado na realização do trabalho). No caso de grande parte das ações de cuidado ou assistenciais realizadas pelo enfermeiro, no final do processo, diferente da produção material, não há um produto independente do processo de produção (PIRES, 2009). O trabalho do enfermeiro, como muitos trabalhos do setor de serviços, é do tipo não material com as características de imprevisibilidade, simultaneidade entre produção e consumo, e grande variabilidade no tempo e no espaço (SPILLER et al, 2009). E, como os demais trabalhos é fortemente influenciado pelas condições e relações de trabalho. Portanto, diversos aspectos deste processo podem gerar cargas de trabalho com influência na saúde de quem o executa.

Estudos que verificaram as cargas de trabalho (CT) na saúde e enfermagem identificaram diferentes CT: cargas físicas - relacionadas ao ambiente de trabalho e que expõem o trabalhador a agentes como radiação, ruídos, calor, frio; cargas químicas - como gases, vapores, poeira e outras; cargas biológicas - determinadas pela relação com agentes vivos e podem derivar do próprio objeto de trabalho, bem como das questões ambientais; cargas mecânicas - advêm, especialmente, da operação de equipamentos, materiais, instalações em que o trabalho é realizado e da relação mecânica na ação sobre o próprio objeto de

trabalho; cargas fisiológicas - provenientes da atividade do trabalhador e se configuram pelo esforço físico, movimentos e posições para a execução das tarefas durante a jornada de trabalho; e, ainda, cargas psíquicas - que se constituem em fatores associados às exigências do próprio trabalho ou à falta destas ou, até mesmo, com as relações e dificuldades associadas à forma como o trabalho é desenvolvido (KIRCHHOF, 2011; SCHMOELLER et al, 2011).

Frente às diversas situações do cotidiano do enfermeiro na ESF, o contato direto e o vínculo com a comunidade, a alta demanda dos serviços e outras condições a que estão suscetíveis podem expor esse profissionais às mais diferentes cargas de trabalho, o que pode acarretar desgaste ou, até mesmo, adoecimento (TRINDADE; AMESTOY; PIRES, 2013; SIQUEIRA et al, 2013; TRINDADE et al, 2014; PIRES et al, 2016). Também existem estudos realizados em âmbito hospitalar, como o de Felli et al (p. 99, 2016) que registra a exposição constante a cargas de trabalho influenciando na “diminuição da capacidade para o trabalho, adoecimento, com conseqüente queda da produtividade no trabalho, muitos dias perdidos com afastamentos, além da sobrecarga dos trabalhadores que permanecerem ativos”.

Considerando-se a complexidade que envolve o trabalho dos enfermeiros na ESF e o alto índice de desgaste destes profissionais encontrados em todos os âmbitos da assistência à saúde, estudos acerca das cargas de trabalho dos enfermeiros tornam-se relevantes no sentido de entender a dinâmica dos processos que favorecem o seu aumento ou redução, numa lógica de reconhecer para modificar e melhorar as condições de trabalho, com implicações diretas nas ações do cuidado.

Diante do exposto, o presente estudo busca responder o seguinte questionamento: quais tipos de cargas de trabalho os enfermeiros estão expostos na ESF? E, tem como objetivo identificar as cargas de trabalho dos enfermeiros atuantes na ESF, analisando-as conforme os tipos de cargas e sua relação com o processo de trabalho.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, com triangulação de técnicas na coleta dos dados, através de entrevistas, observações e estudo documental, orientado pelo materialismo histórico-dialético de Karl Marx (2012) e pela teoria de cargas de trabalho de Laurel e Noriega (1989) e pautado nas prescrições da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A composição da amostra seguiu os critérios de intencionalidade incluindo: enfermeiros em pleno exercício da função e que estivessem atuando há pelo menos um ano na ESF, que integrassem equipes de Saúde da Família das cinco regiões do país: Florianópolis (SC), Rio de Janeiro (RJ), Natal (RN), Belém (PA) e Brasília (DF). Para a escolha das unidades, foram consideradas equipes de referência de acordo com o preconizado pela PNAB (2012).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, observação e estudo documental. As questões das entrevistas foram elaboradas de modo a possibilitar conhecer as cargas de trabalho dos enfermeiros de acordo com o vivenciado no trabalho cotidiano. As entrevistas foram gravadas e transcritas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A observação teve por finalidade buscar informações complementares no sentido de entender o ambiente e as relações dele com o trabalhador. O estudo documental buscou materiais e documentos que pudessem complementar as entrevistas e apoiar o entendimento acerca das cargas de trabalho dos enfermeiros, como: fluxogramas de atividades, protocolos de ações, materiais educativos, tabelas de escalas, entre outros.

A análise dos dados foi realizada articulando diretrizes da análise de conteúdo de Bardin (2011), recursos do software Atlas.ti 7.0® (*Qualitative Research and Solutions*) (FRIESE, 2015) e o suporte teórico definido para a pesquisa. A análise de conteúdo envolveu os três momentos descritos por Bardin, pré-análise, exploração do material e interpretação, os quais, apesar de distintos em termos de processo analítico, não são estanques e podem ocorrer simultaneamente. Sendo que as ferramentas do software permitiram o armazenamento dos dados, assim como contribuíram para a sua análise e interpretação.

O estudo atendeu o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que estabelece as normas para pesquisas com seres humanos, em vigor no período da realização da pesquisa, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer 723.695 e da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC) sob o parecer 1.547.952, uma vez que os dados deste estudo integram um banco de dados de duas macro pesquisas coordenadas pela Dra. Denise Pires: “Inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde”, período 2011-2013 e “Inovação tecnológica não material em saúde: cargas de trabalho e satisfação”.

período 2015-2019. Para garantir o sigilo e o anonimato referente às informações coletadas foram definidos códigos para se referir as falas dos participantes, estes foram compostos pela letra E (Enfermeiro); seguido da letra que identifica cada região do país, S (sul), CO (Centro-Oeste), N (Norte), SE (Sudeste), NE (Nordeste); e do número sequencial atribuído a cada entrevista realizada. Assim a codificação do primeiro Enfermeiro entrevistado na região Centro-Oeste foi: ECO1.

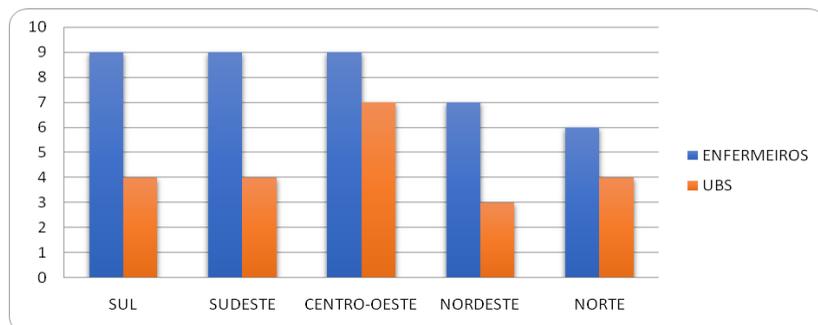
RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em 3 subitens: perfil dos enfermeiros participantes; tipos de cargas de trabalho encontradas no trabalho do enfermeiro da ESF; e cargas de trabalho relacionadas aos elementos do processo de trabalho do enfermeiro atuante na ESF.

Perfil dos participantes

Foram entrevistados 40 enfermeiros de 5 regiões geográficas do Brasil, entre os anos de 2013 a 2016, conforme descrito na Figura 01.

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros conforme região de atuação e Unidade Básica de Saúde vinculada, 2013-2016.



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Os 40 enfermeiros atuavam em 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em 36 diferentes equipes de Saúde de Família (eSF). Em relação a distribuição por região, participaram 09 enfermeiros de Florianópolis (Sul), 09 do Rio de Janeiro (Sudeste) e 09 de Brasília/DF (Centro-Oeste), além de 07 enfermeiros de Natal (Nordeste) e 06 de Belém (Norte), respectivamente. Do total das equipes estudadas, em 11% das eSF haviam mais de 1 enfermeiro atuante em uma mesma ESF.

Quanto aos dados sociodemográficos dos enfermeiros participantes, a distribuição está descrita na tabela 1 logo abaixo:

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados quanto ao sexo, idade, formação, tempo de experiência profissional e na ESF, tipo de contratação, jornada de trabalho e número de empregos, 2013-2016.

Variáveis	Descrição das variáveis	Quantidade (em números)
Sexo	Feminino	34
	Masculino	6
Idade (anos)	20 a 29 anos	8
	30 a 39 anos	17
	40 a 49 anos	7
	50 a 59 anos	7
	> de 60 anos	1
Escolaridade	Especialização/residência	33
	Graduação (apenas)	2
	Mestrado	5
Tempo experiência profissional (anos)	> de 5 anos	33
	1 a 4 anos	7
Tempo experiência na Estratégia Saúde da Família (anos)	> de 5 anos	26
	1 a 4 anos	14
Vínculo empregatício	Concurso (inclui estatutário)	26
	Contrato temporário	14
Jornada de trabalho semanal (horas/semanais)	< 40 horas	4
	> 40 horas	13
	40 horas	23
Jornada de trabalho/número de empregos	Única jornada	27
	Dupla Jornada	13

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Dentre os enfermeiros entrevistados o sexo feminino mostrou-se predominante nos enfermeiros com 85% deles. A idade dos enfermeiros mostrou-se mais expressiva no jovem-adulto entre 20 a 39 anos, com 25 enfermeiros (62.5%). A escolaridade predominante nos enfermeiros entrevistados foi a especialização e as residências em Saúde da Família (33), que se mostrou em 82,5%, além disso, houve uma expressiva

(12.5%) parcela com nível de formação em Mestrado (*stricto sensu*) e, destas, 1 enfermeira relatou estar cursando doutorado.

Em relação ao tempo de experiência profissional, a maioria (82.5%) afirmou estar atuando na profissão há mais de 5 anos, entretanto, os enfermeiros relataram sua experiência em outras áreas do trabalho em saúde. O tempo de experiência na ESF mostrou que a maioria deles (26) estão exercendo a profissão neste contexto há mais de 5 anos.

Quando questionados sobre o vínculo empregatício, 65% dos enfermeiros relataram contrato por meio de concurso público e 14 com contratos por meio de CLT, processo seletivo ou contrato temporário. No tocante às horas semanais trabalhadas, a quantidade expressiva esteve nos trabalhadores que atuavam 40 horas semanais (57,5%). Chama atenção que 04 enfermeiros relataram atuar na ESF com carga horária semanal menor que 40 horas. Em relação ao número de empregos, 32,5% relataram ter duplo vínculo empregatício.

Cargas de trabalho e tipologia

A partir da triangulação de técnicas de coleta de dados acerca dos elementos presentes seu trabalho que geraram cargas, foi possível realizar uma síntese e caracterizá-las conforme o tipo de CT (quadro 02).

Quadro 1 – Síntese geral dos fatores/elementos geradores de cargas de trabalho e sua relação com os tipos de cargas, 2013-2016.

Tipos de Cargas de Trabalho	Fatores/elementos geradores de cargas de trabalho	Número de enfermeiros que citaram	Descrição do número de enfermeiros por região
Cargas Psíquicas	Déficits e precariedade dos materiais e do ambiente de trabalho, incluindo planta física inadequada, ausência ou tamanho insuficiente e/ou espaços/estruturas insalubres.	35	08 Sudeste (89%) 08 Centro-Oeste (89%) 07 Nordeste (100%) 07 Sul (78%) 05 Norte (84%)
	As múltiplas atividades previstas no modelo ESF, aliada a jornada de trabalho excessiva.	31	08 Sudeste (89%) 07 Centro-Oeste (78%) 07 Sul (78%) 05 Nordeste (71%) 04 Norte (67%)
	Excesso de demanda programada e espontânea e sua complexidade.	27	07 Centro-Oeste (78%) 07 Sul (78%) 05 Nordeste (71%) 05 Sudeste (56%) 03 Norte (50%)
	Déficit de funcionários levando os enfermeiros a realizar o trabalho destes trabalhadores ou o trabalho que não “é de ninguém”.	27	07 Centro-Oeste (78%) 07 Sul (78%) 05 Nordeste (71%) 05 Sudeste (56%) 03 Norte (50%)
	Responsabilidade de gerenciamento dos funcionários.	25	07 Sudeste (78%) 07 Sul (78%) 06 Centro-oeste (67%) 03 Nordeste (43%) 02 Norte (%)
	Incompreensão do modelo assistencial por profissionais, usuários e gestores.	21	07 Sudeste (78%) 03 Nordeste (43%) 04 Centro-Oeste (44%) 04 Norte (%) 03 Sul (33%)
	Falhas na gestão, como: ausência, fta de compromisso e despreparo do gestor da UBS.	21	06 Centro-Oeste (67%) 05 Nordeste (71%) 04 Sul (44%) 04 Sudeste (44%) 02 Norte (33%)

	Excesso de atividades burocráticas.	18	06 Sudeste (67%) 06 Sul (67%) 02 Nordeste (29%) 02 Centro-Oeste (22%) 02 Norte (33%)
	Enfermeiro como referência dos usuários – vínculo.	12	05 Sudeste (55%) 03 Sul (33%) 02 Centro-Oeste (22%) 01 Nordeste (14%) 01 Norte (17%)
Cargas Fisiológicas	Excesso de demanda atendida aliada a sua complexidade, gerando impacto no corpo.	20	06 Sudeste (67%) 06 Sul (67%) 03 Nordeste (43%) 02 Centro-Oeste (22%) 03 Norte (50%)
	Excesso de pressão da gestão para a realização de múltiplas atividades gerando desgaste físico.	20	07 Sudeste (78%) 05 Sul (55%) 05 Nordeste (71%) 02 Centro-Oeste (22%) 01 Norte (17%)
	Jornada de trabalho excessiva gerando desgaste físico.	18	07 Sudeste (78%) 05 Sul (55%) 03 Nordeste (43%) 02 Norte (33%)
Cargas Biológicas	Exposição a doenças infecto-contagiosas.	8	04 Norte (67%) 02 Sul (11%) 01 Nordeste (14%) 01 Sudeste (11%)
	Mofo.	3	03 Norte (50%) 01 Nordeste (14%) 01 Centro-Oeste (11%)
Cargas Físicas	Exposição à umidade e ao calor, além de ruídos.	5	03 Nordeste (43%) 01 Centro-Oeste (11%) 01 Norte (17%)
Mecânicas	Precriedade das condições dos equipamentos necessários para exercer o trabalho podendo levar a ruptura da integridade corporal.	4	03 Sudeste (33%) 01 Centro-Oeste (11%)

Fonte: dados da pesquisa, 2013-2016.

Dentre os fatores geradores de cargas no trabalho do enfermeiro atuante na ESF predominou a presença de fatores que geraram cargas

psíquicas. Estes fatores estiveram presentes em todas as entrevistas e foram descritos de diversas maneiras.

Os fatores geradores de CT psíquicas que mais chamam atenção são os déficits e a precariedade tanto dos materiais quanto dos ambientes necessários para a realização do trabalho, incluindo planta física inadequada, ausência ou tamanho insuficiente e/ou espaços/estruturas insalubres. Para realizar o seu trabalho, o enfermeiro necessita de muitos instrumentais e de ambiente adequado. Para a realização de uma orientação alimentar, por exemplo, é necessário um local sem ruídos e com certo grau de tranquilidade para que o usuário consiga entender e assimilar a mensagem que está sendo transmitida. Para a realização de uma coleta de citopatológico de colo uterino são necessários instrumentos específicos para o acesso ao colo e a devida coleta das células, além de uma iluminação adequada para a ideal visualização das condições da área corporal que está sendo examinada.

Com a ausência de instrumentos e ambiente adequado, o trabalho fica prejudicado ou pode até ser inviabilizado. Estas situações geram desgastes nas relações com os usuários e população, traduzindo-se, muitas vezes, em retrabalho e causando insatisfação, estresse e sobrecarga psíquica para os enfermeiros.

Tu pára de trabalhar para ligar para tua chefia, para conseguir uma lâmina para fazer preventivo. Há umas duas semanas atrás, a gente não tinha lâmina para fazer preventivo. Então são coisas que aumentam muito, não é? Remarcar toda uma agenda, 10, 12 pacientes em um dia porque você não tinha materiais para fazer (ECO4).

Trabalhamos com poucos recursos, a gente não tem recursos que deveria ter [...] No início até que tínhamos recursos, mas agora é difícil. Poderíamos ter uma sala de vacina, mas não dá porque a casa é toda infiltrada, enfrentamos muitas dificuldades como corte de luz que ficamos durante 3 meses também (EN3).

As características do trabalho na ESF, com as múltiplas atividades previstas no modelo, aliada a jornada de trabalho estabelecida pela PNAB, considerada excessiva, provoca aumento das cargas psíquicas. As diferentes funções e atividades que o enfermeiro tem que realizar na ESF, geram ansiedade em relação à possibilidade de não

conseguir completar todas as tarefas exigidas. Além disso, a associação à excessiva jornada de trabalho provoca contribui para o aumento das cargas psíquicas.

Carga horária, eu acho ela puxada, cansativa, atribuições [...]. Hoje em dia o enfermeiro aqui, ele é responsável por fazer pré-natal, puericultura, coleta de sangue, organização de trabalho, organização de processo de trabalho, atendimento de hipertensão, diabetes (ESE3).

[...] a gente tem que fazer mapa de vacina, fazer o trabalho das técnicas de enfermagem, aí fazer planejamento [...]. Agora mesmo estão me cobrando notificação da vigilância epidemiológica. A gente tem que fazer pedido de vacina, fazer o mapa de tuberculose, solicitar material para fazer planejamento familiar e supervisionar os técnicos de enfermagem, que são difíceis, são complicados, também (ENE5).

Outro fator expressivo na pesquisa foi a influência do excesso de demanda como gerador de cargas psíquicas. Este fator foi mencionado, mesmo nos casos onde a população adstrita da ESF estava dentro da preconizada pela PNAB. O relato dos enfermeiros esteve relacionado não apenas ao número de atendimentos, mas o quanto o excesso de demanda assistida aliada à suas complexidades podem dificultar o trabalho na ESF. O não conseguir realizar o trabalho necessário ou de forma que o profissional considera adequada, provoca insatisfação e preocupação podendo gerar desgaste ou algum tipo de sofrimento ou adoecimento psíquico.

O que cansa bastante a gente aqui, que a gente encontra dificuldade, é o excesso de demanda, e a gente percebe que não é só para a gente, é para médico, para enfermeira, para todo mundo, para dentista, para toda classe, para os agentes comunitários, para os técnicos (ESE8).

A equipe, ela tinha que diminuir o número de pessoas por equipe. Hoje, assim, eu tenho equipe aqui de três mil e poucas ou quase 4.000, então assim, a pessoa não vai conseguir. Então, aumenta muito a carga porque o número de atendimentos é

muito, acaba que deixa de ver algumas outras coisas que tinha que ver, e assim, a gente não vai conseguir nenhuma qualidade (ESE9).

O que aumenta minha carga de trabalho é a condição social das famílias. São famílias de baixa renda. Isso aumenta a minha carga porque a família não dá conta de se cuidar, o que junta com o sistema de saúde, que não dá conta de resolver o problema da família. Quando junta esses fatores, a minha carga acaba piorando, porque as pessoas não conseguem o êxito do cuidado em saúde (ENE7).

Aliado ao excesso de demanda e, muitas vezes como consequência dele, está o déficit de funcionários nas UBS para realizar as tarefas necessárias. O enfermeiro tem aumento de suas CT psíquicas por ter que realizar o trabalho destes funcionários, além de assumir, muitas vezes, o trabalho considerado “de ninguém”, ou seja, além das inúmeras tarefas e responsabilidades que o enfermeiro já possui, ele precisa assumir o trabalho daqueles trabalhadores que não estão presentes ou que não “existem”. Há uma dificuldade relevante sobre como conseguir conciliar tantas tarefas e responsabilidades com a falta de trabalhadores existente.

A mesma coisa que o planejamento. A gente chega no planejamento, as coisas que a gente não consegue fazer são coisas que vem se repetindo e que a gente não faz. Não é porque não tem vontade de fazer, é porque não tem perna para fazer. Porque falta profissional, porque a gente está fazendo muitas coisas e não consegue avançar para esse ponto (ES1).

[...] algumas coisas que são comuns para a unidade, questões como medicamento, suprimentos, coisas que são ligadas a unidade. Quem cuida disso é a enfermeira. Eu acabo sempre tendo que cuidar dessas coisas. Mesmo que eu tente me afastar, diga que não sou a responsável pelo posto, as pessoas sempre me procuram. Desde o guarda até o administrativo se reportam a mim, mesmo que eu tente fugir dessa responsabilidade. Aumenta minha carga sim, eu

tenho demandas da minha equipe e também tenho que assumir essa demanda do posto, que não é só minha, mas que alguém tem que dar resposta, tem que acontecer (ECO1).

Além destes elementos ficaram evidentes como influenciadores das cargas psíquicas dos enfermeiros: responsabilidade pelo gerenciamento dos funcionários da eSF; a incompreensão acerca do modelo assistencial da ESF, tanto por parte de alguns profissionais quanto dos usuários e gestores; falhas na gestão que acontecem, muitas vezes, por sua ausência ou falta de compromisso ou até mesmo com cobrança considerada desnecessária; o excesso de atividades do tipo burocráticas existente no trabalho da ESF; e o vínculo com os usuários e/ou comunidade, o qual é, ao mesmo tempo, fator de satisfação por evidenciar uma relação positiva e, gerador de aumento das cargas psíquicas por tornar o enfermeiro como referência em muitas ações que ele não teria a necessidade de realizar, porém, devido ao vínculo existente, o usuário acaba por procurar este profissional no momento em que procura as UBS.

As cargas de trabalho fisiológicas apareceram em segundo lugar no trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF. Estas foram evidenciadas pelo excesso de demanda assistida aliada à sua complexidade, o excesso de pressão pela quantidade de atividades a serem desenvolvidas, a cobrança por quantidade de atendimento e a jornada de trabalho, considerada excessiva. Esses fatores podem se materializar em hipotensão, problemas relacionados à coluna, lesões por esforço repetitivo, como evidenciado nas falas abaixo, além de outros problemas de saúde em geral.

E assim, acho que é a única coisa que eu vejo que está desumano, está prejudicial, [que tem que falar] dessa parte física, porque a posição que a gente fica, a gente fica muito abaixado. Tirar a atadura toda do pé do paciente, lavar aquele pé, sabe? Então assim, hoje são 25 curativos, quando vem pouco vem 18, e é assim, todo dia tem, todo dia (ESE9).

[...] já vinha há alguns dias me sentindo mal. Nesse dia a minha pressão baixou na Unidade e eu estava com paciente para atender, fazer preventivo. E quando eu entrei para fazer

preventivo, eu resolvendo esses negócios e a mulher perturbando meu juízo, ligando para mim de instante em instante. Minha pressão estava oito por cinco e eu cheguei a estar pálida, branca, mão gelada (ENE3).

As cargas biológicas também foram evidenciadas pelos enfermeiros e mostram os agentes microbiológicos como principal referência, seja como exposição a doenças infectocontagiosas ou a mofos nos ambientes (paredes) por falta de manutenção dos mesmos.

[...] fora também o risco biológico. A questão de doença que a gente está em contato. Contato com pessoas doentes. Tem muita gente gripada, ou então [pessoas] com tuberculose que nós atendemos (EN6).

Então, no final, na gestão passada a gente teve um problema muito sério, a casa com muita infiltração, muito mofo, muita goteira (ENE6).

As unidades mostram-se pequenas e com muitos problemas estruturais. Apresentam mofo nas salas de atendimento e na entrada (OBS Centro-Oeste).

Como geradores de cargas físicas foram descritas a presença de umidade, calor e ruídos nas UBS como evidenciado abaixo:

[...] você trabalhar com um calor, né, é muito ruim. Não sei se você olhou como é que está o nosso ambiente. O ambiente em si é uma coisa horrível (ENE5).

Entre estas salas e o pátio que fica disposto dentro da unidade não há cobertura e as pessoas ficam neste ambiente sofrendo com sol forte, calor, chuva, frio, vento (OBS Sudeste).

[...] observou-se muitos problemas visuais na UBS, como mofo, ruídos, poeira, precárias condições dos materiais utilizados (OBS Centro-Oeste).

A CT mecânicas foram evidenciadas principalmente pela precariedade das condições dos equipamentos necessários para exercer o trabalho que podem gerar danos físicos, evidenciados por lesões ou problemas de ruptura da integridade corporal dos enfermeiros.

Quanto aos demais instrumentos e equipamentos essenciais para prática da assistência, alguns estavam em péssimas condições, como armários, sendo calçados por pedras com risco de queda, cadeiras de ferro enferrujadas e sem respeito aos padrões ergonômicos e apenas dois sonar doppler para quatro equipes (OBS Nordeste).

Cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF e sua relação com elementos do processo de trabalho

Os dados da pesquisa trouxeram um importante questionamento acerca das CT e sua relação com os elementos constituintes do processo de trabalho do enfermeiro atuante na ESF. O quadro 2 relaciona os elementos do processo de trabalho e fatores geradores de cargas de trabalho.

Quadro 2 – Fatores geradores de CT, relacionados com os elementos do processo de trabalho dos enfermeiros e tipo de cargas, 2013-2016.

Elementos do Processo de Trabalho dos Enfermeiros da ESF		Tipos de CT	Fatores geradores de CT
Força de Trabalho (FT)	Enfermeiros no desenvolvimento das práticas (ação transformadora), considerando condições e relações de trabalho	Psíquicas	A complexidade do trabalho na ESF; Déficit na FT (número e formação/capacitação); Alta rotatividade de profissionais; Assumir ou ser cobrado para realizar atividades do tipo gerencial (de recursos humanos, materiais e organizacionais) da UBS; Falta de comprometimento profissional de membros da equipe; Precariedade do vínculo empregatício; Cobranças desnecessárias por parte dos gestores, incluindo cobrança por quantidade; Incompreensão do papel do enfermeiro na ESF por parte dos próprios enfermeiros, equipe, usuários/comunidade e gestores.
		Fisiológicas	Excesso de atividades realizadas, assumir o trabalho que não é “de ninguém” e déficits de funcionários gerando sobrecarga no corpo do trabalhador.
Objeto de trabalho	Indivíduos (usuários/ família/ comunidade)	Psíquicas	Excesso de demanda atendida e sua alta complexidade; Enfermeiro como referência dos usuários - vínculo;

			Ansiedade e incompreensão do modelo assistencial por parte dos usuários e comunidade.
		Fisiológicas	Excesso de demanda atendida aliada a sua complexidade.
		Biológicas	Doenças infectocontagiosas.
Instru- Mentos	Materiais e Insumos; Estrutura física; Ambiente de trabalho	Psíquicas	Déficit e precariedade dos materiais e de infraestrutura gerando estresse.
		Fisiológicas	Déficit e precariedade dos materiais e de infraestrutura acarretando em (re)trabalho.
		Mecânicas	Déficit e precariedade dos materiais e equipamentos podendo provocar rupturas na integridade do corpo.
		Físicas	Ruídos, umidade.
		Biológicas	Mofo.

Fonte: dados da pesquisa, 2013-2016.

Dentre os elementos do processo de trabalho, os fatores relacionados ao próprio trabalho, a ação transformada realizada pela força de trabalho, estiveram mais evidentes na pesquisa, com forte impacto de fatores relacionados a condições e relações de trabalho. Estes fatores geraram cargas psíquicas (predominante) e fisiológicas.

Outro grupo de fatores geradores de cargas de trabalho relaciona-se ao próprio objeto de trabalho dos enfermeiros da ESF, gerando cargas psíquicas, fisiológicas e biológicas. As cargas psíquicas estiveram relacionadas ao excesso de demanda assistencial e sua alta complexidade. Os usuários, muitas vezes, identificam apenas o enfermeiro como referência assistencial devido o vínculo estabelecido entre profissional e usuário, o que, apesar de ser esperado para uma boa relação profissional-usuário, dialeticamente gera sobrecarga. Também foi possível identificar as cargas psíquicas relacionadas ao objeto de trabalho no momento em que os usuários, família e/ou comunidade não compreendem o modelo proposto na ESF ou não entendem as

dificuldades de sua implantação. Agem levando em consideração, principalmente, as suas próprias necessidades e vontades. O excesso de demanda atendida aliada a sua grande complexidade também influencia diretamente nas cargas fisiológicas dos enfermeiros devido às múltiplas tarefas a serem realizadas e a forma como precisam ser efetuadas, o que geram desgastes no corpo e, conseqüentemente na saúde dos enfermeiros. Também integram este grupo as cargas biológicas e, estão relacionadas devido à presença, muitas vezes, de doenças infecto-contagiosas que acometem os usuários e/ou comunidade assistida.

O terceiro grupo de cargas de trabalho está associado aos instrumentos de trabalho envolvendo fatores relacionados ao ambiente de trabalho e estrutura física, a materiais e instrumentos necessários para sua realização do trabalho, os quais são insuficientes ou encontra-se em condições precárias e geram cargas psíquicas, fisiológicas, mecânicas, físicas e biológicas. As CT psíquicas estiveram relacionadas às dificuldades e interferências que a falta dos materiais ou a precariedade dos espaços acarretam à concretização das atividades. As CT fisiológicas foram destacadas na precariedade dos instrumentos impedindo a realização das atividades gerando desordens físicas, como ansiedade, insônia, hipertensão. O risco para as CT mecânicas estiveram associadas às condições estruturais e de materiais, influenciando negativamente na questão postural e nos riscos de lesões. As CT físicas foram evidenciadas pelo calor, os ruídos, a umidade, a falta de ventilação (como exemplos, na região Sudeste e Centro-Oeste, algumas UBS precisavam manter-se fechadas para não perder a climatização ou a entrada excessiva de luz solar). E, por fim, as CT biológicas foram evidenciadas como mofo e outros micro-organismos vivos decorrentes das más condições estruturais e à falta de manutenção necessária. As cargas químicas não foram mencionadas pelos enfermeiros entrevistados nem pelos pesquisadores nas notas de observação ou estudo documental.

DISCUSSÃO

Dos 40 enfermeiros participantes do estudo, foi possível perceber que em 04 eSF dispostas em 04 regiões geográficas do Brasil havia mais de 01 enfermeiro atuando em uma mesma equipe, ou seja, 36 eSF só havia um enfermeiro em cada. Conforme Brasil (2012a), para constituir a eSF é necessário ter, no mínimo, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar ou técnicos de enfermagem e ACS suficientes para atender todo território, podendo ser incorporada como equipe ampliada, contando

com a presença de 01 dentista e 01 auxiliar ou técnico em saúde bucal. Em 04 eSF haviam 02 enfermeiros atuando, seja por inserção através da Residência de Família (vigente no Brasil desde a Instituição a Residência em Área Profissional de Saúde através da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Lei esta substituída pela Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011, em vigor), ou pela contratação de um enfermeiro extra com a finalidade de complementar a equipe para a realização das ações em saúde requeridas na ESF (BRASIL, 2005; 2011a).

A representatividade feminina na profissão da enfermagem confirmou-se neste estudo com 85% do total de enfermeiros. No Brasil, como historicamente no mundo, a enfermagem é predominantemente feminina, entretanto a presença masculina vem ganhando importante espaço. Segundo dados da maior pesquisa atual realizada com a enfermagem no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (COFEN, 2012), envolvendo cerca de 50% dos municípios brasileiros, as mulheres representaram 84,6% da força de trabalho da profissão e os homens 15%, sendo que este percentual representa significativo crescimento da presença masculina na profissão.

No que diz respeito ao vínculo empregatício, apesar da melhoria em relação a proteção ao trabalho na ESF com a implementação da Política Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, implementada pelo Ministério da Saúde a partir de 2006 (BRASIL, 2006) verificou-se, nas regiões Sudeste (Rio de Janeiro) e Norte (Belém), que 86,6% dos enfermeiros foram contratados por processo seletivo ou contrato temporário, seja por meio de Organizações Sociais (OS) ou diretamente pela prefeitura. Já as contratações nas regiões Sul (Florianópolis), Centro-Oeste (Brasília-DF) e Nordeste (Natal) foram, majoritariamente (com 96% destes) por concurso público.

O trabalho no setor público tem a particularidade de, muitas vezes, ser regido por uma lei específica, ou seja um estatuto próprio que define direitos e deveres dos funcionários, com base na Lei no. 8.112 (BRASIL, 1990). No entanto, o setor público também pode contratar com base no disposto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou por tempo determinado para a realização de funções específicas através da contratação prevista pela Lei 8.745 (BRASIL, 1993). Estas formas de contratação tem implicações na permanência dos profissionais em seu trabalho e podem influenciar as suas cargas de trabalho, tanto psíquicas quanto fisiológicas. Seja pela insatisfação em relação a segurança no emprego e por vivenciarem situações trabalhistas com menor proteção

social que os estatutários. As cargas psíquicas e fisiológicas podem ser causadas pela rotatividade da força de trabalho que acarreta sobrecarga de trabalho, assim como dificulta a constituição de equipes mais estáveis.

O duplo vínculo empregatício mostrou-se relevante nas entrevistas com os enfermeiros atuantes na ESF, representando 32,5% do total. Esta questão salarial é discutida em todo país pelo fato da profissão ainda não possuir uma lei que garanta um piso salarial condizente com a realidade (PIRES, 2010). Os valores salariais não estiveram contemplados neste estudo, mas, de acordo com Cofen (2012) sobre os valores repassados à enfermagem em caráter de nível superior não ultrapassam o montante de R\$2.000,00. O que explicaria o contingente de enfermeiros que buscam outras formas de renda. Além disso, a questão do duplo vínculo empregatício mostrou maior concentração nas regiões Norte (05), Nordeste (03), Sudeste (03). Nas regiões Centro-Oeste e Sul, onde todos os enfermeiros relataram contrato com concurso público, apenas 02 enfermeiros relataram duplo vínculo empregatício.

Cargas de Trabalho e tipologia

As CT psíquicas mostraram-se predominantes no trabalho do enfermeiro atuante na ESF independente da região do Brasil. Estas estiveram evidenciadas através de diversos fatores.

Em primeiro lugar, pelos déficits e precariedade dos materiais e do ambiente de trabalho, incluindo planta física inadequada, ausência ou tamanho insuficiente e/ou espaços/estruturas insalubres que dificultam a realização de um trabalho mais satisfatório e com melhor qualidade, podendo, até mesmo, impedir as ações diárias e de oferecer um trabalho com mais segurança, privacidade e atenção adequadas.

Em segundo, pelas características do modelo assistencial da ESF que não se restringe ao atendimento a tratamento e recuperação de doenças, incluindo ações voltadas à prevenção e promoção da saúde na UBS, no domicílio e/ou comunidade. O enfermeiro, além de assumir, muitas vezes, a responsabilidade pela ESF em que atua também assume coordenação dos ACS pertencentes, gerenciando faltas e folgas, conflitos e ruídos de comunicação. Além dos materiais e instrumentos de trabalho necessários para a realização do trabalho procurando conciliar à jornada de trabalho considerada excessiva. Estes fatores, isoladamente ou associados, geram sobrecarga psíquica, em especial

pelo desafio de ter que gerenciar múltiplas demandas nem sempre com desfecho positivo.

Em estudo de Rosário et al (2015) sobre o trabalho do enfermeiro na ESF mostrou a presença de estresse em 48, 8% deles e esteve presente, principalmente, relacionado à sobrecarga de trabalho. Há um acúmulo de funções aliado a jornada de trabalho intensa, refletindo-se fortemente na saúde destes profissionais. Também Moreno et al (2016) ao explorar o papel do enfermeiro na visão dos profissionais de enfermagem constatou que há um entendimento e respeito à autonomia do enfermeiro na ESF e, que por meio dela algumas atribuições antes não exercidas foram acrescentadas ao trabalho destes profissionais.

O projeto de Lei 2295/2000 objetiva a redução da carga horária da enfermagem para 30 horas semanais, entretanto, apesar de várias lutas, existem, ainda, questões políticas e financeiras, além da incompreensão, muitas vezes, de algumas autoridades de que esta lei traria inúmeros benefícios ao profissional da enfermagem e, conseqüentemente, à população brasileira, principalmente, pela melhoria da qualidade das ações prestadas (PIRES, 2010).

O predomínio de cargas psíquicas no trabalho na ESF também foram identificadas por Melo (2015) no que diz respeito ao trabalho dos gestores na ESF, especialmente relacionadas aos déficits de estrutura física e de materiais, além das múltiplas demandas existentes no trabalho dentro e fora das UBS. Outro estudo também evidenciou a presença destes fatores como sobrecarga de trabalho nos profissionais de enfermagem da ESF em 3 regiões do Brasil, destacando também os déficits de recursos humanos e as falhas na gestão e nas redes de atenção (PIRES et al, 2016).

Outros fatores geradores de cargas psíquicas encontrados foram: o excesso de demanda programada e espontânea e a complexidade das necessidades de atenção em saúde; o déficit de funcionários levando os enfermeiros a realizar o trabalho destes trabalhadores ou o trabalho que não “é de ninguém”; a responsabilidade de gerenciamento dos funcionários, acarretando em sobrecarga de trabalho; assim como a incompreensão do modelo assistencial por parte dos colegas, de usuários e gestores, o que leva a realizar um trabalho, muitas vezes, não condizente com as prerrogativas da PNAB (BRASIL, 2012a). Também foram geradores de cargas psíquicas, as falhas na atuação da gestão, a crescente burocracia da ESF; e o papel de referência do enfermeiro frente aos usuários. A formação de vínculo entre profissional e usuário é positiva, mas ao mesmo tempo implica em maior responsabilidade sobre

ele, o que expõe o enfermeiro diretamente às demandas por atendimento de boa qualidade, gerado por problemas que muitas vezes, estão além de sua governabilidade direta, como é o caso dos problemas político-estruturais e das dificuldades de acesso a medicamentos, exames e procedimentos de alta complexidade. Essas situações provocam aumento das cargas psíquicas, seja pela pressão recebida, seja pela frustração em não poder ajudar ou resolver.

A formação do vínculo aumenta a relação direta dos usuários com os profissionais, o que torna positivo e funciona como facilitador na questão da adesão e compromisso com a própria saúde. Entretanto, aumenta a demanda de acolhimento e atendimento e, no momento em que o usuário entende esta proximidade com o enfermeiro, acaba buscando sempre este profissional no momento em que procura a UBS. O acolhimento realizado pela equipe ou profissional de referencial possui vantagem de potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e, como desvantagens: a conciliação com atividades da equipe fora da unidade ou grupos de saúde, bem como com os atendimentos programados no momento em que a demanda aumenta exponencialmente (BRASIL, 2013).

As cargas fisiológicas estiveram relacionadas com o excesso de demanda assistencial nas UBS aliado a sua vulnerabilidade social e complexidades, além da incompreensível e, muitas vezes, exagerada cobrança pela gestão para a realização de múltiplas atividades e cumprimento de metas estabelecidas. Estes desafios incluídos em uma jornada de trabalho, considerada excessiva, acaba materializando-se em desgastes físicos ao enfermeiro, como por exemplo, distúrbios hemodinâmicos e de função gastrointestinais. Um estudo de Santana et al (2013) revelou que as cargas fisiológicas são as principais causas de afastamentos de profissionais de enfermagem e mostrou que a relação destes esteve ligada diretamente à doenças do sistema osteoarticular, traumas, doenças mentais e comportamentais e do aparelho circulatório. Outros dois estudos sobre risco ocupacional também mostraram que as cargas psíquicas e fisiológicas foram as mais representativas quando relacionados aos índices de absenteísmo dos profissionais de enfermagem em hospitais no Brasil (MINIMEL et al, 2013; FELLI et al, 2015).

As cargas psíquicas, do mesmo modo que as cargas fisiológicas não possuem materialidade externa ao corpo humano e, ao produzir transformações em seus processos internos, não são visíveis, mas podem ser identificadas pelo desgaste produzido no corpo do

trabalhador (LAUREL; NORIEGA, 1989). Uma exposição intensa e constante as estes fatores levam o profissional ao desgaste e muitas vezes ao adoecimento (SHOMELLER et al, 2011; TRINDADE et al, 2014).

As cargas biológicas, físicas e mecânicas também foram encontradas. As cargas biológicas estiveram relacionadas às doenças infecto-contagiosas, as quais são provenientes da população atendida e ao mofo presente nas estruturas devido aos locais permanecerem fechados por uso contínuo de ar condicionado ou pela umidade natural do ambiente, sem cuidados devidos para a diminuição destes agentes vivos. As cargas biológicas são aquelas provenientes de organismos vivos, ou seja, os vírus, bactérias, fungos que possam causar alterações consideráveis ao corpo do trabalhador (LAUREL; NORIEGA, 1989). A realização de técnicas assistenciais podem expor os profissionais atuantes nas UBS a riscos de acidentes e adoecimento por exposição sistemáticas a agentes biológicos infecto-contagiosos (TRINDADE; PIRES, 2013).

As cargas físicas são aquelas provenientes, principalmente, do ambiente de trabalho, ou seja, estão ligadas diretamente, por exemplo, às condições de clima, ruídos, luz, entre outras (LAUREL; NORIEGA, 1989). No estudo elas estiveram relacionadas à exposição à umidade, ao calor e aos ruídos dos ambientes também foram encontradas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Além destas cargas, as CT mecânicas, ou seja, que podem provocar uma ruptura da continuidade normal do corpo ou acidentes foram evidenciadas devido à precariedade das condições dos equipamentos necessários para a realização das atividades diárias, como mesas e cadeiras quebradas levando o profissional a machucar-se devido à uma queda ou cortes locais.

Cargas de Trabalho e sua relação com os elementos do processo de trabalho

Analisando os resultados encontrados foi possível verificar os tipo de cargas de trabalho relacionadas aos elementos do processo de trabalho.

Considerando a teorização de Marx sobre o processo de trabalho humano e suas transformações na história, e sobre os elementos do processo de trabalho, temos: “a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho”, a ação transformadora realizada pela força de

trabalho; “a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 2012. p.212).

A partir desta teorização, os aspectos relacionados à força de trabalho em ação, à ação transformadora realizada sob determinadas condições e relações de trabalho, se destacaram na geração de cargas de trabalho, tanto psíquicas quanto fisiológicas, nos enfermeiros que atuam na ESF no Brasil. Dentre os elementos geradores das cargas relacionadas à força de trabalho, destacam-se a complexidade do trabalho na ESF, com inúmeras e diversas atividades a serem realizadas pelos enfermeiros e pelas eSF; déficits no número e qualificação dos trabalhadores que compõem as equipes e a alta rotatividade de profissionais o que gera sobrecarga e insatisfação; além do enfermeiro assumir ou ser cobrado para realizar atividades de gerenciamento de recursos humanos, materiais e organizacionais da UBS, que estão além de sua responsabilidade. Além disso, estão fatores como a falta de comprometimento profissional de membros da equipe; a precariedade do vínculo empregatício; cobranças desnecessárias por parte dos gestores, incluindo cobrança por quantidade; e a incompreensão do papel do enfermeiro na ESF por parte dos próprios enfermeiros, equipe, usuários/comunidade e gestores. Esse conjunto de fatores contribui para aumento das cargas psíquicas.

Ainda relacionado à força de trabalho estão fatores geradores de cargas fisiológicas, destacando-se o excesso de atividades realizadas, e o assumir o trabalho que não é “de ninguém”, assim como os déficits de funcionários. Estes fatores provocam sobrecarga física, ou seja, impactam negativamente no funcionamento fisiológico do corpo do trabalhador.

Os elementos relacionados ao objeto de trabalho, ou seja, aos indivíduos assistidos como: os usuários, as famílias e/ou comunidades do território adstrito pela ESF tiveram relação às cargas psíquicas, fisiológicas e biológicas. Estas cargas tiveram relação ao excesso de demanda assistida aliada a ansiedade e a incompreensão do modelo assistencial por parte dos usuários, familiares e comunidade. Um estudo sobre os desgastes físicos e emocionais nos profissionais da AB mostrou que a rotina e alta demanda assistencial tem prejudicado a qualidade de vida destes profissionais, devido suas grandes exigências e responsabilidades (MEDEIROS et al, 2016).

Os instrumentos de trabalho, ou seja, os materiais e insumos necessários para a realização das atividades, além da estrutura física e ambiente de trabalho, tiveram relação com as cargas psíquicas,

fisiológicas, mecânicas. A falta e as más condições dos equipamentos, materiais de trabalho e das estruturas necessárias para a realização das atividades essenciais na ESF influenciam diretamente gerando estresses desnecessários, dificuldade de realização do trabalho ou até mesmo em (re)trabalho devido ter que repetir a mesma ação várias vezes para conseguir alcançar sucesso nos objetivos. Além disso, a precariedade pode levar o profissional à quedas e problemas posturais acarretando problemas diretos à saúde dos enfermeiros.

As cargas físicas e biológicas também estiveram presentes relacionadas às estruturas e ambientes das UBS, pois, foram salientados o aparecimento de ruídos, umidade e, respectivamente à carga biológica, a presença de mofo.

Estudo de Pimentel, Albuquerque e Souza (2015) no estado de Pernambuco, mostrou que poucas equipes possuíam a relação dos instrumentos/equipamentos básicos necessários à assistência à saúde da população e sobre os espaços das unidades, poucas delas dispuseram de local para reunião. Entretanto, também constatou que as UBS de municípios menores possuíam maior qualidade e disponibilidade dos materiais necessários para a realização das atividades. Assim como outros autores também destacam as melhores condições de ambiente de trabalho em municípios de até 20mil habitantes (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Cabe ressaltar que a Portaria n.º 2.488 destaca, entre as responsabilidades atribuídas às secretarias municipais de saúde: “garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas” (BRASIL, 2011b) o que esteve relatado como problema por 87,5% dos enfermeiros.

Verificou-se, ainda, que os fatores geradores destas cargas estiveram determinados, predominantemente, por aspectos econômicos e de organização do trabalho, no entanto, fatores associados a relações de trabalho também explicam a presença destas cargas com implicações para a saúde dos enfermeiros. Segundo Laurel e Noriega (1989, p.113), no mesmo sentido de Marx, as cargas não são alheias “às relações de força entre capital e trabalho”, se expressando em sociedades históricas concretas.

A complexidade envolvida no modelo assistencial da ESF e no trabalho prescrito para o enfermeiro tem influência nas CT destes profissionais. Muitas vezes o enfermeiro não se sente capaz de

concretizar todas as ações das quais é incumbido, fator que se manifesta na forma de estresse e frustração (ROSARIO et al, 2013).

Como descrito por Gonçalves et al (2014), a quantidade de funcionários insuficiente para a realização de todas as atividades na ESF constitui-se em fator crítico e que interfere, diretamente, na qualidade das ações de enfermagem. Quando os colegas de equipe não respondem adequadamente de acordo com o esperado, gera uma sobrecarga do trabalho para o enfermeiro que acaba assumindo o trabalho considerado de “ninguém”, ou seja, além do seu papel, acaba assumindo o trabalho do ACS, técnico de enfermagem ou até mesmo, médico para que as exigências estabelecidas pelo trabalho sejam cumpridas e o trabalho prescrito na ESF seja realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As CT estão evidenciadas em todo o processo de trabalho do enfermeiro atuante no contexto da ESF. Há uma preocupação e angústia nas falas dos enfermeiros relacionadas ao como este trabalho está sendo desenvolvido e se ele realmente caminha para a melhoria da saúde dos brasileiros, devido às condições em que se encontra e nas inúmeras dificuldades encontradas para a realização do trabalho em saúde.

Há um sofrimento subentendido nas falas, ou seja, as CT psíquicas se destacam ao se descrever a forma como o cuidado vem sendo prestado devido à precariedade e à falta de materiais necessários para o bom desenvolvimento das atividades, a dificuldade tanto financeira quanto de comprometimento e gerência de manter a equipe completa e compromissada, além de crescente e alarmante excesso da demanda assistida, com suas ansiedades e complexidades de saúde. Também encontram fatores dificultadores relacionados às múltiplas atividades realizadas no trabalho da ESF, considerada complexa e exigente para as habilidades do ser enfermeiro. Estes elementos, presentes constantemente no dia a dia da ESF mostram-se materializados em disfunções fisiológicas através de insônia, ansiedade, estresse, hipertensão, obesidade, entre outros.

As CT psíquicas relacionadas à força de trabalho, ou seja, por quem e como ele é desenvolvido estiveram diretamente relacionadas aos desgastes sofridos pelos enfermeiros. Além disso, é possível constatar também a interação das CT potencializando-as. As CT psíquicas influenciaram diretamente nas CT fisiológicas e, estas por suas, aliadas as CT biológicas e/ou físicas potencializaram as CT psíquicas.

O estudo destacou a importância de se (re)analisar a forma como o trabalho do enfermeiro está se desenvolvendo e é organizado na ESF, pois as evidências destacaram o desgaste nestes profissionais e a preocupação acerca dos próprios limites e capacidade de enfrentamento destes problemas.

Dessa forma, continuar estudos neste âmbito da atenção pode contribuir em meios de melhorar o trabalho em saúde, bem como influenciar diretamente na melhoria dos problemas encontrados no contexto de toda Atenção Básica brasileira.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 446/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012b.

_____. Lei n. 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial [da] União, 19/04/1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 21 Set. 2016.

_____. Lei n. 8.745 de 09 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 10/12/1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm>. Acesso em: 21 Set. 2016.

_____. Lei n. 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis n° 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao

Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 27/10/2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112513.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, n.º 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> . Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

_____. Lei n.11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 01/07/2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Secretaria de Atenção

à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Resultados da Avaliação:** Número de equipes (profissionais de saúde), UBS e municípios avaliados. 2012c. Acesso em 05 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/22-036.pdf>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Perfil pesquisa da enfermagem no Brasil.** [Internet] 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 13 set. 2016.

HENRIQUE, F; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, supl.1, Rio de Janeiro, set./out. 2009.

FELLI, V. E. A. et al .Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe 2, p. 98-105, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800098&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Ago. 2016.

FRIESE, S. Atlas.ti 8.0 qualitative data analysis. **Atlas.ti 7 User Guide and Reference.** Berlim: [s.n], 2015.

GONCALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Set. 2016.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto & contexto enferm**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **ColombMed**, Cali, v. 42, supl.1, p.113-119, 2011.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Vol 1, T, 1. São Paulo: Abril Cultural, 2012 (Coleção os economistas).

MEDEIROS, P. A. et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria-RS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016.

MELO, T. A. P. et al. Cargas de trabalho de gestores de unidades básicas de saúde. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MININEL, V. A. et al. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76052>>. Acesso em: 27 out. 2016.

MORENO, C. A. et al. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma Revisão das Normas e

Práticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 3, p. 233-240, 2016.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A. Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES), Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. Disponível em <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__2_RSDv39n104.pdf#page=90> Acesso em 27 out. 2016.

PIRES, D. E. P. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, p. 114-118, 2010.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 5, n. 62, p.739-744, set. 2009.

PIRES et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. doi 10.1590/1518-8345.0992.2682.

ROSARIO, C. A. R. et al. Avaliação do estresse entre enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG. **Renome**, Montes Claros, v. 4, n. 1, p. 03-14, 2015. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/92/93>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTANA, Leni Lima et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/30775/24506>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SIQUEIRA, G. F. F. et al. Trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v. 11, n. 2, p. 72-85, Set. 2013.

SPILLER, E. S. et al. **Gestão dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

RINDADE, L. L.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. **Enfermeria Global**. Murcia, v. 29, p. 373-392, 2013.

TRINDADE, L.L. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 528-535, set. 2014.

TRINDADE, L.L; DE PIRES, Denise Elvira Pires. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013. Acesso em 05 de out de 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacao>.

5.3 CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS: LUZES E SOMBRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

Com o objetivo de identificar os elementos que podem aumentar ou reduzir as cargas de trabalho do enfermeiro da Saúde da Família, realizou-se um estudo com abordagem qualitativa, com 40 enfermeiros, de 36 Equipes de Saúde da Família. A amostra foi definida intencionalmente, incluindo: equipes exitosas, segundo prescrito na Política Nacional da Atenção Básica; enfermeiros que atuam nas 5 regiões geográficas do Brasil; e enfermeiros que integram as equipes Saúde da Família há mais de um ano. A coleta de dados foi realizada pela triangulação de instrumentos por meio de entrevista semiestruturada, observação e estudo documental, de 2013 a setembro de 2016. A análise orientou-se pelos preceitos da Análise Temática de Conteúdo com auxílio dos recursos do *software* Atlas.ti. Os resultados mostraram que os elementos que mais influenciam o aumento das cargas são a precariedade do ambiente de trabalho e a falta dos materiais, aliados ao déficit numérico de força de trabalho e ao excesso de demanda assistencial. Dentre os elementos que contribuem para diminuir as cargas, evidenciou-se o trabalho em equipe, o reconhecimento pelo trabalho realizado, o vínculo com os usuários e o bom relacionamento interpessoal. Ressalta-se nesse estudo, a dialética presente nos elementos em relação às cargas de trabalho, e essa influência depende do momento e da forma como esses elementos se manifestam e como são manejados pelos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros. Condições de Trabalho. Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O trabalho dos enfermeiros pertence ao setor de serviços e tem como finalidade o cuidado integral aos seres humanos em todo o ciclo vital. A profissão enfermagem está presente em quase todas as instituições de saúde no Brasil, e na Estratégia Saúde da Família (ESF) integra a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa presença tem potencial para influenciar na qualidade da assistência em saúde prestada à população. Segundo o disposto na Política Nacional da

Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF possuem enfermeiros atuando em diversas frentes na assistência à população. E, como outros trabalhos presentes na sociedade atual, sofrem influências das condições e relações concretas de trabalho estabelecidas no cotidiano dos cenários de prática (MARX, 2012, PIRES et al, 2016).

A ESF se propõe a ampliar o acesso aos serviços de saúde, a partir dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde no Brasil. Entretanto, mesmo diante da proposta promissora da ESF e dos vários investimentos para a melhoria dos serviços de saúde, há ainda muitos desafios no que se refere a sua efetividade. Esse cenário tem implicações nas Cargas de Trabalho (CT) a que os enfermeiros estão expostos diariamente. Estudo realizado por Trindade e Pires (2013) mostra que as condições e relações de trabalho podem interferir de forma negativa nos profissionais da ESF e também no resultado assistencial.

As CT são constituídas por elementos encontrados no processo de trabalho que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador podendo gerar desgastes ou adoecimento (LAUREL; NORIEGA, 1989). As CT podem ser classificadas como: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas e são determinadas por fatores que muitas vezes não são claramente identificados pelos próprios profissionais. Conhecer os elementos que contribuem para o aumento e redução das cargas de trabalho colabora para o fortalecimento de aspectos positivos do trabalho e para minimização dos aspectos negativos.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar os elementos que contribuem para a redução e para o aumento das cargas de trabalho de enfermeiros da ESF. Para tanto, segue o referencial teórico do materialismo histórico-dialético de Karl Marx (2012) e de cargas de trabalho de Laurel e Noriega (1989), além de usar como referência para a análise o prescrito na Política Nacional de Atenção Básica (2012a).

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, com coleta de dados por meio de triangulação de técnicas (entrevistas, observações e estudo documental). A escolha dos participantes se baseou em critérios de intencionalidade, incluindo: enfermeiros em pleno exercício da função e que estivessem atuando há pelo menos um ano na ESF; que integravam equipes de Saúde da Família (eSF) consideradas de referência conforme prescrito

na PNAB (BRASIL, 2012a) associando indicações de gestores e responsáveis locais com os resultados da avaliação do primeiro ciclo do PMAQ-AB, publicados em 2013; enfermeiros atuantes em pelo menos uma cidade em cada uma das regiões geográficas do Brasil (Florianópolis-SC, região Sul, Rio de Janeiro-RJ, região Sudeste, Natal-RN, região Nordeste, Belém-PA, região Norte e Brasília-DF, região Centro-Oeste); enfermeiros que estivessem disponíveis para entrevista no momento da coleta de dados em sua UBS.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2013 e setembro de 2016. Para a realização das entrevistas seguiu-se um roteiro semi-estruturado construído com base nas teorias de processo de trabalho e cargas de trabalho, além do roteiro de entrevista, foram utilizados roteiros para o estudo documental e observacional dos locais da pesquisa, com vistas a entender melhor o contexto onde estão inseridas as eSF.

As observações foram registradas em diário de campo e foram analisados documentos, como: planilhas de trabalho criadas ou não pelos enfermeiros, além dos sistemas de informação utilizados, bem como fichas de produção, atas, livros de registros, painéis e cartazes. Ao término da coleta, contabilizou-se cerca de 40 horas de entrevistas, cerca de 196 horas de observação e mais de 300 documentos analisados.

A organização e estruturação dos dados foram possíveis utilizando os recursos do *software* Atlas.ti® 7.0 (FRIESE, 2013). Por meio dele é possível inserir todos os documentos da pesquisa em formato de *primary documents*, criando uma Unidade Hermenêutica (HU). Selecionaram-se os trechos do texto em forma de *quotations*, os quais foram categorizados por *codes*. Com os *codes* e as *quotations* foi possível criar *networks* e visualizar de maneira ilustrativa os resultados da pesquisa. Algumas destas *networks* estão dispostas no item dos resultados e discussão, de modo a possibilitar uma melhor síntese dos achados.

Para a análise dos dados, associou-se aos recursos do *software* Atlas.ti os preceitos da pela análise de conteúdo de Bardin (2011), seguindo três momentos distintos, mas realizados simultaneamente: pré-análise, exploração do material e interpretação. Deste processo surgiram 3 principais categorias temáticas: perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa; elementos do processo de trabalho na ESF que contribuem para diminuir as CT dos enfermeiros e elementos do processo de trabalho na ESF que influenciam o aumento das CT dos enfermeiros.

O projeto de pesquisa seguiu as exigências prescritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) garantindo os princípios éticos descritos através de normas previamente prescritas para pesquisas com seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade federal de Santa Catarina (UFSC) com o Parecer de nº 723.697 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob o Parecer de nº 1.547.952.

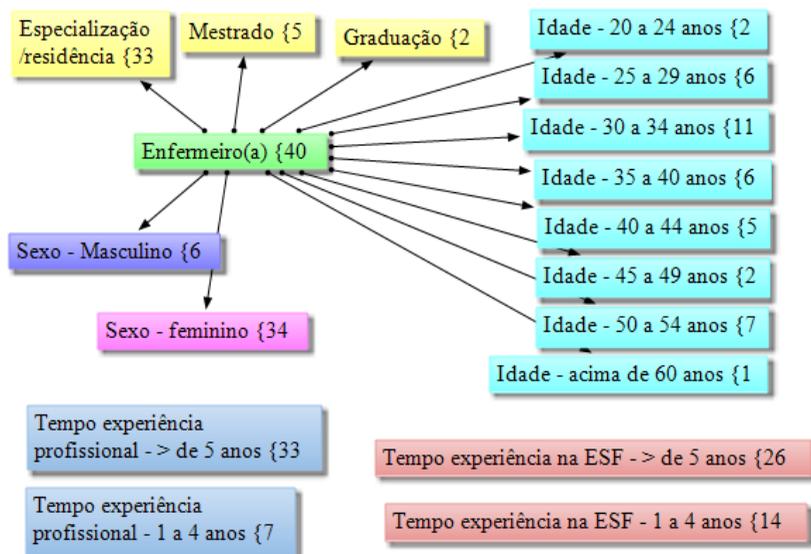
Todos os participantes aceitaram fazer parte da coleta de dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato dos participantes, os mesmos estão codificados conforme sua região de atuação, sendo denominado pela letra E de enfermeiro, região de atuação (S-Sul; N-Norte, SE-Sudeste; NE-Nordeste e CO-Centro-Oeste) e um número ordinal da sequência das entrevistas realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos enfermeiros entrevistados

Participaram do estudo o total de 40 enfermeiros dispostos em 22 Unidades Básicas de Saúde as quais prestam assistência na modalidade “Estratégia Saúde da Família”. As UBS estão dispostas nas 5 regiões geográficas do Brasil, com a seguinte distribuição de enfermeiros por região: 9 na região Sul, 9 na região Sudeste, 7 na região Nordeste, 6 na região Norte e 9 na região Centro-Oeste.

Figura 1 - Perfil dos enfermeiros, quanto ao sexo, idade, escolaridade, tempo de experiência profissional e na ESF, 2013 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa organizados no Atlas.ti, 2016.

A grande maioria dos enfermeiros é do sexo feminino 34, e apenas 15% eram do sexo masculino. Destes, 8 possuíam a idade entre 20 e 29 anos, 16 entre 30 e 40 anos, 7 com idade entre 40 e 49 anos, 7 entre 50 e 54 anos e apenas 1 com idade acima de 60 anos.

Em relação à escolaridade, apenas 2 enfermeiras tinham como titulação máxima a graduação (5%). Dentre os participantes, predominou enfermeiros com um grau significativo de qualificação, sendo que 82,5% tem residência ou especialização. Dentre elas, predominou a residência em Saúde da Família e especialização em diversas áreas, como: Psiquiatria, UTI Neonatal, Gestão de Serviços Públicos, Auditoria, Saúde do Trabalhador, Urgência e Emergência e Saúde Pública. Também foi identificado 5 enfermeiros com titulação de mestre.

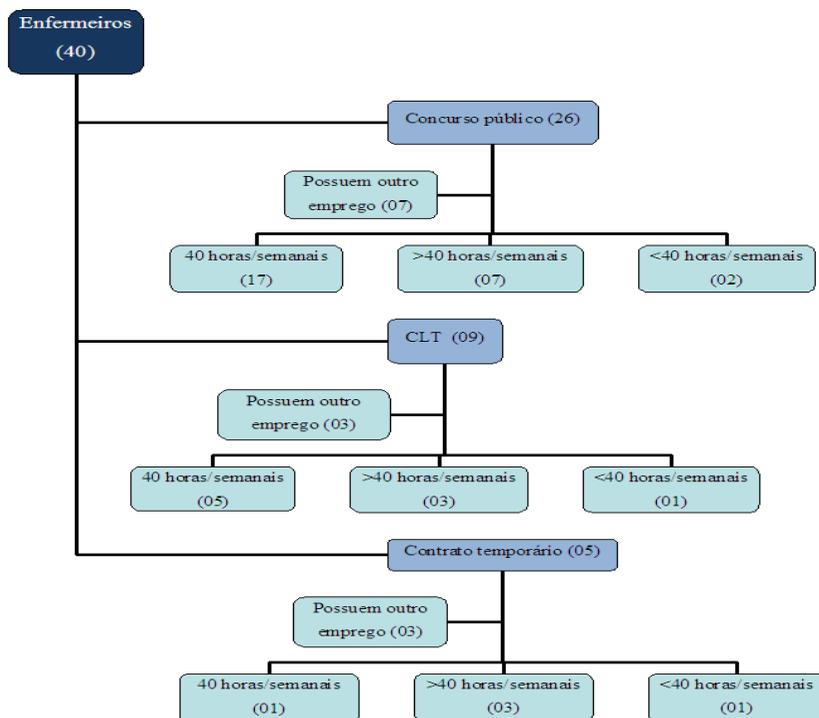
Em relação ao tempo de experiência profissional, 33 enfermeiros relataram ter mais de 5 anos e apenas 7 relataram ter entre 1 a 4 anos de experiência. Descrevendo por região, no Centro-Oeste, todos relataram ter mais de 5 anos; na região Nordeste, 6 dos 7 enfermeiros relataram ter mais de 5 anos; na região Norte 5 dos 6 enfermeiros também possuíam

mais de 5 anos de experiência; 7 dos 9 enfermeiros na região Sudeste e 6 dos 9 enfermeiros na região Sul também relataram ter mais de 5 anos de experiência profissional. Dos enfermeiros que relataram ter experiência maior que 5 anos na profissão (33), 26 também possuíam mais de 5 anos de experiência na ESF, alguns deles encontram-se trabalhando desde a implantação da Estratégia Saúde da Família. Além destes, 7 relataram que atuavam na ESF entre 1 e 4 anos.

A prevalência de enfermeiros com pós-graduação *stricto e lacto sensu* mostra um potencial para qualificar o trabalho na atenção básica, constatação confirmada por outros estudos realizados nas regiões centro oeste, norte e sudeste do Brasil, que obtiveram as porcentagens de 53,1%, 80% e 93,8 %, respectivamente, de enfermeiros atuantes na ESF com pós-graduação (SANTANA et al, 2013; ROCHA et al, 2012; LIMA et al, 2016). Há que se ressaltar o que já foi confirmado em estudos anteriores (SILVA et al, 2015; LIMA et al, 2016) que as equipes de ESF que possuem enfermeiros com maior experiência e maior grau de escolaridade, apresentam resultados mais satisfatórios em relação às exigências do modelo como a acessibilidade, a longitudinalidade, a capacidade de coordenação e o atendimento integral às famílias e comunidade.

Também é possível encontrar na literatura que investir em políticas públicas e no processo de trabalho dos enfermeiros da ESF possibilitou mudanças importantes em diversos indicadores de saúde e metas de cobertura, modificando por consequência, o perfil de morbimortalidade da população assistida (LIMA et al, 2016).

Figura 2 - Número de enfermeiros em relação ao vínculo empregatício e jornada de trabalho.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dos 26 enfermeiros que referiram estar contratados através de concurso público, 7 deles (26,9%) possuíam outro vínculo empregatício com carga horária maior que 40 horas semanais. Dos 9 enfermeiros que referiram estarem contratados por CLT apenas 3 deles (33,3%) possuíam dupla jornada de trabalho (neste contexto encontra-se o enfermeiro que realiza o doutorado e tem liberação para o curso, mas considera como possuir outro emprego) e atuavam mais de 40 horas semanais e apenas 1 enfermeiro relatou atuar menos de 40 horas semanais. Também, dentre os 5 (12,5% do total) enfermeiros que afirmaram estar vinculados através de contrato temporário, 3 (60%) atuavam em outro emprego e somavam carga horária maior que 40 horas semanais.

A PNAB prevê em suas diretrizes a jornada semanal de 40 horas para os enfermeiros que atuam na ESF, assim como para todos os

profissionais de saúde, com exceção dos médicos, cuja jornada, a partir de 2013 ficou flexibilizada com possibilidades de contratos de 20 ou 30 horas (BRASIL, 2012). A carga horária semanal de 40 horas semanais vem sendo objeto de discussões e lutas nacionais da enfermagem brasileira acerca da necessidade de definição legal de uma jornada máxima de 30 horas semanais, com vistas a garantir a qualidade na assistência, assim como, propiciar mais tempo para qualificação e prevenir danos à saúde destes profissionais.

A questão da contratação não se estabeleceu de forma homogênea entre as regiões do Brasil, ou seja, nas cidades da região Sul e Centro-Oeste, todos os enfermeiros entrevistados estavam em contratação por concurso público (18); na região Nordeste, 6 dos 7 enfermeiros estavam em regime de contratação por concurso; na região Norte apenas 2 dos 6 enfermeiros são contratados por concurso público e, na região Sudeste, todos os enfermeiros entrevistados (9) estavam em contratação por uma ONG, ou seja, não haviam enfermeiros contratados por concurso público nesta região.

Sobre a necessidade de atuar em outro emprego, também houve diferenças entre os locais das entrevistas, ou seja, na região Sul nenhum enfermeiro relatou ter outro emprego e na região Centro-Oeste, apenas 2 relataram atuar em outro emprego. Nas regiões Sudeste e Nordeste, 3 em cada um delas também relataram trabalhar em outro local e, na região Norte, onde os salários estiveram predominantemente mais baixos, dos 7 enfermeiros entrevistados, 5 relataram ter outro emprego pela necessidade de complementação de renda.

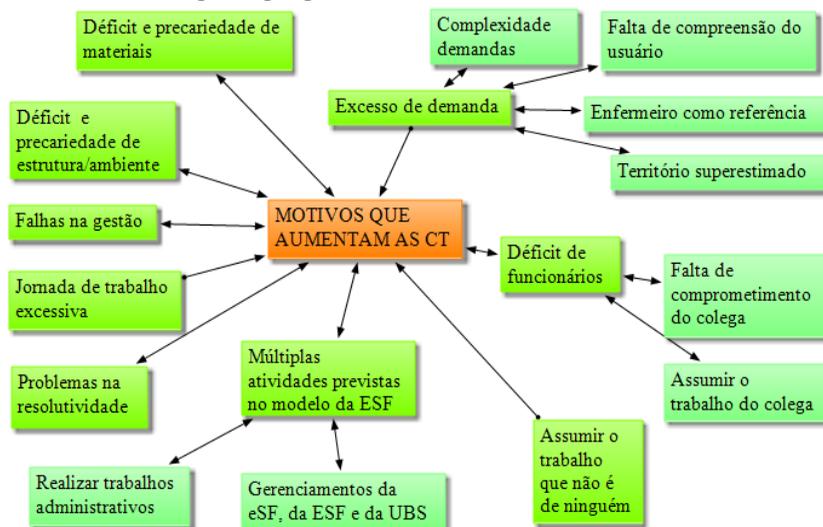
Questões referentes ao duplo emprego motivado pela necessidade de complementação de renda e a insatisfação dos profissionais relacionada à segurança do vínculo empregatício na ESF também foram registradas no estudo de Gonçalves et al (2014).

Há muitas discrepâncias no país com relação à forma de contratação e aos ganhos salariais na ESF, embora esta seja uma estratégia de âmbito nacional. A autonomia dos municípios pode ser o grande fator contribuinte para que essas diferenças sejam sentidas, especialmente, entre os profissionais enfermeiros e médicos. Pensar em políticas públicas é pensar em igualdade, não somente para os usuários dos serviços, mas também para os profissionais que atuam na ESF.

Elementos do processo de trabalho na ESF que influenciam no aumento das CT dos enfermeiros

Muitos são os desafios existentes no trabalho do enfermeiro atuante na ESF no Brasil. Durante as entrevistas e as observações foi possível identificar os principais elementos geradores de CT nos enfermeiros que atuam na ESF.

Figura 3 - Elementos que aumentam as CT dos enfermeiros atuantes nas ESF nas 5 regiões geográficas do Brasil, 2013-2016.



Fonte: Dados da pesquisa organizados no Atlas.ti, 2016.

Dentre todos os elementos do processo de trabalho que contribuem para aumentar as CT do enfermeiro, a precariedade do ambiente de trabalho esteve fortemente relatada nas falas destes profissionais como também foi identificada durante os períodos de observação, como ilustram os registros abaixo:

Um desgaste [...] eu cheguei aqui, algumas coisas já me irritavam muito [...] "não tem consultório", e um desocupa e você fala "posso atender uma pessoa aqui?", e aí você entra e o outro fica aguardando (ESE1).

A escuta feita pelos profissionais aos usuários acontece na recepção, nos corredores ou em consultório, caso esteja disponível, e dependendo do teor das informações (OBS Nordeste).

A estrutura física é muito deficiente, não temos onde colocar muitas coisas. E você pode ver que aqui era para ser um auditório, acabou virando um consultório, porque foram só multiplicando as equipes e não foi pensando em montar uma estrutura física adequada (ECO7).

Mas a unidade que eu trabalho hoje, a infraestrutura é bem precária mesmo (EN4).

O ambiente de trabalho, incluindo a estrutura física inadequada afeta diretamente as ações do enfermeiro causando uma “quebra” na continuidade do cuidado prestado. Mais ainda, interfere nas relações com os usuários, pois dificulta as ações e compromete o atendimento. Muitas vezes não há adesão aos tratamentos, e um fator dificultador é porque o profissional não consegue fazer orientações ou prestar os cuidados necessários, devido às falhas estruturais existentes, o que gera insatisfação no trabalho e contribui para aumentar as CT.

A falta ou precariedade dos materiais também esteve presente, fortemente, nas falas dos enfermeiros entrevistados e nas observações realizadas pelos pesquisadores, mostrando o quanto podem influenciar negativamente no cuidado. Esta realidade pode gerar retrabalho, assim como desgaste nas relações com os usuários e, principalmente, desgaste do próprio trabalhador:

Tem que desmarcar. Tem gente que teve que mandar paciente embora. Eu tinha quatro lâminas, os primeiros que chegarem vou colher, os outros vão ter que ir embora e remarcar para outro dia porque você não tinha materiais para fazer [...]. Eu acho que a primeira coisa é a falta de recursos [...], isso aumenta bastante, tanto a carga emocional, quanto de trabalho mesmo (ECO4).

[...] eu já vou para o trabalho estressada. Eu já vou para lá pensando em faltar porque é muita pressão todo dia, sem um mínimo de estrutura, desde

cópia para fazer receita, nós temos que tirar (EN5).

A gente fica triste porque nem sempre tem a infraestrutura que a gente precisa, há momentos que falta água destilada. E aí, como é que vai esterilizar material de curativo? [A gente], se sente impotente (EN6).

Estou com uma autoclave estragada há mais de 1 ano e para conseguir a troca dessa autoclave, é uma demora, pois depende de abertura de licitação para comprar uma nova, o que faz com que eu tenha que esperar pela solução (ES2).

Para a realização do trabalho são necessários instrumentos que propiciem a ação transformadora. Os recursos físicos/ambiente e materiais são fundamentais para que essa transformação aconteça, e que o que foi planejado intencionalmente pelo trabalhador se torne resultado (Marx, 2012). Muito já foi investido pelo governo brasileiro para melhoria da estrutura física e disponibilização de materiais na rede de UBS em todo Brasil. Ou seja, até 2015, mais de 5 bilhões em reformas e construções de UBS já haviam sido liberados (somados em 4 anos). Mas há ainda muito a fazer e a melhorar, e precisa continuar sendo entendido como um investimento necessário para a qualificação da atenção à saúde da população (BRASIL, 2013f; BRASIL, 2015d).

A gente lida com 20 mil pessoas, mais ou menos, a gente é referência na parte de vacina, então todo lugar vem para cá. [Pois] tenho duas pessoas treinadas em BCG e a gente dá até o suporte na maternidade. [assim] a sala é muito pequena para comportar tanta gente. [Por exemplo] a gente faz mais ou menos 150 vacinas por dia (ENE1).

A unidade não tem espaço físico adequado, a sala de procedimento é a sala que a gente colhe o sangue. Então, isso já dificulta muito o trabalho [essa questão do espaço físico] (ESE3).

Outro importante elemento causador do aumento das CT dos enfermeiros atuantes na ESF é o excesso de demanda assistida nas UBS. Aliado ao excesso de demanda está à complexidade das necessidades em

saúde e o contingente significativo de usuários que vivem em situação de vulnerabilidade social. Além disso, uma das prerrogativas da ESF é atuar não apenas dentro do espaço físico da UBS, mas também no âmbito da comunidade, considerando a vivência das pessoas no seu contexto cultural e social. Associa-se, ainda, a este cenário a existência de territórios com populações superestimadas, ou seja, maior do que é preconizada pela PNAB (BRASIL, 2012a).

Aumenta muito a carga porque o número de atendimentos é muito grande, acaba que deixa de ver algumas outras coisas que tinha que ver, e assim, a gente não vai conseguir nenhuma qualidade (ESD9).

A gente não vai dar conta nunca. [...] Então isso incomoda um pouco. A gente tem um limite, isso é certo, não adianta querer fazer milagre, é muita gente (ES7).

Apresenta áreas de população de risco e vulnerabilidade, porém não em grande concentração. Um dos principais problemas é a quantidade de demanda assistida. Um território contém mais de 40 mil habitantes para uma UBS que dispõe apenas 7 equipes de saúde da família e 3 equipes de Saúde bucal. Com vários profissionais ausentes por férias, afastamentos e entre outros (OBS Sul).

Hoje eu tenho duas hérnias que eu descobri e além [dessas] descobri que tenho osteófitos, tem um ossinho que comprime minha medula. Comecei a trabalhar, fazendo curativos e eu fico abaixado demais, colhendo sangue e repetindo isso toda semana, todos os dias aquela mesma rotina (ESE8).

Além da complexidade da demanda assistida, os usuários manifestam ansiedade, reivindicando atendimento, às vezes imediato, de suas demandas e tem dificuldade em aguardar o outro também ser atendido. Essas situações geram desconforto e ansiedade também nos enfermeiros.

A situação do déficit de funcionários é um ponto importante a ser discutido quando pensamos nas CT dos enfermeiros. Em número significativo de eSF, o enfermeiro assume o papel de coordenador da equipe, assim, além das atividades assistenciais e de coordenação legal da equipe de enfermagem (conforme prescrito na Lei 7.498 do Exercício Profissional de 1986) este profissional assume a responsabilidade de gerenciar os problemas vivenciados pelas equipes, incluindo a falta de funcionários. Essa realidade torna o trabalho ainda mais penoso e dificultoso.

Os enfermeiros relatam a questão do déficit de funcionários como gerador de aumento das suas CT, por diversos motivos, como: a falta de comprometimento por parte dos colegas que deixam de realizar as atividades de sua competência por falta ao trabalho ou por negligência ou desmotivação, o que leva alguns enfermeiros a terem que assumir o trabalho dos colegas, além do seu; e o ter que assumir o trabalho que não é de ninguém.

A gente está numa situação agora que tem uma médica, uma enfermeira, a própria coordenação, porque a enfermeira que está substituindo é de uma equipe, e uma dentista, entrando de licença-maternidade. A gente vai ficar seis, sete meses sem este profissional, pois ele ainda tem férias ou alguma licença-prêmio que tem de direito. E aí sobrecarrega quem está na unidade uma vez que essa área não vai desaparecer porque o profissional não está. Pelo contrário, [os que moram nesta área] vem e a gente tem que diluir entre quem está na unidade (ES8).

Eu levo muito trabalho pra casa, porque aqui tenho muitas atribuições, além de ter que fazer visita, de atender o pré-natal, ter que colher preventivo, tratar do diabético, do hipertenso, fazer as orientações coletivas, participar do programa saúde na escola, tem a população que quer atendimento para a demanda espontânea, para a emergência. Acho isso muito complicado, essas tantas atribuições (ECO2).

O enfermeiro, além de cobrir o trabalho dos profissionais ausentes ou daqueles que deixam a desejar no quesito comprometimento, também possuem diversas atribuições e assumem outras tarefas consideradas de “ninguém”, para que o trabalho na ESF se

concretize. A sobrecarga fica evidente no momento em que eles relatam a dificuldade de conseguir “dar conta de tantas atribuições existentes”.

O enfermeiro devido sua responsabilidade de coordenador na ESF, assume outras demandas específicas, além das que já estão envolvidos e possuem responsabilidade, para que a dinâmica e o funcionamento do serviço de atenção básica aconteça. Isto implica no aumento considerável nas funções, pois amplia sua atuação para além do seu “núcleo de prática agregando mais atribuições, exercendo papel fundamental no desenvolvimento dos processos de trabalho e atenção à saúde em uma UBS” (MELO; MACHADO, 2013, p.63).

O cotidiano do enfermeiro de saúde da família é permeado por conflitos no tocante às exigências profissionais e em detrimento das ações necessárias as serem desenvolvidas para que o trabalho em saúde exista (XAVIER-GOMES; BARBOSA, 2012). Estes conflitos podem ser decorrentes da inexistência da quantidade ideal de trabalhadores ou da falta de compromisso de alguns colegas.

A multiplicidade das ações necessárias na ESF aliada à sua complexidade desenvolvida pelos enfermeiros contribui para o aumento de suas CT. O excesso de atribuições, incluindo as que não lhe competem como, por exemplo, atividades burocráticas existentes mesmo em UBS com gestor contratado para esta função, aliado as atividades assistenciais e educacionais implicam tanto no trabalho quanto na saúde dos enfermeiros da ESF, conforme é possível perceber nas falas abaixo:

Pois é, liga dali, liga para cá, resolve ali e mais as questões mesmo de atendimento de enfermagem. Eu acho que está um pouco meio sobrecarregado. Eu sinto que os enfermeiros são muito sobrecarregados na atenção básica(ESE3).

Fiquei hipertensa, engordei vinte quilos, tenho insônia, já precisei fazer uso de “*diazepan*” em alguns momentos para poder dormir. A minha relação com o meu parceiro, às vezes, fica um pouco conturbada. Depois de quatro anos de casada eu separei e foi nítido que o meu trabalho estava influenciando, porque o meu nível de estresse quando eu chegava em casa, fiquei muito mais agitada, contribuiu para o ganho do peso e o pico hipertensivo, pressão alta, o uso de medicamentos anti-hipertensivos, a desmotivação no sentido (ECO3).

O excessivo número de atividades dos enfermeiros pode desencadear uma série de processos que envolvem frustração e estresse, sendo que trabalhadores estressados estão mais suscetíveis aos acidentes de trabalho e às doenças ocupacionais de cunho emocional, como a depressão, a ansiedade e padrão de sono alterado, que caracterizam a diminuição da produtividade e os altos índices de absenteísmo (ROSARIO et al, 2015).

A carga horária é muito pesada. E isso aumenta a minha ansiedade, já tive pico de estresse, já tive pico de ansiedade (ESE5).

As falhas na gestão tanto municipal quanto da Atenção Básica (AB) também estão entre os motivos relevantes de aumento da CT do enfermeiro da ESF. Este motivo pode estar vinculado ao motivo da falta de profissionais nas equipes, mas também por ele mesmo ser um motivo dificultador do trabalho do enfermeiro tanto no que diz respeito à cobrança, considerada, muitas vezes, desnecessária do trabalho, quanto na ausência de sua atuação. O gestor deve ser um parceiro na atuação do enfermeiro, pois é através dele que todo o trabalho existe ou não.

A coordenação geral, eu acho que nem sempre ela facilita o meu trabalho, que eu posso considerar sobrecarga porque vai me sobrecarregar depois, algumas solicitações da coordenação e da CAPP [Coordenação de Área Planejada e Programada] para mim elas não colaboram com o meu processo de trabalho aqui (ESE4).

Você tem que parar resolver uma coisa que uma gestão mal formada cria para você, que era justamente para ser o contrário, eu acho que o gestor está ali para te ajudar e não para te criar problema, então com a gestão a gente ainda está caminhando (ECO7).

Os problemas relacionados com a gestão aparecem em outros estudos (FORTE, 2013; SORATTO, 2016) na forma como esses problemas agravam a sobrecarga física e psíquica dos enfermeiros, principalmente por serem fortes motivadores de insatisfação no trabalho e sofrimento. As demandas requeridas pela gestão sejam elas municipal

ou da própria unidade de saúde, nem sempre estão de acordo com as prioridades entendidas pelos enfermeiros.

Todos esses elementos do processo de trabalho estão presentes no cotidiano do trabalho dos enfermeiros da ESF. São situações que podem influenciar diretamente na prestação da assistência e do cuidado necessários aos usuários e aos outros membros da equipe.

Quando existe uma exposição constante a estes problemas, estes elementos podem acarretar riscos à saúde do trabalhador, gerando desgaste e causando, até mesmo, adoecimento. A soma destes elementos sobrecarrega o enfermeiro e sua saúde, tanto fisiológica quanto psíquica e, este, pode não ser capaz de enfrentá-los adequadamente. Os enfermeiros entrevistados descreveram o desgaste psíquico, o estresse e a ansiedade como distúrbios presentes no seu dia a dia e, segundo eles, parecem nunca diminuir. Todo esse desgaste leva a um sentimento de incapacidade para o trabalho, como se ele não sentisse suficiência nas suas atitudes para conseguir finalizar um dia de trabalho com sensação de dever cumprido.

Os enfermeiros relataram a angústia de tentar realizar todas as tarefas necessárias e ter dificuldades em consolidar seu trabalho. As falas mostram-se claras quando eles gostariam de realizar seu trabalho, mas a quantidade e, muitas vezes, a intensidade parecem não colaborar.

A minha auto avaliação é que eu não dou conta. Eu não dou conta de fazer o atendimento, preencher o meu eSUS, digitar o meu eSUS, dar conta das demandas que o enfermeiro tem de responder ao distrito, de fazer a planilha das ações educativas. Então existe uma tristeza por não dar conta, isso tudo gera um sofrimento (END7).

O trabalho do enfermeiro na estratégia, ele inclui bastante atividade burocrática, de gestão por conta de tudo. Como o volume de atendimentos também é muito grande, às vezes eu me sinto assim, que eu não estou cumprindo com todas as atividades que eu preciso (ESE4).

Este sentimento de não conseguir “dar conta” de suas exigências gera um desconforto em relação ao “ser enfermeiro” aprendido durante a sua formação. As demandas excessivas constituem um estressor que torna os trabalhadores mais desmotivados, física e psicologicamente,

fato que, entre os enfermeiros é muito comum devido às duplas jornadas de trabalho (ROSARIO et al, 2015) .

Elementos do processo de trabalho na ESF que contribuem para reduzir as CT do enfermeiro

O trabalho na ESF pode ser gerador de estresse e adoecimento, entretanto, existem elementos que contribuem para que este mesmo trabalho se torne menos dificultoso, ou até mesmo mais prazeroso, com impacto positivo nas CT.

No item em que está descrito o perfil dos enfermeiros entrevistados, foi relevante a quantidade de enfermeiros com maior experiência na ESF, ou seja, do total de 40 enfermeiros, 26 deles (65%) relataram estar atuando na ESF por um tempo maior do que 5 anos. A permanência na ESF pode sinalizar aspectos positivos deste trabalho que contribuem para a redução das CT ajudando a explicar porque, mesmo em situações adversas, com tantos elementos dificultadores do trabalhar na ESF, o enfermeiro ainda continua atuando neste campo.

É possível que os elementos dificultadores sejam amenizados e melhor manejados pelos enfermeiros com o tempo de experiência, assim como os aspectos positivos podem funcionar como protetores, ajudando a superar os aspectos negativos.

Figura 4 - Elementos do processo de trabalho na ESF que contribuem para diminuir as CT dos enfermeiros nas 5 regiões geográficas do Brasil, 2013-2016.



Fonte: Dados da pesquisa organizados no Atlas.ti, 2016.

Os enfermeiros mencionaram, com maior ênfase, o trabalho em equipe como principal responsável por reduzir as suas CT. Ficou evidente, na percepção dos enfermeiros, que o trabalho colaborativo em equipe, com comprometimento do conjunto dos participantes contribui para o bom funcionamento do trabalho na ESF. Destaca-se, ainda, que o planejamento das ações por meio de reuniões de equipe, organizando a agenda e melhorando o andamento da unidade, são elementos-chave que tornam o trabalho, mas eficaz e prazeroso, como evidenciado nos relatos abaixo:

Saber que a gente tem uma equipe que trabalha e pensa, realmente no usuário, facilita porque a gente sabe [...] traz uma segurança até para a própria equipe trabalhar [...] o comprometimento de todos os funcionários (ESE7).

Trabalho com a equipe mesmo, sempre redistribuindo o trabalho. Não fica pesado, não fica centralizado (ECO3).

Na minha unidade eu tenho uma equipe muito boa e a gente tem uma interação muito bacana. Então isso ajuda muito para poder realizar tudo (EN4).

Então a gente sempre traz tudo para a reunião de equipe para dividir, porque é uma coisa muito importante. A gente consegue trabalhar em equipe, o nosso trabalho, ele é totalmente em equipe, não tem uma decisão que não seja tomada por todos, todas são discutidas [...] todo mundo [deve] saber e ver a melhor maneira para aquilo ali (ESE9).

O trabalho na ESF é multiprofissional e propõe uma perspectiva interdisciplinar, onde os diversos saberes profissionais contribuem para a assistência em saúde numa perspectiva integral e resolutiva para a população, o que requer readequação constante das atividades visando sempre melhorias contínuas. Logo, o trabalho em equipe é primordial para que essas melhorias sejam viáveis, sendo necessárias boas doses de comprometimento e de responsabilidade de todos da equipe, com apoio mútuo e humanizado (SILVA et al, 2012).

Além do próprio trabalho com a equipe mínima estabelecida pela PNAB (BRASIL, 2012a), o apoio de outros profissionais mostra-se um ponto importante no bom funcionamento das UBS. O excesso de demanda assistencial, juntamente com as atividades gerenciais e educativas, característicos do trabalho do enfermeiro, torna-se menos desgastante e mais eficaz com a contribuição de profissionais “extras” para auxiliar na logística e no bom funcionamento de todo serviço de saúde.

As características de cooperação, colaboração e divisão de responsabilidades do trabalho em equipe contribuem consideravelmente no processo de trabalho e estimulam os profissionais a enfrentar suas dificuldades a partir das especificidades de cada trabalhador, permitindo encontram diversas formas de lidar com estes desafios. E também há a noção de que, no trabalho em equipe, os resultados obtidos são maiores do que a soma dos resultados individuais, aumentando a eficácia e a eficiência do atendimento prestado à população (PEREIRA; RIVEIRA; ARTMANN, 2013).

Neste contexto também fica claro que apenas a equipe mínima prescrita pela PNAB não é suficiente para conciliar todas as exigências estabelecidas pela própria política instituída.

Agora que a gente está tendo o NASF. Agora que eu estou tendo o apoio de um psicólogo, de um assistente social, porque sozinho você não consegue (ESE3).

A gente tem o NASF que é um Núcleo de Apoio a Saúde da Família e o psicólogo participa muito das conversas da gente, a nutricionista se envolve também em alguns casos. Então, participar [da assistência] do paciente de uma forma integral é bacana (ESE8).

A proposta do NASF envolve a corresponsabilização e a gestão do cuidado integrada com os profissionais da ESF, através da assistência à saúde compartilhando projetos terapêuticos. Esse apoio matricial constitui-se num suporte às equipes na resolução dos problemas, prestando assistência aos usuários e minimizando a demanda que precisa se deslocar para conseguir atendimento especializado (SANTANA et al, 2015).

Trabalho em equipe não significa trabalhar sempre de forma harmoniosa, mas o diferencial está em converter os conflitos em crescimento, sabendo trabalhar com diferenças de ideias ou de condutas e, portanto, agir profissionalmente na presença de conflitos (FERNANDES et al., 2015).

Para que todos os trabalhadores consigam trabalhar em equipe e efetuar suas tarefas com eficiência, o bom relacionamento interpessoal aliado a uma comunicação com poucos ruídos são elementos necessários no cotidiano do trabalho em saúde. Os enfermeiros entrevistados relataram como estes elementos podem contribuir para facilitar o processo de trabalho dentro da eSF.

É uma equipe familiar. A gente tem uma relação boa, de troca mesmo, a relação é muito boa (ENE7).

Sim, nós temos uma relação de diálogo. Temos essa relação de diálogo, e isso favorece a diminuição da carga (ECO9).

O compromisso de todo mundo aqui dentro me motiva. Todos sabem das suas responsabilidades e cada um se preocupa com o bem do próximo, seja dos pacientes ou do colega. Todo mundo se

preocupa em se colocar no lugar do outro. Isso me motiva a continuar aqui (ECO2).

As facilidades é que somos uma equipe muito unida, cooperativa, todos se ajudam entre si. Se o médico falta, outro o substitui sem problema algum. Isso ajuda a diminuir e muito as cargas trabalho, pois realizo minhas atividades com mais tranquilidade, sem pressão psicológica (ES2).

O bom relacionamento interpessoal do enfermeiro com os usuários, equipe e gestores contribui para reduzir as CT, uma vez que é essencialmente um trabalho coletivo e implica na interação constante entre os trabalhadores. Desse modo, o bom relacionamento interpessoal contribui para facilitar essas relações e tornar o ambiente mais “leve” e agradável. A constituição de vínculo também entre a equipe e a gestão tem implicações na ruptura de uma postura fragmentada: melhora a integração de grupo, forma uma rede de trabalhadores que se complementam, incentiva a troca de conhecimentos e experiências e melhora as chances de sucesso coletivo e comprometimento interpessoal (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

O bom relacionamento e o bom vínculo com o usuário contribui para que ele se sinta parte do processo facilitando a ação terapêutica e respondendo melhor aos tratamentos e orientações, como mostram as falas abaixo:

A vinculação é muito boa, o fato de conhecer os pacientes, isso ajuda muito. Você sabe qual é o paciente, que ele pode esperar para uma hora da tarde, pode pedir para ele voltar à tarde ou não (ECO7).

Então, assim, eu vejo a unidade, a gente trabalha com duas áreas de interesse social, mas eu acho os usuários bem tranquilos. Então é uma população que compreende se a gente diz um não, dificilmente a gente tem um problema maior, e isso se deve ao vínculo (ES8).

Como descrito acima, o vínculo possibilita que o enfermeiro torne referência na assistência aos usuários. Essa característica do trabalho foi mencionada como geradora de aumento das CT. No entanto, o vínculo também se mostra um facilitador do trabalho, no momento em

que ele “cria” um laço de cumplicidade entre enfermeiro e usuário, facilitando o entendimento e a adesão às prescrições e condutas.

O vínculo entre enfermeiro e usuário tem sido visto como facilitador das práticas na ESF, por possibilitar a atuação do enfermeiro e a produção de um cuidado mais eficaz (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013). Além disso, a formação de um bom vínculo permite ao enfermeiro maior reconhecimento tanto por parte da comunidade como da gestão local, uma vez que este profissional representa alguém de confiança diminuindo as “distâncias” burocráticas, tornando-o uma referência no momento das necessidades.

Além de serem facilitadores do trabalho, o bom relacionamento interpessoal, o funcionamento adequado das redes de atenção e a resolutividade nas ações influenciam positivamente na formação do vínculo com os usuários. No momento em que o enfermeiro e o usuário sentem que o trabalho realizado pode trazer bons resultados, há o sentimento de ter feito um trabalho com qualidade e fortalece a sensação de ser útil. Além de poder contar com outros pontos de atenção à saúde e saber que estes realizarão seu papel de forma eficaz e segura, também contribui para a consolidação da confiança entre profissionais e usuários, no momento em que se garante a continuidade do cuidado, mesmo em outros pontos da atenção.

Uma gestante precisa de uma avaliação com a nutricionista, eu consigo aqui, não precisa encaminhar. Então eu facilito para mim, facilito para o usuário, que não precisa ficar se deslocando, não é? (ESE7).

A gente conseguir resolver, conseguir trabalhar e conseguir, na verdade, perceber que de fato, a gente conseguiu. Nosso objetivo maior que é, na verdade, o paciente, é a melhoria dele (ECO8).

Quando o enfermeiro se sente parte deste processo e “gosta do que faz”, o trabalho fica mais “leve” e, aparentemente, mais simples, influenciando na diminuição das CT diárias.

O processo de trabalho aqui, ele é pontuado no que nós temos disponível. Claro que sempre solicitando uma melhora, porque a gente não pode deixar de pedir sempre algo para poder melhorar (ECO9).

Eu gosto muito do que eu faço, eu estudo todos os dias (ES4).

Gostar de estar na unidade. Eu sinto falta, o dia em que eu não estou aqui eu ligo, eu acompanho e-mail, acompanho *whatsapp* (ESE7).

[...] é você ver o fruto do seu trabalho. Eu acho que para mim é mesmo isso (ENE6).

A importância de gostar do que faz no trabalho é fundamental no sentido de ser reconhecido pelo que faz, de olhar para o trabalho ver-se nele como parte integrante e imprescindível nesse processo, porque, como sinaliza Cortella (2009, p. 21) “o trabalho exige reconhecimento” e isso está relacionado com o resultado desse trabalho, no ver-se na obra que faz cotidianamente e fugir da alienação.

Para que o enfermeiro consiga realizar um trabalho de qualidade, é necessário existir apoio, não somente dos colegas de trabalho e dos usuários do sistema, mas também das gerências tanto locais quanto do âmbito da gestão municipal e demais instâncias governamentais. Os enfermeiros relataram que o apoio da gerência é importante na redução das CT diárias. O gestor deve ser aquele que “facilita” o processo e contribui para o planejamento e organização do trabalho.

A gente poder conversar e reajustar os nossos atendimentos com o que a gente tem. Isso dá um certo alívio, da gente ter um apoio da gestão para poder agir dessa maneira. Ter uma liberdade de implementar os nossos atendimentos conforme o que a gente tem. E isso traz conforto (ECO9).

E o apoio da gerência de forma geral, da administração, eles nos apoiam muito, assim. Isso é muito bom para gente, como profissional saber que a gente tem esse apoio da administração, não só da gerência, da administração da clínica (ESE5).

A Gestão Participativa é destacada na PNAB (BRASIL, 2012a) como protagonista no processo de gestão da atenção básica, e possibilita o fazer coletivo no alcance das metas de comum acordo e prioridades

que são definidas por todos os membros da equipe, diminuindo as CT (PIRES et al, 2016).

Além dos elementos ligados à força de trabalho, ao objeto e às relações que permeiam o processo de trabalho, existem os elementos relacionados aos instrumentos de trabalho. Quando o material necessário para produzir ou trabalhar está presente em quantidade e qualidade adequadas, os instrumentos tornam-se um aliado e contribuem muito para facilitar o processo.

Os enfermeiros entrevistados relataram a importância de se ter um ambiente adequado para a realização das atividades. Além de poder ter os materiais e ferramentas (instrumentos) necessários para poder prestar um cuidado com qualidade e responsabilidade, além de facilitar muito o processo gerencial e assistencial.

E no meu caso, como eu trabalho numa área distante, também a questão do carro para poder me deslocar até o local do trabalho. Também é algo que alivia. Já pensou se eu tivesse que vir no meu carro até aqui? Já seria algo mais complicado, não é? Então, tudo isso eu creio que alivia a carga de trabalho (ECO9).

Acho que a estrutura da unidade, apesar de termos aumentando o número das equipes, e nós não temos consultórios suficientes para todo mundo, a gente se vira. E em questão de material, nós temos suficiente na medida do possível, então ainda não faltou totalmente alguma coisa que não consigamos trabalhar, e isso é importante ter material para trabalhar (ES7).

Ah, tem algumas coisas, por exemplo, prontuário eletrônico, facilita bastante (ES9).

Em síntese, os achados deste estudo aproximam-se ao encontrado por Pires et al (2016) e Trindade e Pires (2013), que dizem respeito ao conjunto dos profissionais que atuam nas ESF. Os referidos estudos descrevem que os principais elementos geradores de aumento das CT nas equipes multiprofissionais da ESF estão relacionados com as condições de trabalho, como: sobrecarga; excesso de demanda; déficits na estrutura física; disponibilidade de força de trabalho insuficiente; salários

considerados insuficientes e jornada de trabalho excessiva. Todos esses elementos possuem forte relação com a gestão dos serviços.

As autoras referem, ainda, que o trabalho em equipe, o vínculo com os usuários e a afinidade com o trabalho realizado são fatores que diminuem as cargas, constituindo-se em aspectos protetores do trabalho.

A semelhança entre esta pesquisa e os estudos mencionados pode ser explicada pela significativa presença dos enfermeiros no conjunto dos profissionais integrantes das eSF. Outro fator explicativo pode ter relação com o modelo assistencial previsto na PNAB, que busca romper com a fragmentação de ações compartimentalizadas orientando no sentido de um agir interdisciplinar em equipes colaborativas. Assim, o cenário é compartilhado e os aspectos negativos e positivos tendem a influenciar todos os participantes da equipe (BRASIL, 2012a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de identificar os elementos do processo de trabalho de enfermeiros da ESF que contribuem para a diminuição e para o aumento das cargas de trabalho, são vistas muitas luzes e sombras nesse modo de assistir a população na Atenção Básica.

As CT são intensificadas pelos déficits, ainda existentes, na estrutura física e nos recursos humanos e materiais, além da remuneração insatisfatória diante da alta demanda de trabalho exigida, e dos problemas relacionados com a gestão das unidades e dos municípios, que geram desgaste e insatisfação nos enfermeiros.

Se há sombras, também há luzes, e nesse sentido os enfermeiros abrigam-se à luz do trabalho em equipe, no gostar do que fazem, no apoio por parte das equipes do NASF e nos bons relacionamentos com os usuários e colegas de trabalho, para estarem motivados a exercerem suas funções diariamente, a fim de garantir a continuidade e a qualidade do cuidado.

Ressalta-se nesse estudo, a dialética presente nos elementos que podem aumentar ou diminuir as cargas de trabalho, e essa relação depende do momento e da forma como esses elementos se manifestam, e como são manejados pelos enfermeiros.

As delimitações do estudo se referem a equipes de Saúde da Família consideradas de referência para os gestores locais e que, na maioria delas, tiveram boa avaliação do PMAQ-AB 1º Ciclo em 2012. Realidades diferentes podem ser encontradas em equipes com avaliação inferior e em outros locais do país. Portanto, ressalta-se o potencial de

estudos futuros serem realizados, não com as prerrogativas de generalização, mas para o conhecimento de outras realidades do país, e assim, enfermeiros, pesquisadores e formuladores de políticas públicas repensarem o processo de trabalho na ESF na promoção de melhorias e na garantia das prerrogativas do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 446/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS, 2012b.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015.

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FRANCISCHINI, A. N.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa de saúde da família. **Rev Investigaçào**. Franca, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, 2008.

FRIESE, S. Atlas.ti 8.0 Qualitative Data Analysis. **Atlas.ti 7 User Guide and Reference**. Berlim: [s.n], 2015.

GONCALVES, C. R. et al .Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Set. 2016.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA E. F. A. et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 9405, 2016. doi10.12957/reuerj.2016.9405.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. The multidisciplinarywork in thefamilyhealthstrategy: a studyonwaysofteams. *Interface* (Botucatu), v.17, n.45, p.327-340, abr./jun. 2013.

PIRES et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. doi 10.1590/1518-8345.0992.2682.

_____. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus ActasSaude Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 45-59, 2012.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 71-79, abr./jun. 2012.

ROSARIO, C. A. R. et al. Avaliação do estresse entre enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG. **Renome**, Montes Claros, v. 4, n. 1, p. 03-14,2015. Disponível em:

<<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/92/93>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTANA, F.R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, v.15, p. 422-429,2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a15.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTANA, J. S. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: atuação da equipe junto à Estratégia Saúde da Família. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2362-2371, abr./jun. 2015. doi 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2362-2371.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 784-788, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024/4329>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SORATTO, J. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOUZA, M. G. et al. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, jul./set. 2013. doi 10.1590/S0104-07072013000300025.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

XAVIER-GOMES, L. M.; BARBOSA, T. L. A. Trabalho das enfermeiras-gerentes e a sua formação profissional. **TrabEduc Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 449-459,2012.

5.4 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE E CARGAS DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, com objetivo de entender as implicações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas cargas de trabalho de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os dados foram coletados em cinco capitais distribuídas nas 5 regiões geográficas do Brasil, por meio de entrevistas com enfermeiros integrantes de equipes escolhidas intencionalmente, associando indicação de gestores municipais com os resultados da avaliação realizada pelo PMAQ-AB 1º Ciclo como “acima da média” e/ou “muito acima da média”. Os resultados mostraram que o PMAQ-AB contribuiu para a organização e a melhoria do processo de trabalho na ESF, no entanto, o momento de sua implantação foi altamente significativo para o aumento das cargas de trabalho dos enfermeiros. Conclui-se que o PMAQ-AB contribuiu para a melhoria do processo de trabalho na ESF e, também, em melhoria financeira, de recursos para a ESF e salarial, o que influenciou positivamente nas CT, apesar dos desafios que ainda encontra para sua consolidação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Condições de Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994, entre muitas considerações sobre como ele poderia significar um avanço para a saúde dos brasileiros, ao propor um modo ampliado de compreender e tratar os problemas de saúde, ultrapassando o foco diagnóstico-tratamento de doenças e priorizando ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1996 o Programa transforma-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) e, em 2006, passa a ser considerada a principal estratégia de saúde já implementada no país sob inspiração dos preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) e que se aproxima dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Brasileira de 1988. A ESF se consolida com práticas exitosas em vários municípios

brasileiros e com impacto positivo nos indicadores de saúde (STARFIELD, 2002; FERTONANI et al, 2015)

Como eixo estruturante da ESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) mais recente (BRASIL, 2012a), prescreve prerrogativas e normativas para o trabalho na ESF com a finalidade de garantir o acesso, com qualidade, de todos os cidadãos brasileiros aos serviços de saúde. A ESF engloba um conjunto de ações e programas, com a finalidade de prestar assistência em todo o ciclo vital. Dentre eles, destacam-se, por exemplo: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), Programa de Saúde na Escola (PSE).

Dada a importância da ESF, com vistas a estimular o desenvolvimento de boas práticas e aplicação dos recursos públicos, o Ministério da Saúde em 2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2016a).

Desde a publicação da Portaria 1.559 de 2008, o Ministério da Saúde tem investido (BRASIL, 2008, p.01), em “monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população”. Com isso, ações que articulem a melhoria dos serviços da AB ofertados à sociedade brasileira tem ganhado destaque nas políticas governamentais procurando estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos diversos âmbitos da atenção à saúde existentes no país.

Em 2011, com a Portaria nº 1.654 GM/MS (BRASIL, 2011a) (hoje já revogada pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 – BRASIL, 2015a), após sucessivos debates entre as três esferas de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal, representados por seus respectivos conselhos) é instituído o PMAQ-AB, com o intuito de oferecer e incentivar a busca de recursos para os vários problemas enfrentados na APS, além de incentivar melhorias a partir de um desenho idealizado de como o processo de trabalho deveria existir. Ou seja, o PMAQ-AB não existiria apenas para fiscalizar as ações em saúde, mas seria um “guia” de orientações e ideais para um padrão de qualidade para a realização do trabalho na APS (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB trabalha com uma série de indicadores e em diferentes instâncias da Atenção Básica (AB) e fornece premissas sobre o ideal de atuação para as equipes de AB e, de estrutura física e materiais de trabalho para a gestão. Além disso, o programa busca

conhecer *in loco* como acontece o trabalho na AB e seus principais entraves existentes. Os objetivos específicos do PMAQ-AB são:

Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de auto avaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012b, p.08).

O PMAQ-AB 1º ciclo, foi distinguido em 4 fases: 1ª) Adesão e contratualização, onde as equipes aceitam os termos propostos e contratualizam as ações a serem realizadas; 2º) Desenvolvimento, que se divide, também, em 4 partes (auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional), onde as equipes realizam uma avaliação das próprias ações e, com ajuda da gestão e outros meios, propõem e buscam soluções a problemas existentes em sua realidade; 3º) Avaliação externa, que consiste na avaliação por meio de pessoal treinado e averiguação *in loco* da estrutura, insumos, do processo de trabalho e da avaliação dos usuários sobre os serviços prestados; 4º) Recontratualização, neste momento, após os resultados das avaliações é

realizada uma nova recontractualização de indicadores e compromissos incentivando a continuidade das ações (BRASIL, 2012b).

No PMAQ-AB 1º ciclo, em 2012, participaram 1.127 equipes distribuídas em 15.095 UBS em todo Brasil. Os resultados da avaliação externa do PMAQ-AB, juntamente com um censo (nas UBS que não haviam realizado adesão) influenciaram maiores investimentos no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) com objetivo de subsidiar melhorias na infraestrutura e proporcionar que os serviços na APS fossem prestados com maior conforto e qualidade (BRASIL, 2013a).

Apesar de muitas críticas ao programa PMAQ-AB, houve um crescimento visível da adesão ao mesmo e, em 2016, no 3º ciclo, até setembro de 2016, a adesão de equipes de Saúde da Família (eSF) ao PMAQ-AB chegou a 38.865, distribuídas em 5.324 municípios brasileiros, o que corresponde a 95,6% do total de municípios do Brasil (BRASIL, 2016b).

Uma das principais exigências para realizar a adesão ao programa é possuir a equipe mínima preconizada pela PNAB, composta por, no mínimo: 1 médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em quantidade suficiente para cobrir todo território adstrito (BRASIL, 2012a).

Gavalote (2016) em estudo sobre a representatividade do enfermeiro como coordenação e responsabilidade das UBS, mostra que o enfermeiro foi o principal responsável pelas entrevistas e gestão das eSF, chegando a uma média 95% de enfermeiros responsáveis pelas respostas e organização das ações em saúde nas ESF, “os profissionais graduados delegaram ao enfermeiro o papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho” (GAVALOTE, 2016, p. 92). Além da coordenação do trabalho da enfermagem e da supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, muitas das atividades de manutenção e controle dos serviços estão sob a gestão desse profissional, estando a Unidade Básica de Saúde (UBS), de forma geral, sob a responsabilidade dele.

Jonas, Rodrigues e Resck (2011) descreveram as funções do enfermeiro na ESF e evidenciaram o predomínio de ações gerenciais sobre as atividades assistenciais e de educação. Além disso, há uma sobrecarga importante deste profissional em relação a ter que realizar

todas suas funções e ter que acrescentar a gestão de todos os profissionais e programas e serviços incorporados na ESF.

Laurel e Noriega (1989) em sua teoria sobre as Cargas de Trabalho (CT) explicam que existem fatores que contribuem tanto para aumentar ou diminuir as CT dos trabalhadores, e estas podem ser de diversos tipos, interagindo com o corpo do trabalhador e podendo gerar desgastes ou, até mesmo, adoecimento. Pires et al. (2016) em um estudo sobre as CT dos profissionais da Enfermagem na APS destacaram importantes considerações sobre os motivos que aumentam as CT (sobrecarga de trabalho, o excesso de demanda, problemas na estrutura física das unidades e falhas na rede de atenção) e os motivos que contribuem também para diminuir as CT destes profissionais (trabalho em equipe, afinidade com o trabalho, vínculo com o usuário e resolubilidade da assistência).

Entretanto, não há estudos que evidenciam a questão das CT dos enfermeiros em relação à implantação do PMAQ-AB e se este novo programa, que teve como principal objetivo influenciar diretamente no processo e trabalho das eSF, teve influências nas CT destes profissionais, considerados responsáveis diretos das ações e prerrogativas preconizadas pela PNAB de 2012. Desse modo, este estudo busca conhecer qual a influência do PMAQ-AB nas cargas de trabalho de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) em diferentes cenários distribuídos em 5 regiões do Brasil. Este profissional exerce papel fundamental e de importante responsabilidade na eSF, de modo que o presente estudo tem relevância tanto para a profissão quanto para estudiosos e formuladores de políticas do campo da saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas, orientado pelo materialismo histórico-dialético de Karl Marx (1983), pela teoria de cargas de trabalho de Laurel e Noriega (1989) e pautado no prescrito na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a) e no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (BRASIL, 2012b).

Estudo realizado entre março de 2014 e setembro de 2016, onde foram selecionados enfermeiros que atuavam em Equipes de Saúde da Família (eSF) que estivessem disponíveis para entrevistas no momento da coletas em sua Unidade Básica de Saúde. Optou-se pelo 1º ciclo da avaliação, uma vez que os dados analisados estavam disponíveis *open*

access, pelo portal do Departamento de Atenção Básica DAB – PMAQ. Os critérios para inclusão de enfermeiros neste estudo foram: a) enfermeiros atuantes apenas em ESF (modelo de AB predominante e em expansão no Brasil) avaliadas no 1º ciclo do PMAQ-AB, com resultados de sua avaliação “acima da média” e “muito acima da média” divulgado no site DAB em 2013 (BRASIL, 2013a); b) enfermeiros que estivessem atuando nas 05 regiões geográficas do país. Os grandes centros selecionados foram 04 capitais e 01 cidade-estado: Florianópolis como capital representante da Região Sul do Brasil com uma população de 421.240 habitantes e com 91 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB sendo 52 avaliadas com nota “acima da média” e “muito acima da média”; o Distrito Federal como cidade-estado representante da Região Centro-Oeste com população de 2.570.160 habitantes e com 28 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 14 avaliadas com conceito “acima da média” e “muito acima da média”; Rio de Janeiro como capital representante da Região Sudeste do Brasil com uma população de 6.320.446 e com 324 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, destas 128 com conceito “acima da média” e “muito acima da média”; Natal como capital representante da Região Nordeste do Brasil com uma população de 803.739 e com 14 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 06 avaliadas com conceito “acima da média” e “muito acima da média”; Belém como capital representante da Região Norte do Brasil com uma população de 1.393.399 e com 34 ESF avaliadas em 2012 pelo PMAQ-AB, sendo 07 avaliadas com conceito “acima da média” e “muito acima da média” (IBGE, 2012; BRASIL, 2013a); c) equipes consideradas como experiências exitosas e de referência na visão dos gestores locais, com base no prescrito pela Política Nacional da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012a); d) enfermeiros em pleno exercício da função e atuando há pelo menos 1 ano na ESF com a finalidade de incluir profissionais que já conheciam o cotidiano de trabalho da unidade onde atuam pela possibilidade de incluir profissionais que estavam atuando na UBS desde a época da avaliação do PMAQ.

A coleta dos dados seguiu um roteiro semiestruturado construído com base na teoria das cargas de trabalho de Laurel e Noriega (1989). Além das entrevistas (com cerca de 27 horas), seguiu-se um roteiro de estudo documental e observacional dos locais da realização das entrevistas com vistas a buscar entender melhor o contexto onde estão inseridas as eSF. Foram analisados documentos que fizeram parte do processo de trabalho do enfermeiro, como: planilhas de trabalho criadas

ou não pelos enfermeiros, além dos sistemas de informação utilizados, bem como fichas de produção, atas, livros de registros, painéis, escalas e cartazes. A observação contou com um total de cerca de 56 horas.

A organização e estruturação dos dados foram possíveis utilizando o *software* Atlas.ti 7.0[®]. Nele é possível inserir todos os documentos da pesquisa como *primary documents*, criando uma Unidade Hermenêutica (HU) (FRIESE, 2013). Selecionaram-se os trechos do texto considerados significativos, denominados *quotations* na linguagem do software, e categorizando com a atribuição *codes*.

A análise dos dados foi norteada pela análise de conteúdo de Bardin (2011) descrita em três momentos distintos, contudo estes são realizados simultaneamente: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Deste processo surgiram 3 categorias temáticas: 1) A representatividade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); 2) A influência do PMAQ-AB nas cargas de trabalho do enfermeiro e as implicações no processo de trabalho da ESF; 3) Os desafios encontrados para a consolidação do PMAQ-AB dentro da ESF.

Atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c) que dispõe sobre as normas para pesquisas com Seres Humanos, este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o Parecer 723.695, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), sob o Parecer 1.547.952. O material coletado está sob a responsabilidade da pesquisadora e ficarão armazenados durante cinco anos, e, para garantir o sigilo e o anonimato referente às informações coletadas, foram definidos códigos para os dados coletados, compostos pela letra E (enfermeiro), seguido da letra que identifica cada região do país: S (Sul); CO (Centro-Oeste); N (Norte); SE (Sudeste); NE (Nordeste); e do número ordinal atribuído a cada entrevista realizada (exemplo, o primeiro enfermeiro entrevistado da região Sul: ES1).

RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 27 enfermeiros distribuídos em 23 equipes de Saúde da Família (eSF) e em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dispostas nas 5 regiões geográficas do Brasil: Sul, Sudoeste, Nordeste, Norte e Centro-Oeste (TABELA 1).

Tabela 1 - Perfil dos enfermeiros de acordo com ao sexo, idade, formação, tempo de experiência na profissão e na Estratégia Saúde da Família, vínculo empregatício e jornada de trabalho semanal, 2016.

Sexo	Feminino	23
	Masculino	4
Idade (anos)	20 a 29 anos	6
	30 a 39 anos	10
	40 a 49 anos	7
	50 a 54 anos	4
Escolaridade	Especialização/residência	22
	Graduação (apenas)	2
	Mestrado	3
Tempo experiência profissional (anos)	> de 5 anos	21
	1 a 4 anos	6
Tempo experiência na Estratégia Saúde da Família (anos)	> de 5 anos	18
	1 a 4 anos	9
Vínculo empregatício	Concurso (inclui estatutário)	19
	Contrato terceirizado	8
Jornada de trabalho semanal (horas/semanais)	> 40 horas	16
	40 horas	8
	< 40 horas	03

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Dos 27 enfermeiros participantes do estudo, apenas 04 eram do sexo masculino. Em relação à idade, houve predomínio no adulto jovem (entre 20 e 39 anos) com 59% do total. As especializações e residências em Saúde da Família foram as mais citadas pelos enfermeiros e a especialização foi o nível de formação da maioria dos participantes da pesquisa (81,5%), seguida de 03 enfermeiros com formação em nível de Mestrado (*stricto sensu*), sendo que 01 destes enfermeiros estava cursando Doutorado.

A maioria (21) dos enfermeiros relatou experiência profissional há mais de 5 anos. O tempo de experiência no âmbito da ESF também foi significativo, com 66,6% dos enfermeiros participantes. Sobre o vínculo empregatício, podendo ter relação com a permanência destes

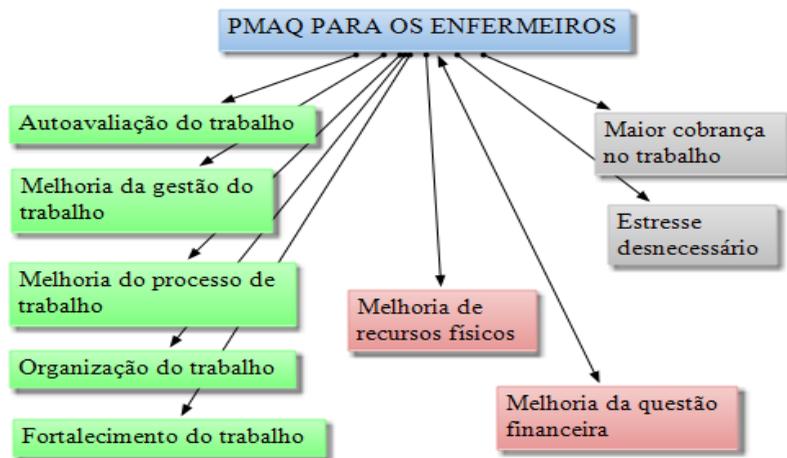
profissionais no local de trabalho, identificou-se a contratação por concurso público, representando a maioria (19), 7 deles mencionaram a contratação por uma Organização Social e apenas 1 referiu contrato temporário. A jornada de trabalho semanal mostrou que a maioria deles (16) atua em jornada de 40 horas semanais e 3 enfermeiros afirmaram atuar 30 horas semanais. 07 enfermeiros relataram ter duplo vínculo empregatício e 01 enfermeiro estava contratado pela Residência em Saúde da Família que possui carga horária de 60 horas semanais.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na visão dos enfermeiros

O PMAQ-AB é uma proposta de auto avaliação dos serviços oferecidos pela Atenção Básica, principalmente com o objetivo de melhoria nos processos de trabalho visando ampliar e melhorar a qualidade do acesso e dos serviços oferecidos.

Em relação à representatividade do Programa PMAQ-AB, os enfermeiros relataram que, apesar do modo como ele foi inserido ou realizado, teve um impacto positivo no trabalho na ESF e no trabalho do próprio enfermeiro, geralmente o “responsável técnico” para esta avaliação.

Figura 1 - O PMAQ-AB na visão dos enfermeiros participantes da pesquisa, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa organizados do Atlas.ti, 2016.

Como o estudo foi realizado em 2016, a rotatividade dos profissionais enfermeiros também aconteceu em alguns locais. Entretanto, dentre as ESF delimitadas, todos os enfermeiros conheciam o programa.

Quando questionados sobre a visão dos mesmos em relação ao PMAQ-AB e sobre as consequências da implementação deste programa para o trabalho na ESF, os enfermeiros relataram que o entendem como uma ferramenta nova com intuito de melhorar o processo de trabalho na AB/APS. Os relatos mostraram que a avaliação do PMAQ-AB, mesmo em meio a muitas considerações, é um caminho para a reorganização do trabalho e, conseqüente, melhoria dos serviços ofertados na rede AB/APS.

Eu senti que o PMAQ traz muitas perguntas relacionadas à organização do serviço. Não só se a gente atende àquela demanda, mas se a gente tem essa demanda especialmente listada em algum instrumento da unidade, e isso eu achei bem positivo (ENE7).

Na verdade, eu acho que o PMAQ é muito importante, no sentido de avaliar o trabalho da equipe, saber como a equipe está, como está funcionando. Ter o retorno da própria equipe, porque o PMAQ é todo mundo, não é só a gente que avalia (ESE5).

É um programa de melhoria da Atenção Básica, então [...], na verdade é uma ferramenta com a qual eles avaliam parâmetros de atendimento (ECO8).

O PMAQ é uma excelente ferramenta que já está incorporada em nossa rotina de trabalho. Ele nos ajuda a desenvolver as atividades, tem indicadores de avaliação e com isso estamos constantemente reavaliando a qualidade do atendimento (ES2).

Segundo relato dos enfermeiros, o programa traz uma proposta de melhoria do trabalho na APS e representa uma forma de reavaliar o processo de trabalho por meio de indicadores. Assim, quando

conheciam suas metas enquanto ESF, planejavam ações com objetivo de melhorar estes parâmetros e, conseqüentemente, o seu trabalho.

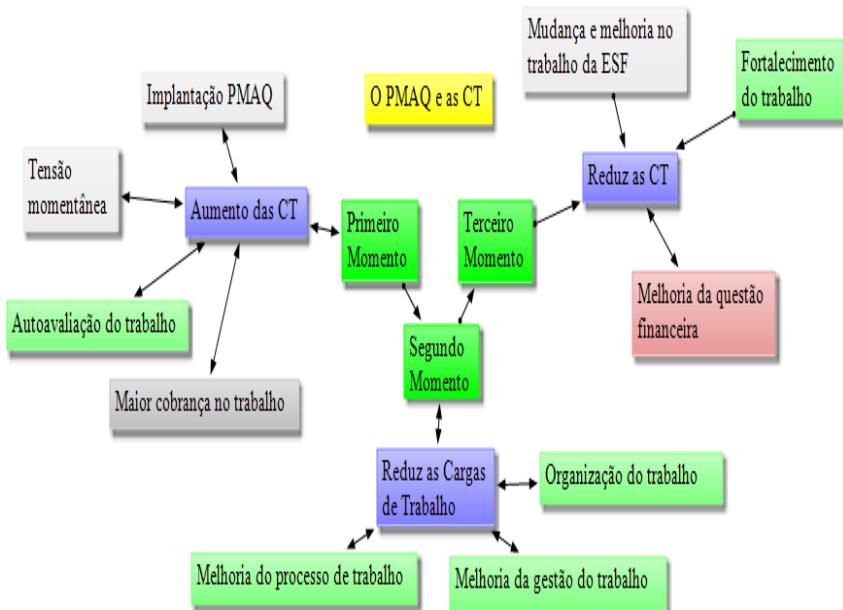
O programa representou, além da reorganização das ações locais de saúde, um investimento e, a partir do reconhecimento das condições locais de saúde, mais recursos financeiros para a APS.

O PMAQ dá uma série de recursos para a gente trabalhar, inclusive recursos de implantação do prontuário eletrônico, ou e-SUS, computadores de ponta, internet (ENE4).

A influência do PMAQ-AB nas cargas de trabalho do enfermeiro e as implicações no processo de trabalho da ESF

Além do entendimento acerca do PMAQ-AB para o trabalho na ESF, os enfermeiros responderam quanto ao aumento ou redução de suas CT. As falas destacaram um aumento nas CT, e, a maioria deles relacionou ao momento da implantação e das mudanças necessárias para realizar a organização do trabalho, sendo que, a seguir, provocou uma diminuição destas CT na realização do trabalho.

Figura 2 - A influência do PMAQ-AB nas cargas de trabalho dos enfermeiros da ESF, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa organizados no Atlas.ti, 2016.

O trabalho dos enfermeiros na ESF foi significativamente influenciado com a implantação do PMAQ-AB. Foi possível entender que houveram mudanças, e as mesmas estiveram evidenciadas em todas as respostas dos enfermeiros. O discurso sobre a questão da influência positiva ou negativa do PMAQ-AB esteve relacionado com o momento em que o enfermeiro referenciava. Ou seja, os momentos descritos pela Figura 2, descrevem o momento da implantação e avaliação do PMAQ-AB.

O 1º momento está relacionado com a adesão ao PMAQ-AB, no caso destas equipes em 2011, e na auto avaliação sobre o trabalho que realizam. Neste momento, há a necessidade de repensar a forma como o trabalho está sendo desenvolvido e entender quais as diretrizes preconizadas pela PNAB. Os enfermeiros relataram um aumento importante das CT nesta fase, pois houve a necessidade de se realizar várias mudanças para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Eles sentiram uma tensão maior devido ao aumento da cobrança do trabalho tanto pelos gestores quanto pelos colegas e usuários.

Então, coisas que de repente por ser, às vezes, por ser todo mundo praticamente novo na estratégia, não tinha essa visão, e quando ele passou isso, ele empurrou a gente para frente um pouco, estressou bastante a gente, com a cobrança do que ia ser e não foi, mas ao mesmo tempo abriu os olhos da gente para muita coisa (ESE8).

Eu acredito que ele aumenta um pouco, que ele deva aumentar, porém, ele também veio para melhorar o atendimento e, até mesmo o processo de trabalho da própria equipe e, conseqüentemente, até do próprio enfermeiro (ECO9).

Após a fase de auto avaliação, aconteceu a avaliação externa e por fim as “notas” de avaliação das eSF. Nesta etapa, as equipes começam a receber um valor mensal de acordo com sua avaliação.

Passado este 1º momento, parece ocorrer maior tranquilidade sobre a realização das ações, pois o processo de trabalho já passou por algumas mudanças importantes pela avaliação externa. No 2º momento, as equipes começam a “colher” também os resultados das modificações realizadas no trabalho e percebem as melhorias no processo, na gestão e na organização do trabalho dentro das eSF.

Também acredito que seja uma influência positiva, porque no momento em que você organiza o serviço, pode parecer que você trabalhou a mais porque teve que abrir aquele protocolo, aquela lista e organizar os trabalhadores, mas do meio em diante, você vai ver que aquela demanda organizada vai acabar lhe trazendo um benefício, e para a instituição também (ESE7).

Então, assim, da primeira vez que a gente recebeu a auto avaliação, a gente olhava e como assim, gente, tem coisa que a gente nunca fez. Eu não sabia que era para ser feito assim, então o padrão é esse, tem que ser feito assim, então a gente tem que melhorar. Então por um lado foi muito bom, e hoje eu acho que a nossa equipe é um reflexo da auto avaliação, a gente tenta olhar essa avaliação, porque a gente não consegue fazer cem por cento

do que está ali, do padrão que é estabelecido, e a gente tenta melhorar um pouco mais. Então, ó, vamos estabelecer uma meta, a gente vai fazer tal coisa, chegamos ali, e tal não sei o que está, está confortável? Vamos dar um passo para frente (ECO5).

No 3º momento, quando as ações já se tornam parte do processo de trabalho e estão consolidadas pelas equipes, os enfermeiros referiram uma diminuição das CT.

Na minha concepção, porque assim, é um instrumento de avaliação que visa justamente o trabalho em equipe, de justamente você dividir as tarefas. Acaba delegando as tarefas, não ficar sobrecarregado, todo mundo tem responsabilidade dentro da equipe (EN6).

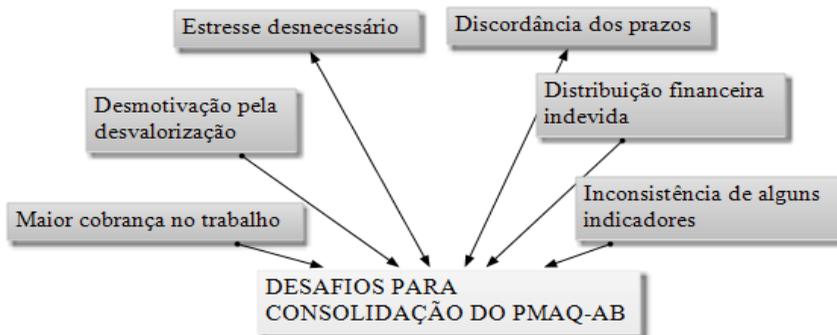
Das cargas, não, acho que não, porque a gente já trabalha com o PMAQ, ele só faz a gente se organizar um pouco, é colocar no papel aquilo que a gente não faz, então, tudo aquilo que o PMAQ dispõe está na nossa carteira de trabalho, é uma obrigatoriedade nossa, como servidor, e agente faz quase tudo, até mais que o PMAQ (ES1).

Logo, o PMAQ-AB se transforma em uma ferramenta de fortalecimento do trabalho tanto do enfermeiro quanto de toda eSF. Além das melhorias da questão financeira, ou seja, algumas equipes recebem abono salarial em virtude das notas e valores repassados pelo governo federal, há um sentimento de que o trabalho teve uma melhoria significativa com a implantação do PMAQ-AB.

Em contrapartida, ainda existem muitos desafios para que a proposta do PMAQ-AB de melhoria do acesso e da qualidade seja realmente efetiva na prática.

Os desafios encontrados pelos enfermeiros para a consolidação do PMAQ na ESF

Os enfermeiros destacaram a importância do PMAQ-AB na ESF, contudo existem, ainda, alguns entraves para a consolidação de sua proposta.

Figura 3 - Dificuldades para a consolidação do PMAQ-AB, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa organizados no Atlas.ti, 2016.

No decorrer das falas, foi possível identificar as fragilidades do processo de implantação e consolidação do programa PMAQ no contexto da APS. Os enfermeiros relataram que a proposta de melhoria do processo de trabalho aconteceu de várias maneiras, como foi possível identificar nas descrições anteriores, contudo, ainda precisa encontrar meios para continuar a garantir que seus objetivos sejam alcançados constantemente. Ou seja, os enfermeiros destacaram algumas dificuldades presentes na avaliação do PMAQ-AB, como estresse aumentado que não seria necessário, discordando de alguns prazos, de alguns indicadores de avaliação e em cobranças inconsistentes, e nos problemas de distribuição dos recursos financeiros repassados pelo governo federal aos municípios e chegada destes mesmos incentivos até as ESF.

Mas, eu não concordo com vários indicadores que tem ali. Porque, por exemplo, eu dentro da minha unidade, da minha equipe, apesar de ser favela, é uma área que tem saneamento. O máximo que a gente faz é atividades para dengue, zika. Mas, coisas que são sazonais, em agosto, eu não tenho que fazer, entendeu? Porque não tem doenças ambientais, rato, aranha. Não tenho. Eu não tenho isso. Escola, eu não tenho escola, nem creche dentro da minha área (ESE5).

Mas uma coisa que eu acho ruim é, às vezes, você tem um prazo para fazer isso, você tem um prazo para entregar todo o planejamento que você vai fazer. Então isso eu acho ruim, você ter um prazo

para estipular coisas que você ainda não teve tempo suficiente de sentar e planejar (ESE6).

A visão sobre o PMAQ-AB, por parte de alguns enfermeiros, evidenciando os 5 anos de implementação e o quanto poderia se ter avançado. Ressaltaram as dificuldades ainda encontradas para a realização de um trabalho com maior qualidade e com a necessidade de melhorar, ainda, a quantidade e a qualidade dos recursos físicos e de materiais para a ESF:

É muito dinheiro. Para trocar uma lâmpada, entendeu? Para fazer uma pintura, para chamar uma pessoa para consertar um monte de coisa. Que a gente muitas das vezes paga do nosso bolso. E cadê esse dinheiro? E aí acaba desmotivando para você fazer um pouquinho mais, dar um passo mais para frente “Por que eu vou fazer? Se eu que estou no PMAQ não estou sendo reconhecido, imagine quem não está? [...] O que a gente fazia a gente continuou fazendo, as dificuldades, a logística continua do mesmo jeito (ECO6).

Os enfermeiros enfatizaram a importante falta de recursos materiais nas UBS em relação aos recursos financeiros que são disponibilizados pelo governo federal para melhoria das condições de trabalho. Esta situação acaba por influenciar negativamente na motivação destes profissionais.

DISCUSSÃO

O perfil dos 27 enfermeiros das 23 equipes de SF com avaliações “acima da média” e “muito acima da média”, distribuídas nas 5 regiões geográficas do Brasil expressou um número importante de mulheres (23), com idade predominante entre 20 a 39 anos (16) e a maioria com formação além da graduação: 22 com especialização e 2 com mestrado concluídos (sendo 1 em curso de doutoramento). Além disso, a maioria deles (21) possuía um tempo de experiência profissional acima de 5 anos, sendo que 18 enfermeiros tinham experiência na ESF acima de 5 anos. Outro dado expressivo foi que o predomínio do acesso por meio de concurso público com 19 enfermeiros e os demais (8) com contrato

terceirizado ou temporário, destes 1 enfermeiro é da região do Nordeste e os outros 7 da região Sudeste.

Em síntese, a maioria dos enfermeiros tinha formação com pós-graduação, ou seja, continuaram a aprimorar seus conhecimentos após a titulação como enfermeiros, tinham experiência profissional e na ESF e vínculo empregatício estável, com acesso por meio de concurso público. Os resultados corroboram com um estudo de Girardi et al (2010), sobre vínculos de trabalho na ESF (pesquisa realizada entre os anos 2000 e 2010) em que mostram uma tendência de despreciação do trabalho. Contudo, os referidos autores ressaltam a realização de contratos temporários em muitos dos municípios por eles estudados, mostrando que, a precarização dos vínculos empregatícios ainda se constitui em importante problema a ser enfrentado.

Para se configurar um bom profissional, conforme os padrões de qualidade referidos pelo AMAQ (BRASIL, 2011, p.59) é preciso utilizar “suas habilidades, conhecimentos e competências (para além das atribuições profissionais) em torno da ampliação da capacidade de equipe de produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora”. Por exemplo: liderança e criatividade, capacidade de produzir inovações e lidar com dissensos, mediação de conflitos, capacidade de escuta.

Além disso, é imprescindível que os profissionais envolvidos no trabalho da ESF consigam articular as dificuldades do trabalho com as propostas preconizadas pela política vigente (BRASIL, de 2012a). Não realizar, apenas, um trabalho rotineiro e padronizado, mas que atue com plena capacidade de inovar.

Pode se considerar o trabalho do enfermeiro na ESF como um desafio diário, devido a complexidade das ações em saúde aliado aos inúmeros programas inseridos neste contexto. O PMAQ-AB, como principal programa com objetivo de melhorar os processos de trabalho nas ESF do Brasil, teve início em 2011 com o 1º ciclo (BRASIL, 2012b) e continua existindo até 2017 com o 3º ciclo, com algumas modificações, porém com as mesmas premissas (BRASIL, 2015b).

O estudo mostrou que o PMAQ-AB teve importantes contribuições e promoveu várias mudanças no trabalho das eSF, apesar dos inúmeros desafios ainda existentes para sua consolidação enquanto prática na ESF. Dentre os objetivos específicos preconizados pelo programa (BRASIL, 2012b), pode-se perceber que este programa mostrou que alguns de seus objetivos foram alcançados na prática do trabalho em saúde das ESF, como: as equipes buscaram formas de melhorar o trabalho; melhorias na sistematização e inovações

tecnológicas, como a utilização de prontuário eletrônico; incentivo à alimentação e registro das informações, mencionados pelo eSUS; e a promoção da auto avaliação das ações em busca dos pontos positivos e negativos.

O PMAQ-AB é considerado um programa novo e encontra-se apenas em seu 3º ciclo de avaliação (BRASIL, 2016b). Pode ser considerado, também, uma inovação por introduzir uma modalidade formal de avaliação do acesso e da qualidade das ações em saúde prestadas pelas equipes no âmbito da AB/APS, ao mesmo tempo propicia uma reflexão das mesmas sobre o seu próprio trabalho, estimulando a realização de intervenções críticas, as quais tem contribuído para uma maior aproximação com os princípios e diretrizes do SUS.

Muitas inovações tecnológicas têm objetivo de contribuir para a melhoria do processo de trabalho e, no primeiro momento (implantação) podem aumentar as cargas de trabalho até que todos os trabalhadores estejam adaptados a essas mudanças. Entretanto, a adoção de tecnologias, como prontuário eletrônico e novos programas, racionaliza a assistência e diminui as cargas de trabalho (TRINDADE; PIRES, 2013). O momento da implantação do PMAQ, de modo semelhante, também aumentou as CT dos enfermeiros.

Alguns estudos mostram as implicações da inserção de novas tecnologias nas CT de trabalho de trabalhadores da saúde, tanto no âmbito hospitalar quanto da APS e referem suas implicações relacionadas ao momento em que elas estão inseridas no processo de trabalho destes profissionais. Na fase de implantação do PMAQ, as CT dos enfermeiros estiveram um aumento significativo, pois há uma mudança a ser realizada implicando em uma reavaliação dos processos e da maneira como a assistência está sendo realizada. Há uma tendência à negação ou resistência a mudanças, o que no processo de implantação de mudanças ou inovações, acaba gerando um desgaste maior no profissional, em especial quando ele não consegue entender, ainda, os benefícios que podem ser gerados. Após a fase de adaptação, a adoção da inovação tende a melhorar o processo de trabalho e influenciar na diminuição das CT (PIRES et al., 2010; 2012; CARGIN; OTTOBELLI; BARLEN, 2016).

O PMAQ-AB incentiva (re)pensar o processo de trabalho nas ESF a partir da auto avaliação e da apresentação de um padrão de qualidade e “sugere” uma reorganização deste com intuito de melhorar a gestão e os processos envolvidos (BRASIL, 2012b).

O trabalho em equipe precisa ser conciso e alinhado, pois quando este não acontece as CT podem ser maiores. O trabalho em equipe acontece de forma mais efetiva no momento em que os integrantes compartilham seus conhecimentos e o planejamento das ações, com consequente divisão das atividades de forma conjunta e ativa. A cooperação democrática entre estes profissionais facilita o trabalho e distribui as tarefas entre todos os atores envolvidos (FONTELES et al., 2011). Quando o trabalhador sente-se parte do processo e não o realiza como um trabalho alienado, ele se percebe no produto do seu trabalho (MARX, 2012) gerando o sentimento de tornar-se “parte” daquele produto final, o que influencia positivamente o trabalhador.

O PMAQ, ainda, possui desafios a enfrentar para favorecer sua consolidação e permanência como programa de avaliação constante do trabalho na AB/APS e incentivador de novas práticas que busquem a efetivação dos princípios do SUS.

Há uma dificuldade implícita nas falas em como conciliar todas as exigências do PMAQ-AB com a realidade dificultosa ainda existente, tanto das equipes quanto do lugar em que estas atuam, principalmente, nos momentos em que a avaliação não está acontecendo.

Apenas implantar ou inserir o PMAQ-AB como forma e aumentar os recursos financeiros para a gestão na AB/APS não incentiva a melhoria do acesso e da qualidade. O PMAQ-AB precisa de apoio da gestão municipal para criar uma cultura fortalecida de avaliação da AB como um todo, da gestão aos usuários. Faz-se necessário incentivar a atuação articulada com as demandas e necessidades da população para se concretizar, de maneira habitual, a troca de experiências, discussões de casos, grupos de estudos, comunidades de práticas, apoio institucional, entre outras formas. “Para isso o PMAQ-AB e a educação permanente na saúde precisam operar como dispositivo que põe em análise as práticas, no cotidiano. O que somente ocorre se houver determinação política dos diferentes atores” (RIBEIRO et al., 2016, p.139).

Ser enfermeiro da ESF requer muito mais que a graduação em Enfermagem. Há a necessidade de entender toda a dinâmica do trabalho em saúde na lógica da APS aliado aos desafios encontrados no desenvolvimento destas ações. As mudanças e as tomadas de decisões acontecem constantemente e este profissional precisa estar envolvido em todos os processos assistenciais, gerenciais e de educação continuada existentes no trabalho da ESF. Isso implica no aumento das CT e pode influenciar diretamente na saúde destes profissionais.

Mais ainda, considerar um olhar para o enfermeiro da ESF torna-se essencial para a efetivação das premissas prescritas na PNAB entendendo seu papel majoritário na gestão das equipes e do trabalho em saúde neste âmbito da atenção. Há uma emergência em incentivar a melhoria das condições de trabalho e em romper com os paradigmas existentes, buscando, principalmente, “a superação da fragmentação do processo de trabalho” (GAVALOTE et al, pg. 08).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou a importância do programa PMAQ-AB para a AB brasileira. Entre diversas críticas e considerações, o programa teve influência considerável na melhoria dos processos de trabalho de todas as eSF participantes. O entendimento do que o PMAQ-AB pode representar para a ESF é perceptível à medida em que ele se materializa e tem seus objetivos atingidos, principalmente, no momento das autoavaliações realizadas pelas equipes.

É claro o aumento das CT dos enfermeiros em relação à implantação do PMAQ-AB, pois como elemento-chave da gerência das eSF, precisa repensar constantemente as ações na AB e procurar (com ajuda da equipe) soluções e formas de tornar este trabalho mais próximo do padrão de qualidade idealizado pelo SUS.

Entretanto, as CT diminuem à medida que o trabalho vai encontrando alinhamento e a qualidade dos serviços é evidenciada tanto pela melhoria na organização e gestão do trabalho, quanto pelo reflexo emitido pelos usuários e comunidade adstrita. O trabalho nas eSF segue uma crescente mudança e procura nos profissionais de saúde atuantes nestas equipes uma conciliação nas discordâncias financeiras e, muitas vezes, no próprio modelo assistencial existente no trabalho em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 446/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012c.

_____. **Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. **Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

_____. **Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em:

<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. _____. _____. **Programa Nacional De Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo.** Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Acesso em 10 out. 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pm_aq_site.pdf>.

_____. _____. _____. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).** [Internet]. DAB notícias, 12 ago. 2013. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>. Acesso em 02 out. 2016.

_____. _____. _____. **Portaria de homologação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB é publicada.** [Internet]. DAB notícias, 13 set. 2016. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2235>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. _____. _____. **Portaria de homologação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB é publicada.** 2016b. [Internet]. DAB notícias, 13 set. 2016. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2235>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. 2013a. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php/>. Acesso em: 06 out. 2016.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo 3º Ciclo (2015-2016)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ/Ministério da Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portal do gestor da Atenção Básica**. 2016a.

Disponível

em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>. Acesso em: 10 out. 2016.

CARGNIN, M. C. S. et al. Technology in nursing care and workload in an ICU. **J Nurs UFPE online.**, Recife, v. 10, Suppl. 2, p. 903-907, Fev. 2016. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201627

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, Jun. 2015.

FONTELES, L. A. et al. A Estratégia do Programa Saúde da Família. **Rev. Psicol.** Fortaleza, Ano 5, n. 13, Fev. 2011.

FRIESE, S. Atlas.ti 8.0 qualitative data analysis. **Atlas.ti 7 User Guide and Reference**. Berlim: [s.n], 2015.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na ESF. **Divulg. saúdedebate**, Londrina, n. 45, p. 11-23, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Ministério das Cidades**. 2012. Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 10 set. 2015.

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

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Vol 1, T. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção os economistas).

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

PIRES et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. doi 10.1590/1518-8345.0992.2682.

_____. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 12, p. 373-379, 2010.

_____. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, p. 157-168, 2012.

RIBEIRO, D. T. et al. O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da Educação Permanente em Saúde. In: GOMES; BARBOSA; FERLA (Orgs.) **EPS e as Redes Colaborativas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 129-141.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Primary care: balancing health needs, services, and technology. Brasília; UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. 725 p.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo levantou aspectos importantes do trabalho dos enfermeiros da ESF, assim como possibilitou uma reflexão ampliada acerca do processo gerador de cargas de trabalho na ESF. Com base nas evidências empíricas encontradas, afirma-se a seguinte tese: Os enfermeiros da ESF estão submetidos a múltiplas cargas de trabalho, geradas, por um processo complexo que associa prescrições típicas de seu trabalho profissional, com as do modelo assistencial da Saúde da Família, e com o modo de trabalhar neste âmbito da assistência em saúde. O aumento das CT é fortemente influenciado pelas condições de trabalho, destacando-se a insuficiência na relação número de profissionais e demanda; desconhecimento das características inovadoras deste modelo pelas equipes, gestores e usuários; infraestrutura inadequada; e déficits em materiais e equipamentos para a realização do trabalho. Dialeticamente, o modo de trabalhar, quando promove relações e resultados assistenciais positivos, assim como a identificação com o modelo da ESF contribuem para reduzir as cargas.

A ESF, principal modelo de organização em saúde no âmbito da APS no Brasil, constitui-se em importante espaço de atuação para os enfermeiros e estes profissionais desempenham papel essencial na consolidação das premissas e ideais prescritos pela política que norteia as ações em saúde na Atenção Básica. Este estudo deu destaque ao trabalho do enfermeiro nas equipes de Saúde da Família e encontrou diversas potencialidades e desafios.

A pesquisa realizada com os enfermeiros aproximou-se do encontrado na literatura sobre o trabalho dos profissionais da ESF. Ambas evidenciam o predomínio de cargas psíquicas, seguidas das cargas fisiológicas e das mecânicas. Na literatura encontrou-se a identificação de importante relação das cargas de trabalho com o desgaste e o possível adoecimento no trabalho dos enfermeiros. Esta pesquisa não aprofundou o estudo acerca do adoecimento dos enfermeiros, mas a relação entre cargas e desgaste ficou claramente explicitada, em especial no que diz respeito ao desgaste psíquico e a interrelação entre os diferentes tipos de cargas para a produção de diversas formas de desgaste que podem levar ao adoecimento.

O predomínio das cargas de trabalho psíquicas, que ficaram evidenciadas nas angústias dos enfermeiros, especialmente em relação às condições precárias nos ambientes de trabalho, atrapalham, em muito,

o desenvolvimento das atividades com qualidade e segurança para profissionais e usuários. A presença destas cargas no cotidiano de trabalho dos enfermeiros na ESF materializa-se em alguns distúrbios fisiológicos, como a insônia, a ansiedade e o estresse.

Dentre os elementos que influenciam as cargas de trabalho dos enfermeiros, destacaram-se os que aumentam as cargas, e se configuram em falhas importantes na gestão do trabalho e dos recursos, pois envolvem déficits de infraestrutura e de recursos humanos e materiais. Desequilíbrio na relação força de trabalho e demanda, em especial pela quantidade e tipo de trabalho realizado. Envolve: ações assistenciais, educativas e do âmbito da gestão; necessidades assistenciais complexas; trabalho ampliado na perspectiva da integralidade, com indivíduos, famílias e coletividade, e realizado em diferentes contextos da vida em sociedade. Um trabalho desta natureza requer competências e condições que, na maioria das vezes, não existem. Associa-se a estes fatores a remuneração, muito aquém do que seria considerado ideal, o que contribui para a insatisfação e sentimento de desvalorização e de falta de reconhecimento pelo trabalho realizado.

Existem ainda elementos que, quando presentes, contribuem para reduzir as CT dos enfermeiros, com destaque para o efetivo trabalho em equipe; para o apoio institucional e de gestores; para o vínculo e o bom relacionamento interpessoal com os usuários facilitando o processo de trabalho; e, a resolutividade das ações acarretando em um sentimento de sentir-se útil e fazer um trabalho considerado essencial à vida. Estes fatores devem ser estimulados para que o trabalho na ESF tenha maior qualidade e seja melhor interpretado tanto pelos usuários quanto pelas lideranças políticas que consagram as leis vigentes no país. A busca pela valorização, e consequente melhoria das condições de trabalho existentes, contribui para reduzir as CT dos enfermeiros e melhorar os cuidados realizados.

O PMAQ-AB também se constituiu num elemento importante para essa análise, pois mesmo diante de muitas críticas e considerações, o programa teve influência considerável na melhoria dos processos de trabalho dos enfermeiros de todas as eSF participantes. O PMAQ-AB provocou aumento das CT dos enfermeiros, especialmente, no início de sua implementação, mas à medida que o programa foi sendo desenvolvido, as CT diminuíram, principalmente, pelo reconhecimento de que o mesmo contribui para a melhoria na organização e na gestão do trabalho.

Mesmo diante de tantas adversidades, este estudo revelou que o trabalho em equipe, o gostar do que faz, o apoio das equipes do NASF e o bom relacionamento com os usuários e colegas de trabalho, são importantes estimuladores para melhorar a satisfação no trabalho e diminuir as cargas de trabalho, especialmente as cargas psíquicas e fisiológicas. Dividir tarefas e discutir em conjunto acerca da melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos usuários ajuda a reduzir as CT dos enfermeiros.

Ressalta-se nesse estudo, a dialética presente nos elementos que podem aumentar ou diminuir as cargas de trabalho, e que, dependendo do momento e da forma como esses elementos se manifestam, como é o caso do vínculo com o usuário, o efeito pode ser negativo ou positivo.

O estudo foi delimitado a equipes de Saúde da Família, consideradas de referência para os gestores locais e que tiveram boa avaliação do PMAQ-AB 1º Ciclo em 2012, o que não permite a generalização dos resultados, em especial por se tratar de um país de grandes dimensões como o Brasil. Diferentes realidades podem ser encontradas em diferentes localidades e em equipes com avaliação inferior ou não avaliadas pelo PMAQ-AB.

Este estudo se configura em uma contribuição acerca das CT presentes no cotidiano dos enfermeiros que atuam na atenção básica no Brasil mas esses resultados precisam ser, sistematicamente, atualizados uma vez que as realidades são mutáveis e resultam tanto de condições macro estruturais quanto da atuação dos participantes. No entanto, os resultados encontrados podem ajudar formuladores de políticas públicas repensarem o processo de trabalho dos enfermeiros na ESF, com vistas a melhorar as condições de trabalho e garantir a qualidade dos cuidados aos usuários, sempre pensando nas prerrogativas da Atenção Básica à Saúde e do Sistema Único de Saúde.

Limitações da pesquisa

Este estudo não tem a perspectiva de generalização. Uma vez que sua delimitação esteve relacionada a uma amostra selecionada intencionalmente, incluindo equipes consideradas de referência (não incluindo outras equipes com outras realidades). No entanto os resultados são altamente significativos, uma vez que nos melhores cenários (amostra de equipes exitosas) encontrou-se problemas e aspectos geradores de aumento de cargas de trabalho que podem gerar consequências negativas e dificultar a viabilidade da proposta. Além

disso os resultados encontrados não são apenas das eSF estudadas, tem potencial explicativo da realidade vivida na Atenção Básica.

Limitações também podem ser encontradas em relação a dificuldade da pesquisadora deste estudo realizar uma análise mais aprofundada de toda realidade encontrada, por fazer parte da coleta de dados apenas em 2016, muitos dados foram obtidos do banco de dados das macropesquisas mencionadas. Houveram algumas dificuldades em analisar os contextos inseridos devido as várias interpretações locais de cada pesquisador envolvido. Além disso, as realidades observadas nem sempre mostram, em sua totalidade, os problemas existentes devido ao, considerado, curto tempo de permanência nos locais de pesquisa.

Potencialidades e recomendações

A principal potencialidade do estudo, diz respeito a importância de conhecer e estudar as cargas de trabalho para orientar as ações dos gestores e contribuir para melhorias nas condições de trabalho e, por consequência, nos cuidados prestados aos usuários. Como recomendações destaca-se:

- * Conhecer melhor a realidade, cenários de prática onde os profissionais enfermeiros atuam, e incentivar intervenções nas condições de trabalho existentes em cada realidade.

- * Incentivar a inclusão e aplicação normativas e leis de proteção e que efetivem a despreciação no trabalho dos profissionais na Estratégia Saúde da Família e que incluam a definição de jornada de trabalho e plano de cargas e salários mais coerentes e justos.

- * Utilizar o programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica como estímulo à busca de melhorias no processo de trabalho e na qualidade dos serviços.

- * Valorização do trabalho dos enfermeiros a partir do entendimento da importância do seu trabalho para a sociedade e para a saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPE, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ALMEIDA, J. L. S. **Violência contra enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família**: caracterização e implicações. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

ARANTES, M. Q. **Cuidado em saúde**: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Abr. 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Out. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTONCINI, J. H. **Entre o prescrito e o real**: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 157-173, 2011.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria dos métodos. Porto: Porto Editora, 1994, citado in LIMA, Paulo Gomes. Tendências paradigmáticas na pesquisa educacional. Campinas, SP: (s.n), 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 446/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012d.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] União**, 5 de outubro de 1988.

_____. **Departamento da Atenção Básica - DAB SUS**. 2016a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 06 ou. 2016.

_____. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. 2013a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php/>. Acesso em: 06 ou. 2016.

_____. **Lei n° 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. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 13 set. 2013.

_____. **Lei n. 8.112 de 11 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] União**, 19/04/1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 21 Set. 2016.

_____. **Lei n. 8.745** de 09 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 10/12/1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm>. Acesso em: 21 Set. 2016.

_____. **Lei n. 12.513**, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 27/10/2011. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12513.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. **Lei n.11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 01/07/2005. 2005..Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____._____. Departamento de Atenção Básica. **2ª Lista de Certificações do 2º Ciclo do PMAQ-AB**. 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/2_lista_certificac_ao_2_ciclo_pmaq.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____._____. Portal da Saúde. **Informações da Saúde (TABNET):** estabelecimentos de Saúde. 2016d. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equip>>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Portal da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2016b. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Portaria n. 692, de 29 de março de 1994. Dispõe sobre a oficialização do PSF. **Diário Oficial [da] União**, n. 060, 1994b.

_____. **Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. **Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 08 set. 2016.

_____. **Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2015c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. **Portaria MS/GM, n.º 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> . Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. **Diário Oficial [da] República Federativa**

do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em:
. Acesso em: 13 ago 2016.

_____. _____. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994a.

_____. _____. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB):** manual instrutivo. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. _____. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. [Internet] 1986. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acesso em: 17 set. 2015.

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

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Série Pactos pela Saúde, v.7, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ/Ministério da Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2012a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 29 out. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB):** manual instrutivo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. –

Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Resultados da Avaliação:** Número de equipes (profissionais de saúde), UBS e municípios avaliados. 2013a. Acesso em 05 de out. de 2016. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM>.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

_____._____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____._____._____. **Portaria de homologação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB é publicada.**2013. [Internet]. DAB notícias, 13 set. 2016. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2235>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____._____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo 2º Ciclo** (2013). Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Acesso em 09 out 2016. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>.

_____._____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo 3º Ciclo** (2015-2016). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Acesso em 10 out 2016. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>.

_____. _____. **Portal do gestor da Atenção Básica.** 2013d. Acesso em 10 out 2016. Disponível em <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>>.

_____. _____. **Nos últimos 4 anos, Saúde destinou R\$ 5 bilhões para reforma e ampliação de 26 mil UBS.** Notícias. 2015d. Acesso em 10 out 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1986>.

_____. _____. **Programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde.** 2013f. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. _____. **Microdados da avaliação externa.** 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados>.

Acesso em: 06 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional.** 2016e. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 08 out. 2016.

CARGNIN, M. C. S. et al. Technology in nursing care and workload in an ICU. **J Nurs UFPE online.**, Recife, v. 10, Suppl. 2, p. 903-907, Fev. 2016. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201627

CEZAR-VAZ, M. R. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. **Rev.Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 06, n. 17, p. 961-967, dez. 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Vozes, 2014.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei 7498/86. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: <www.portalcofen.br>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Perfil pesquisa da enfermagem no Brasil.** [Internet] 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 13 set. 2016.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CUNHA, G. T. et al. **Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica:** um estudo qualitativo. In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Universidade Estadual de Campinas: Belo Horizonte, 2013.

DAVID, H. M. S. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DUARTE, R. **Educar.** Curitiba: UFPR, 2004, n. 24, p. 213-225.

EASTERBY-SMITH, M. et al. **A pesquisa gerencial em administração:** um guia para monografias, dissertações, pesquisas internas e trabalhos em consultoria. São Paulo: Pioneira, 1999.

FELLI, V. E. A. et al. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe 2, p. 98-105, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800098&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Ago. 2016.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015.

FERNANDES, J. S. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, Jun. 2015.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTELES, L. A. et al. A Estratégia do Programa Saúde da Família. **Rev. Psicol.** Fortaleza, Ano 5, n. 13, Fev. 2011.

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FORTE, E. C. N.; MEDEIROS, F.; PIRES, D. E. P. **Protocolo de revisão integrativa de literatura sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros/as da Atenção Primária à Saúde**. Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

FRANCISCHINI, A. N.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa de saúde da família. **Rev Investigação**. Franca, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, 2008.

FRANCO, K. J. S. M.; CARMO, A. C. F. B.; MEDEIROS, J. L. Pesquisa qualitativa em educação: breves considerações acerca da metodologia materialismo histórico e dialético. **Revista Sapiência: sociedade, saberes e práticas educacionais**, Iporá, v. 2, n. 2, p.91-103, jul./dez. 2013.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: UNESP, 2009.

FREITAS, A. C. S. R. V. **Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em Unidades Básicas de Saúde da família**.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

FRIESE, S. Atlas.ti 8.0 qualitative data analysis. **Atlas.ti 7 User Guide and Reference**. Berlim: [s.n], 2015.

FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Rev. bras. med. trab.** São Paulo, v. 3, n. 1, 29-36, 2005.

GALENDI JÚNIOR, G.; TRISTÃO, J. A. M., PAULA, R. A. C. O Programa Saúde da Família: uma avaliação do desempenho no município de Botucatu. **Revista Pesquisa em Debate**, edição especial, 2009.

GANONG, L. Revisão integrativa na pesquisa de enfermagem. **Res. Nursing Health**, v. 10, n.1, p. 1-11, 1987.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>.
Acesso em: 02 out. 2016.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na ESF. **Divulg. saúde debate**, Londrina, n. 45, p. 11-23, 2010.

GOOGLE EARTH-MAPAS. <http://mapas.google.com>. Consulta realizada em 09 set.2015.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, Mar. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Set. 2016.

HENRIQUE, F; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, supl.1, Rio de Janeiro, set./out. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Ministério das Cidades**. 2012. Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Ministério das Cidades**. 2016. Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

_____. **Censo Demográfico**. 2016. Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 21 set. 2016.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 14, n. 01, p. 28-38, 2011.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **ColombMed**, Cali, v. 42, supl.1, p.113-119, 2011.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F.L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto & contexto enferm.** Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LEVINE, D. M. et al. **Estatística: teoria e aplicações**. 5. ed. Rio de Janeiro: TLC, 2008.

LIMA E. F. A. et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 9405, 2016. doi10.12957/reuerj.2016.9405.

LIMA, S. A. V. et al. Factorsthatinfluenceaccess to primarycare in theperspective of professionals and users of a healthservicesnetwork in Recife-PE, Brazil. **Physis (Rio J.)** Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

LOPES, J. **O fazer do trabalho científico em ciências sociais aplicadas**. Recife: Ed. Universitário da UFPE, 2006.

MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.26, n. 1, p. 63-70, 2013.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Vol 1, T. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção os economistas).

_____. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MARX, K.; ENGELS, F. **Teses contra Feuerbach**. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

MASSUKADO-NAKATANI, M. S. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo: Amostragem**. 2009. Disponível em: <<http://www.turismo.ufpr.br/drupal5/files/Aula%2022%20-%20Amostragem.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 15, n. (espec.), p.1521-1531, 2010.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. gaúcha enferm.** Porto Alegre, v.34, n. 4, p. 61-67, 2013.

MELO, T. A. P. et al. Cargas de trabalho de gestores de unidades básicas de saúde. [Dissertação mestrado] - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Brasília: OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MININEL, V. A. et al. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76052>>. Acesso em: 27 out. 2016.

MORENO, C. A. et al. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma Revisão das Normas e Práticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 3, p. 233-240, 2016.

MOURA, F. J. M. **O mundo do trabalho da enfermeira no programa saúde da família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

NERY, A. A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 397-402, 2011.

OLIVEIRA, M. M. et al. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **J. nurs. health**, v. 1, n. 1, p. 184-189, 2011.

PADILHA, M. I. **Enfermagem: história de um profissão.** São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 454-462, 2014.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.327-340, abr./jun. 2013.

PIMENTEL, F. C.; DE ALBUQUERQUE, P. C.; DE SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES), Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. Disponível em <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__2_RSDv39n104.pdf#page=90> Acesso em 27 out. 2016.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, 2009.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. doi 10.1590/1518-8345.0992.2682.

_____. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, p. 114-118, 2010.

_____. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. doi 10.1590/1518-8345.0992.2682.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 699p.

REIS, V. M. **O trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem UERJ, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, D. T. et al. O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da Educação Permanente em Saúde. In: GOMES; BARBOSA; FERLA (Orgs.) **EPS e as Redes Colaborativas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 129-141.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 71-79, abr./jun. 2012.

ROCHA, J. B. B. **O trabalho da enfermeira no programa saúde da família em Floriano (PI)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem

Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 3, n. 46, p. 641-649, 2012.

RODRIGUES, H. C. et al. Percepções dos presidentes de associações comunitárias acerca da estratégia saúde da família. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. especial, p. 560, 2014.

RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. L. Estratégia Saúde da Família: desafios para sua consolidação em Uberlândia. **Hygeia**, Uberlândia, v. 11, n. 20, p. 153- 166, 2015.

ROSARIO, C. A. R. et al. Avaliação do estresse entre enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG. **Renome**, Montes Claros, v. 4, n. 1, p. 03-14, 2015. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/92/93>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTANA, F.R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, v.15, p. 422-429,2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a15.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTANA, J. S. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: atuação da equipe junto à Estratégia Saúde da Família. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2362-2371, abr./jun. 2015. doi 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2362-2371.

SANTANA, L. L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/artic/e/view/30775/24506>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SANTOS, A. F. et al. **Novas modalidades de gestão “público e privada” na atenção básica no Brasil: uma análise a partir do PMAQ.** Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2013.

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

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SORATTO, J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Campinas: Saberes, 2014. p. 521-571.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 2405-2414, nov. 2012.

SILVA, A. B. F. **A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 784-788, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024/4329>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SILVEIRA, M. R. D.; SENA, R. R. D.; OLIVEIRA, S. R. D. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011.

SIQUEIRA, G. F. F. et al. Trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v. 11, n. 2, p. 72-85, Set. 2013.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014.

SOUZA, M. G. et al. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, jul./set. 2013. doi 10.1590/S0104-07072013000300025.

SOUZA, M. L. et al. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

SPAGNUOLO, R. S. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, 226-234, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Primary care: balancing health needs, services, and technology. Fonte: Brasília; UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. 725 p.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; PAIVA, M. S. Análise dos dados em pesquisa qualitativa: um olhar para a proposta de Morse e Field. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 125-134, jul./set. 2008.

TRINDADE, L. L. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

TRINDADE, L. L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, Mar. 2014a.

_____. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 528-535, set. 2014b.

TRINDADE, L. L.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. **Enfermeria Global**. Murcia, v. 29, p. 373-392, 2013.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**”. 5. ed. 18. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, 2014.

_____. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig. enferm.** Bogotá, v. 17, n. 1, p. 13-25, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Washington: Opas, 2007.

XAVIER-GOMES, L. M.; BARBOSA, T. L. A. Trabalho das enfermeiras-gerentes e a sua formação profissional. **TrabEduc Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 449-459, 2012.

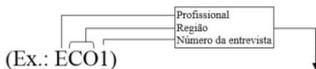
APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM ENFERMEIROS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO

1. Identificação/codiname: _____



CODIFICAÇÃO:

Profissional: E (enfermeiro) Te (tec. enf.), Δe (aux. enf.), M (médico) D (dentista), Tsb (técnico em saúde bucal), Δsb (auxiliar em saúde bucal), Fa (farmacêutico), P (psicólogo).

Região: S (Sul); CO (Centro-oeste); N (Norte), NE (Nordeste), SE (Sudeste).

Número da entrevista: 1, 2 e assim sucessivamente.

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Idade

< 20

20 a 40

41 a 50

51 a 60

> 60

4. Qual equipe você atua ESF?

5. Escolaridade

Ensino médio

Ensino técnico

Graduação

Esp./ Residência

Mestrado

Doutorado

_____)

Outro.

Qual? _____

6. Tempo de experiência profissional

1 a 5 anos

> de 5 anos

Tempo de experiência na ESF

1 a 5 anos

> de 5 anos

7. Tipo de contrato

Efetivo/contrato formal na Secretaria de Saúde do Município, ou contrato formal com o Estado e cedido para o município(inclui concursado, trab. com carreira assinada, CLT, estatutário);

Outras formas de contratação/não efetivo (tempo determinado ou outra modalidade de flexibilização, trabalho terceirizado, contrato por fundações, por plantão ou outro).Especificar o tipo: _____

() Contrato não definido/não informado.

8. Jornada de trabalho

Jornada de trabalho da ESF (número de horas contratadas semanais): ___

Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo). ___

Horas diárias trabalhadas no/s outro/os emprego/os: _____

Jornada semanal total: _____

Parte II – ENTREVISTA

Cargas de Trabalho: mediação da relação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador. Cargas físicas (ruído, calor), químicas (pó, fumaça), biológicas (fungos, bactérias) e mecânicas (força/elementos)

9. Motivação para trabalhar na ESF

(Por que você está trabalhando na ESF?).

10. Pense sobre o seu trabalho cotidiano, os aspectos positivos do seu trabalho na ESF e relacione/descreva os aspectos/fatores pelos quais o trabalho nesse modelo assistencial (ESF) tem contribuído para reduzir as suas cargas de trabalho, contribuindo para a realização de um trabalho com menos riscos à sua saúde, mais seguro e mais satisfatório/prazeroso? Pense no ritmo de trabalho, nas atividades cotidianas (número e diversidade - dentro e fora da UBS incluindo ações curativas, preventivas e de promoção da saúde com indivíduos e grupos).

11. Pense sobre o seu trabalho cotidiano, os aspectos negativos no seu trabalho ESF e relacione/descreva os aspectos/fatores pelos quais o trabalho nesse modelo assistencial (ESF) tem contribuído para aumentar as cargas de trabalho, tornando-o mais inseguro, com riscos à sua saúde (doença, acidente de trabalho), e gerando insatisfação no trabalho. Pense no ritmo de trabalho, nas atividades cotidianas (número e diversidade - dentro e fora da UBS incluindo ações curativas, preventivas e de promoção da saúde com indivíduos e grupos).

12. Pense no seu trabalho diário e considere os aspectos positivos e negativos que contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho, e também para a sua satisfação ou insatisfação no trabalho, relacionados a:

a) Forma que o trabalho é organizado.

b) Composição da equipe, divisão do trabalho na equipe e na sua categoria profissional. Agentes Comunitários de Saúde em número suficiente ou não.

c) Relações de trabalho, na sua categoria profissional, com os demais profissionais de saúde, com os ACS, com os demais setores/serviços da instituição, do SUS e da comunidade (repcionistas/escriturários, acesso a média e alta complexidade, Conselho Local de Saúde), com os trabalhadores que recebem assistência de saúde, com os gestores/chefias/direção da UBS ou Secretaria Municipal de Saúde.

d) Relações com os usuários e familiares.

e) Condições de trabalho e direitos trabalhistas (salário, regime de trabalho, duração da jornada de trabalho, tipo de contratação, garantia no emprego, dentre outras).

- Aspectos que contribuem para diminuir as cargas de trabalho:

- Motivos de satisfação no trabalho:.....

- Aspectos que contribuem para aumentar as cargas de trabalho:

- Motivos de insatisfação no trabalho:

13. O trabalho no modelo assistencial da ESF tem causado dano(s) a sua saúde (doença, acidente) ou à saúde de algum colega que você conhece? Explique a relação entre carga de trabalho e adoecimento e/ou influência do adoecimento na sua satisfação ou insatisfação no trabalho:

14. Cite:

a) Três principais motivos que aumentam as cargas.

Primeiro motivo:_____

Segundo motivo:_____

Terceiro motivo:_____

b) Três principais motivos que diminuem as cargas.

Primeiro motivo:_____

Segundo motivo:_____

Terceiro motivo:_____

15. Cite:

a) Três principais motivos de satisfação no trabalho.

Primeiro motivo:_____

Segundo motivo:_____

Terceiro motivo:_____

b) Três principais motivos de insatisfação no trabalho.

Primeiro motivo: _____

Segundo motivo: _____

Terceiro motivo: _____

16. De que maneira você lida com as cargas de trabalho no ambiente de trabalho e fora dele?

17. Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

18. Você já participou de alguma avaliação do PMAQ-AB? Sobre a implantação e avaliação do PMAQ-AB, você diria que ele aumentou/aumenta ou reduziu/reduz (ou não influenciou/influencia) nas cargas de trabalho do enfermeiro? (deixar que discorra sobre a influência de PMAQ-AB nas CT diárias na ESF).

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ESTUDO DOCUMENTAL E OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ESTUDO DOCUMENTAL

Questionar um profissional de cada categoria sobre os documentos que fazem parte da sua rotina diária de trabalho (um de cada profissão e geral da UBS). Listar documentos de uso cotidiano da UBS:

DOCUMENTOS A SEREM PROCURADOS (verificar se existem – registrar informações relevantes e qualidade das informações disponíveis nos documentos encontrados):

- Planejamento das equipes ()
- Relatórios(de atividades da UBS e outros)()
- Ficha de controle de procedimentos ()
- Agenda de atividades da equipe – se existe e como fazem/utilizam ()
- Ata de registro de reuniões ()
- Se houver documento para escala de férias/folgas ()
- Há prontuário eletrônico? SIM () NÃO ()
- Existem outras tecnologias utilizadas na assistência e na gestão?
NÃO () SIM () Sem sim, quais? _____

Outros: _____

BUSCAR JUNTO AO GESTOR:

- Se há plano de cargos e salários ()
- Documento de avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes ()
- Planejamento da UBS ()
- Relatório anual de atividades ()
- Registro de doenças e acidentes de trabalho dos profissionais das equipes ()
- Outros: _____

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Acompanhar a rotina geral das equipes e dos gestores e anotar em um diário de campo. A observação das atividades de rotina deve ser feita com foco:

- No processo de trabalho (a atividade em si; os instrumentos de trabalho utilizados; como o trabalho é realizado, como é dividido na

equipe de saúde e dentro de cada profissão, o que faz o gestor...);

- No fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada) e serviços ofertados pela unidade;
- Nas relações interpessoais (profissionais x profissionais; profissionais x usuários; profissionais x gestores; usuários x gestores);
- Nas atividades diárias de cada um dos profissionais e do gestor;
- Nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);
- Na presença das cargas físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas, biológicas e psíquicas.

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA CONTEXTUALIZAÇÃO DAS REGIÕES

1. O CONTEXTO POLÍTICO, INSTITUCIONAL, SOCIAL E A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

- Definir o município (1 ou 2 parágrafos) *somente se possui mais que uma ESF* para não oportunizar identificação.
- Data de fundação
- Área
- População
- Economia
- Um pouco do histórico da ABS no município
- Ano da implantação da ESF (se possível elencar dificuldades e facilidades)
- Se existe sistema informatizado
- A jornada de trabalho dos profissionais (carga horaria e horário de funcionamento das ESF)
- Forma de contratação de profissionais e gestores
- Se há ou não alguma forma de avaliação e acompanhamento das equipes
- Número de Unidades (UBS) no município (se possível número de distritos etc)
- Número de ESF no município (% cobertura)
- E por fim, citar a quantidades de Unidades que serão estudadas bem como o número de equipes

2.ESF (falar um pouco sobre a ESF)

- Localização da Unidade (próximo a escola, possui muro em sua frente etc)
- Mencionar condicionantes sociais do bairro
- Número de pessoas do bairro
- Citar aspectos sociais importantes (existência de escolas, creches, situações de violência, etc)

2. ESTRUTURA FÍSICA, INSTRUMENTOS DE TRABALHO, E PROCESSO DE TRABALHO DA ESF

- Como é a estrutura externa e as subdivisões internas (estrutura física, iluminação, ventilação, pisos, estado dos materiais de trabalho como mobília, se possui identificação os setores etc)
- Instrumentos de trabalho (são suficientes etc)

Aspectos estruturais presentes e ausentes da ESF X

Sector	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência		
	ACS		
	Almoxarifado		
	Arquivos e registros		
	Farmácia		
	Recepção		
	Reuniões		
Clínico	Coleta		
	Compressor e bomba		
	Consultório médico/enfermagem		
	Consultório odontológico		
	Curativo		
	Escovatório		
	Nebulização		

	Procedimentos		
	Vacinas		
Apoio	Banheiro para profissionais		
	Banheiro para usuários deficientes		
	Banheiro para usuários por sexo		
	Central de material e esterilização		
	Copa/cozinha		
	Depósito de lixo		
	Depósito de material de limpeza		
	Resíduos sólidos [expurgo]		

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ESF X

- Território de atuação (número de pessoas assistidas) versus número de profissionais
- Como se dá o processo de trabalho (integral, fragmentado, por áreas de atuação etc);
- Se existe agenda de trabalho da equipe
- Se existe e quais são as atividades educativas
- Se existe acompanhamento e avaliação das ações em saúde

Características do processo de trabalho da ESF

Aspectos contemplados	Sim	Não
Definição de território de atuação da equipe		
Definição da população sob responsabilidade		
Programação das atividades de atenção à saúde [agenda de trabalho]		
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos		
Realização de acolhimento e escuta dos usuários		
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento]		

Realização de atenção à saúde na Unidade		
Realização de atenção à saúde no domicílio e em outros locais		
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas		
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF]		
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local]		
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe]		
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores]		
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde]		

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Meu nome é Denise Pires e coordeno a pesquisa “*Inovação tecnológica não material em saúde: cargas de trabalho e satisfação*” que tem como **objetivo** analisar de que modo o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) influencia a satisfação e as cargas de trabalho de gestores e profissionais de saúde que compõe as equipes.

Esta pesquisa se **justifica** pela compreensão de que os gestores e profissionais de saúde que atuam na ESF enfrentam o desafio de implementar um novo modelo assistencial mais complexo que o tradicional. Um modelo que prevê um olhar ampliado para a saúde, e para o indivíduo que necessita atendimento das equipes. Um modelo que prevê vínculo com os usuários dos serviços e controle social. Um modelo deste tipo apresenta grandes desafios e demandas que interferem na satisfação e nas cargas de trabalho dos profissionais e de gestores responsáveis por sua implementação.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que utilizará três instrumentos para a coleta de dados: estudo documental, entrevistas semiestruturadas e observação. No estudo **documental** serão examinados os documentos disponíveis sobre: o funcionamento do trabalho na ESF; as normas e rotinas das equipes; a política salarial e de benefícios; composição das equipes; divisão do trabalho e formas de organização e gestão do trabalho; registro de acidentes/doenças relacionadas ao trabalho das equipes e trabalho do gestor; normas de proteção à saúde dos trabalhadores e procedimentos em casos de doenças ou acidentes. **As entrevistas semiestruturadas** serão realizadas com os profissionais de saúde e gestores buscando identificar/caracterizar: a) as informações relativas ao trabalho das equipes e dos gestores da ESF; b) a composição das equipes e caracterização das práticas assistenciais dirigidas aos usuários; c) a organização e divisão do trabalho nas equipes; d) caracterização do modelo assistencial da ESF e de sua influência na satisfação e nas cargas de trabalho de profissionais de saúde e gestores. **A observação** dar-se-á pelo acompanhamento das atividades desenvolvidas em, no mínimo, um dia de trabalho e os dados serão registrados em diário de campo.

Os riscos durante a coleta das informações por meio da entrevista e da observação são mínimos, e se caracterizam por alguns aspectos desconfortáveis, como: incômodo com o tempo a ser dispensado na entrevista ou com a gravação de sua voz; alterações comportamentais provindas da reflexão sobre seu processo de trabalho e da observação de suas atividades de trabalho. Diante de quaisquer situações que lhe causem desconfortos relacionados à pesquisa, a coleta de dados poderá ser interrompida. Danos materiais não são previstos, todavia, caso sejam confirmados, todo o apoio necessário lhe será concedido pelo pesquisador de acordo com a legislação.

Como participante da pesquisa, em curto prazo, você não possui benefícios. Entretanto, em longo prazo, o estudo instiga a reflexão sobre o processo de trabalho no âmbito na Estratégia Saúde da Família, trazendo apontamentos para possibilidades de mudanças negativas no ambiente no trabalho, ao reconheceras cargas de trabalho para subsidiar futuras propostas de alterações na organização do trabalho, para aumentar a satisfação dos profissionais em atuar nesse modelo.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação voluntária nesta pesquisa. Se houver alguma dúvida em relação ao estudo ou se você sentir algum desconforto, que a pesquisa pode lhe causar algum dano antes ou durante seu desenvolvimento, você poderá entrar em contato comigo pessoalmente ou por telefone (048) 9961-1569 ou (048) 3207-8220. Você também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma. Se você concordar em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que o seu nome não será utilizado em nenhum momento. As informações coletadas serão utilizadas em publicações como livros, periódicos científicos e divulgadas em eventos científicos. A sua participação poderá contribuir para a melhoria do trabalho na Atenção Básica.

A pesquisa não envolve experimentos, nem qualquer intervenção no cenário institucional e serão tomados todos os cuidados para não expor os participantes a riscos, assim como, não oferecer despesas. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Universidade do Estado de SC, CAAE 43683115.9.3001.0121. Será considerado o respeito aos participantes e a instituição participante em todo processo investigativo. Serão

respeitadas as condições de:

- Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- Garantia de ressarcimento de quaisquer despesas tidas pelos participantes da pesquisa decorrentes de sua participação na mesma, assim como de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- Garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O TCLE foi elaborado em duas vias, as quais deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estarem na mesma folha.
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.
- Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos, sem haver penalização.
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.
- Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, na UFSC. Somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos mesmos.

Ao final da leitura deste, o mesmo lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas que julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já agradeço a sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao impacto das novas tecnologias nas cargas de trabalho e satisfação de profissionais de saúde e de gestores da ESF.

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires (Coordenadora da Pesquisa)
Endereço Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Programa de Pós Graduação Em Enfermagem. Campus Universitário – Trindade- CEP: 88040-970 - Florianópolis, SC – Brasil. Telefone: (48) 3721-9480/Fax: (48) 37219787- e-mail: piresdp@yahoo.com. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UDESC: Av Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, Florianópolis-SC.

Consentimento Pós-informação

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “*Inovação tecnológica não material em saúde: cargas de trabalho e satisfação*”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Florianópolis, ____ de _____ de 201__

Assinatura: _____

RG: _____

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires (Coordenadora da Pesquisa)
Endereço Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Programa de
Pós Graduação Em Enfermagem. Campus Universitário – Trindade- CEP:
88040-970 - Florianópolis, SC – Brasil. Telefone: (48) 3721-9480/Fax: (48)

APÊNDICE E –PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p> <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p>UFSC</p> <p>CCS</p> <p>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS</p> <p>UFSC</p> <p>PROFESSORA ASSOCIADA</p>
<p align="center">PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</p>
<p>I. RECURSOS HUMANOS</p> <p>Ddo. Daiane Biff¹ (pesquisador responsável), Francele² (pesquisador colaborador), Jonas Sami (pesquisador colaborador)³, Prof^a. Dra. Denise Elvira Pires de Pires⁴(pesquisador orientador)</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Avaliação do protocolo: 4 - Coleta de dados: 1 e 2 (seguiu os critérios previstos no protocolo e foi realizada na modalidade duplo-cego) - Seleção dos estudos e checagem dos dados coletados: 1 e 2 - Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo proposto: 1, 2, 3 e 4 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2, 3 e 4 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 4 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2 <p>* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I.</p>
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO</p> <p>Prof^a. Dra. Denise Elvira Pires de Pires - Enfermeira e Professora na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.</p>
<p>IV. PERGUNTA</p> <p>O que diz a literatura sobre cargas de trabalho dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no Brasil?</p>
<p>V. OBJETIVO</p> <p>Analisar o que está sendo publicado na literatura sobre cargas de</p>

trabalho dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família no Brasil identificando elementos geradores e relacionando-os aos tipos de cargas.

VI. DESENHO DO ESTUDO

Pesquisa exploratório-descritiva, em bases documentais, de natureza qualitativa, em que será utilizado com dois colaboradores independentes, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987; Wittemore, 2005). As etapas serão conduzidas a partir:

Escolha da pergunta de pesquisa.

Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Seleção da amostra.

Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Word.

Análise dos resultados, identificando semelhanças, diferenças e conflitos.

Discussão e análise dos resultados.

Apresentação do estudo em forma de artigo científico.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

a) Trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos (artigos originais).

b) Teses e dissertações.

c) Estudos que continham as palavras chaves (descritores) e termos listados neste protocolo, no resumo e/ou no título e publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de 2004 a 2014, na forma completa pelo acesso via Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

d) Trabalhos cujo objetivo geral e/ou específicos refere-se explicitamente ao objeto de estudo.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

a) Publicações na forma de cartas, resenhas e editoriais.

b) Publicações do tipo: livros, capítulos de livros, boletins informativos, documentos oficiais.

c) Estudos que não estão disponibilizados online na íntegra para análise.

d) Estudos fora do período de interesse.

e) Estudos duplicados.

f) Estudos fora do tema.

g) Estudos publicados em outros idiomas que não estão citados acima.

h) Estudos de revisão sistematizada, relatos de experiências, ensaios e reflexões teóricas.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

Foram utilizados os seguintes termos de busca conforme definido no DeCs

Enfermagem “Nursing” “Enfermería”

Estratégia Saúde da Família “Family Health Strategy” “Estrategia de Salud Familiar”

Condições de Trabalho “WorkingConditions” “Condiciones de Trabajo”

Carga de Trabalho “Workload” “Carga de Trabajo”

Satisfação no emprego “JobSatisfaction” “Satisfacción en el Trabajo”

Saúde do Trabalhador “Occupational Health” “Salud Laboral”

Gestão de recursos “Resources Management” “Gestión de Recursos”

Administração de Serviços de Saúde “Health Services Administration”

“Administración de los Servicios de Salud”

Gerência “Management” “Gerencia”

Foram utilizados os seguintes termos baseados no formulário MESH

Nursing “Enfermagem”

Nurse “Enfermeiro/a”

Nurses “Enfermeiros/as”

Family Health “Saúde da Família”

Workload “Carga de Trabalho”

JobSatisfaction “Satisfação no Trabalho”

Occupational Health “Saúde do Trabalhador”

Health Services Administration “Administração dos Serviços de Saúde”

Organization&administration “Organização e Administração”

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS

PUBMED

Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida que foi desenvolvida pelo U.S. National Institutes of Health (NIH) e administrada pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI). De acesso público, indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina

veterinária e saúde pública.

LILACS

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é uma base de dados Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde. Em termos gerais, abrange toda a literatura relativa as ciências da saúde, produzida por autores latino-americanos e publicado nos países da região a partir de 1982. São analisados e processados documentos, tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, publicações governamentais e artigos extraídos da análise corrente de aproximadamente 400 títulos de periódicos na área.

SCIELO

A Coleção SciELO Brasil indexa e disponibiliza online em acesso aberto textos completos dos periódicos científicos brasileiros de todas as áreas do conhecimento que publicam predominantemente artigos inéditos resultantes de pesquisa científica original e que utilizam o procedimento de avaliação por pares do conteúdo e relevância dos artigos. Os textos dos periódicos podem estar escritos nos idiomas português, espanhol e inglês. O SciELO busca aumentar de modo sistemático e sustentável a visibilidade, acessibilidade, qualidade, credibilidade, uso e impacto nacional e internacional da publicação científica dos países em desenvolvimento, por meio da publicação integrada na Web de coleções nacionais, regionais, globais ou temáticas de periódicos científicos.

BANCO DE TESES CAPES

O objetivo do Banco de Teses da Capes é oferecer informações a respeito dos trabalhos e pesquisas que são desenvolvidos junto aos programas de pós-graduação brasileiros, assim, oferece acesso a informações de referência e resumo destes, o que não prejudica o ineditismo do material, tampouco ameaça o direito autoral do autor. O acesso ao texto completo só é colocado à disposição com a autorização prévia do autor. O Banco de Teses e Dissertações pode ser acessado por toda a comunidade científica. Não há necessidade de cadastro. Por ser uma base referencial, o Banco de Teses permite a consulta apenas a resumos de teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação do país. No entanto, alguns autores indicam o endereço para acesso ao texto completo. Essa informação pode ser incluída pelo autor

do trabalho mediante identificação no Banco de Teses. Para atender a Portaria da CAPES nº 13, de 15 de fevereiro de 2006, algumas universidades dispõem de repositórios institucionais próprios, onde é possível localizar referências e textos completos de teses e dissertações.

Proposta de Cruzamento:

PUBMED

“nursing”

Results 82084

Full texts available 39433

“nursing” and “family health”

Results 36297

Full texts available 17027

“nurse”

Results 85183

Full texts available 42213

“nurse” and “family health”

Results 40298

Full texts available 19456

“nurses”

Results 58284

Full texts available 29814

“nurses” and “family health”

Results 28798

Full texts available 14487

“nurse” and “family health” and “workload”

Results 2814

Full texts available 1750

“nurse” and “family health” and “job satisfacion”

Results 2743

Full texts available 1539

“nurse” and “family health” and “occupational health”

Results 5831

Full texts available 3287

“nurse” and “family health” and “Health Services Administration”

Results 17432

Full texts available 7486

“nurse” and “family health” and “Organization & administration”

Results 11299

Full texts available 5070

“nursing” and “family health” and “workload”

Results 2814

Full texts available 1750

“nursing” and “family health” and “job satisfaction”

Results 2283

Full texts available 1274

“nursing” and “family health” and “occupational health”

Results 4993

Full texts available 2732

“nursing” and “family health” and “Health Services Administration”

Results 5576

Full texts available

“nursing” and “family health” and “Organization & administration”

Results 9433

Full texts available 4643

LILACS

“nursing”

Results 27493

Full texts available 27493

“nursing” and “family health”

Results 492

Full texts available 492

“nurse”

Results 4531

Full texts available 4531

“nurse” and “family health”

Results 92

Full texts available 92

“nurses”

Results 7597

Full texts available 7597

“nurses” and “family health”

Results 188

Full texts available 188

“nurse” and “family health” and “workload”

Results 0

Full texts available 0

“nurse” and “family health” and “job satisfacion”

Results 0

Full texts available 0

“nurse” and “family health” and “occupational health”

Results 01

Full texts available 01

“nurse” and “family health” and “Health Services Administration”

Results 01

Full texts available 01

“nurse” and “family health” and “Organization & administration”

Results 0

Full texts available 0

“nursing” and “family health” and “workload”

Results 01

Full texts available 01

“nursing” and “family health” and “job satisfacion”

Results 0

Full texts available 0

“nursing” and “family health” and “occupational health”

Results 04

Full texts available 04

“nursing” and “family health” and “Health Services Administration”

Results 01

Full texts available 01

“nursing” and “family health” and “Organization & administration”

Results 0

Full texts available 0

“Enfermagem”

Resultado 26941

Textos completos disponíveis 26941

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família”

Resultado 192

Textos completos disponíveis 192

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “condições de trabalho”

Resultado 0

Textos completos disponíveis 0

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “carga de trabalho”

Resultado 02

Textos completos disponíveis 02

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “saúde do trabalhador”

Resultado 06

Textos completos disponíveis 05

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “gestão de recursos”

Resultado 0

Textos completos disponíveis 0

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “administração de Serviços de Saúde”

Resultado 02

Textos completos disponíveis 02

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “gerência”

Resultado 06

Textos completos disponíveis 05

“Enfermería”

Resultado 26398

Textos completos disponíveis 26398

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar”

Resultado 152

Textos completos disponíveis 152

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Condiciones de Trabajo”

Resultado 0

Textos completos disponíveis 0

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Carga de Trabajo”

Resultado 01

Textos completos disponíveis 01

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Satisfacción en el Trabajo”

Resultado 0

Textos completos disponíveis 0

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Salud Laboral”

Resultado 05

Textos completos disponíveis 04

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Gestión de Recursos”

Resultado 0

Textos completos disponíveis 0

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Administración de los Servicios de Salud”

Resultado 01

Textos completos disponíveis 01

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Gerencia”

Resultado 05

Textos completos disponíveis 04

SCIELO

“nursing”

Results 15512

Full texts available 15512

“nursing” and “family health”

Results 1393

Full texts available 1393

“nurse”

Results 1852

Full texts available 1852

“nurse” and “family health”

Results 213

Full texts available 213

“nurses”

Results 3913

Full texts available 3913

“nurses” and “family health”

Results 462

Full texts available 462

“nurse” and “family health” and “workload”

Results 01

Full texts available 01

“nurse” and “family health” and “job satisfacion”

Results 00

Full texts available 00

“nurse” and “family health” and “occupational health”

Results 41

Full texts available 41

“nurse” and “family health” and “Health Services Administration”

Results 00

Full texts available 00

“nurse” and “family health” and “Organization & administration”

Results 00

Full texts available 00

“nursing” and “family health” and “workload”

Results 05

Full texts available 05

“nursing” and “family health” and “job satisfacion”

Results 00

Full texts available 00

“nursing” and “family health” and “occupational health”

Results 97

Full texts available 97

“nursing” and “family health” and “Health Services Administration”

Results 04

Full texts available 04

“nursing” and “family health” and “Organization & administration”

Results 01

Full texts available 01

“Enfermagem”

Resultado 5799

Textos completos disponíveis 5799

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família”

Resultado 78

Textos completos disponíveis 78

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “condições de trabalho”

Resultado 3

Textos completos disponíveis 3

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “carga de trabalho”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “saúde do trabalhador”

Resultado 01

Textos completos disponíveis 01

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “gestão de recursos”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “administração de Serviços de Saúde”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “gerência”

Resultado 04

Textos completos disponíveis 04

“Enfermería”

Resultado 6893

Textos completos disponíveis 6893

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar”

Resultado 17

Textos completos disponíveis 17

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Condiciones de

Trabajo”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Carga de Trabajo”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e
“Satisfacción en el Trabajo”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Salud Laboral”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Gestión de Recursos”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Administración de
los Servicios de Salud”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

“Enfermería” e “Estrategia de Salud Familiar” e “Gerencia”

Resultado 00

Textos completos disponíveis 00

BANCO DE TESES DA CAPES

“Enfermagem”

Resultado 2510

Textos completos disponíveis 2510

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família”

Resultado 240

Textos completos disponíveis 240

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “condições de

trabalho”

Resultado 23

Textos completos disponíveis 23

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “carga de trabalho”

Resultado 6

Textos completos disponíveis 6

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “saúde do trabalhador”

Resultado 12

Textos completos disponíveis 12

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “gestão de recursos”

Resultado 23

Textos completos disponíveis 23

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “administração de Serviços de Saúde”

Resultado 4

Textos completos disponíveis 4

“enfermagem” e “Estratégia Saúde da Família” e “gerência”

Resultado 5

Textos completos disponíveis 5

X. COLETA DOS DADOS

A busca das publicações foi realizada com o acesso nas bases de dados supracitadas, pelo pesquisador responsável e pelo pesquisador colaborador, realizada separadamente.

A via de acesso foi a UFSC, considerando-se os limites definidos. Todos os trabalhos encontrados foram submetidos à próxima etapa deste protocolo.

XI. SELEÇÃO DOS ESTUDOS E CHECAGEM DOS DADOS

Os estudos foram selecionados após a busca nas bases de dados supracitadas e leitura do título e do resumo, seguida da checagem dos resultados obtidos pelos 2 pesquisadores.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS COM BASE NO OBJETIVO PROPOSTO

Os trabalhos selecionados foram submetidos à análise através de leitura

minuciosa dos textos na íntegra com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados foram organizados em uma tabela no Microsoft Word e analisados a partir das categorias citadas abaixo. Dentro de cada categoria os dados foram agrupados por similaridade de ideias, em que se desenvolveu uma síntese de forma narrativa. Esta avaliação seguirá o modelo analítico de Ganong (1987) e Wittemore (2005), para Revisão Integrativa da Literatura.

XIII. INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

Ano de publicação

Título

Autor (es)

Periódico

Local de realização da pesquisa

Descritores ou Palavras-chave

Base de dados de localização dos estudos

Tipo de estudo

XIV. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para revista a ser escolhida pelos pesquisadores.

XIV. CRONOGRAMA

Atividade \ Período	2014				2015			
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Elaboração protocolo	■							
Validação protocolo	■							
Busca dos estudos	■							
Seleção dos estudos	■	■						
Organização dos estudos em tabela	■	■						
Avaliação crítica dos estudos		■	■	■				
Análise dos dados coletados		■	■	■				
Discussão e Conclusões			■	■	■	■		
Elaboração artigo					■	■	■	■
Revisão Integrativa					■	■	■	■

XV. REFERÊNCIAS:

BIREME. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. São Paulo: **Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud**, [19--?].

FORTE, E.C. N; MEDEIROS, F.; PIRES, D.E.P. **Protocolo de revisão integrativa de literatura sobre a satisfação no trabalho dos enfermeiros/as da Atenção Primária à Saúde**. Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs. Health.**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – TETO, CREDENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAE/Departamento de Atenção Básica - DAB
 Unidade de Planejamento das Estratégias de Apoio: Comitê Gestor do Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
 Unidade Geográfica: Brasil
 Competência: 1º semestre de 2016

11/10/2016

Região	UF	Estado	População	Número de Municípios com ESF	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal				Núcleo de Apoio à Saúde da Família								
					Tipo	Credenciadas no Município de Saúde	Implantadas no Município de Saúde	Implantadas em outros municípios	Estimativa da População coberta	Proporção populacional estimada	Credenciadas no Município de Saúde	Implantadas no Município de Saúde	Implantadas em outros municípios	Credenciadas no Município de Saúde	Implantadas no Município de Saúde	Implantadas em outros municípios	Credenciadas no Município de Saúde	Implantadas no Município de Saúde	Implantadas em outros municípios		
CENTRO-OESTE	GO	DF	DISTRITO FEDERAL	1.124	350	249	209	721.050	17,22	11	4	4	0	0	0	0	0	0			
		GO	GOIÁS	6.134.996	342	1.077	1.497	3.116	4.991.626	66,96	80	71	72	38	38	38	84	89	83		
		MT	MATOS GROSSOS	3.115.336	137	1.564	702	682	652	2.018.834	64,80	403	25	17	24	22	21	33	27	27	
SUL	RS	MT	MATOS GROSSOS DO SUL	2.305.088	79	1.233	870	556	551	1.739.730	70,35	921	39	31	25	18	18	13	12	12	
		PR	PARANÁ	14.423.952	469	3.429	2.851	2.708	8.991.463	69,56	2.407	156	126	124	87	76	75	130	128	122	
		SC	SANTA CATARINA	3.165.472	302	1.380	839	849	840	2.439.205	77,06	955	90	90	89	29	29	12	13	12	
NORTE	PA	PA	PARÁ	4.118.291	418	2.359	2.477	3.282	10.237.609	24,92	2.457	288	288	102	102	98	9	9	9		
		AM	AMAPÁ	1.000.000	209	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	100,00	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
		AP	APATONAL	6.914.314	209	3.360	2.336	2.035	5.899.184	78,77	1.931	161	148	144	29	28	27	7	8	7	
NORDESTE	PE	PE	PERNAMBUCO	3.815.171	218	1.914	1.602	1.394	3.695.112	94,49	1.508	151	144	143	55	55	55	77	73	73	
		PI	PIAUÍ	3.160.748	119	1.273	1.215	1.250	3.117.836	98,64	1.323	95	86	86	58	58	58	103	101	99	
		RN	RIO GRANDE DO NORTE	3.328.198	184	1.612	1.238	1.646	1.018	2.648.999	82,06	1.222	92	76	76	38	37	36	56	56	55
SUDESTE	SE	SE	SERGIPE	2.110.867	251	1.059	674	613	1.857.089	87,98	454	33	24	24	15	10	10	5	5	5	
		AC	ALAGOAS	3.507.144	137	1.256	933	1.763	43.021.129	79,92	12.681	1.358	1.233	1.202	403	388	379	271	269	262	
		AL	ALAGOAS	758.786	22	380	227	212	208	889.546	77,70	135	16	16	16	4	4	4	1	1	1
SULDESTE	MG	AP	APATONAL	699.602	15	330	238	174	159	509.435	72,49	325	18	18	18	2	2	2	2	2	
		DF	DISTRITO FEDERAL	3.209.985	82	1.796	977	864	642	2.022.091	56,59	317	71	69	69	7	5	5	2	2	2
		DF	DISTRITO FEDERAL	7.822.003	344	3.020	1.394	1.353	3.289	11.859.209	32,15	717	91	91	89	12	12	11	1	1	1
SULDESTE	RJ	DF	DISTRITO FEDERAL	1.000.000	209	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	100,00	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
		DF	DISTRITO FEDERAL	16.331.165	92	8.119	2.816	2.539	8.848.574	52,67	1.447	151	159	137	10	6	5	0	0	0	
		DF	DISTRITO FEDERAL	41.901.319	577	30.944	6.873	5.264	35.409	16.934.002	40,41	3.274	302	226	235	50	39	32	108	87	83
SUL	PR	DF	DISTRITO FEDERAL	8.185.893	1.033	460.779	16.454	13.817	13.340	43.127.942	52,87	8.997	796	791	264	221	210	318	303	293	
		PR	PARANÁ	10.277.753	377	5.252	2.874	2.004	1.259	6.999.243	68,29	1.287	224	101	99	78	67	65	98	78	77
		PR	PARANÁ	10.770.603	454	5.376	2.135	2.004	1.925	6.970.160	56,36	1.101	51	47	38	28	21	18	92	76	74
SUL	SC	DF	DISTRITO FEDERAL	6.389.286	237	3.384	1.899	1.732	1.857	5.941.770	70,98	1.100	111	104	103	64	53	53	119	113	113
		DF	DISTRITO FEDERAL	3.171.644	118	1.381	6.907	6.644	5.758	18.881.173	65,20	3.568	386	332	240	170	143	118	399	367	364
		DF	DISTRITO FEDERAL	193.976.330	5.379	146.981	48.497	41.323	35.541	123.006.021	63,41	29.549	2.389	2.471	983	891	862	1.132	1.048	1.011	

http://db.saude.gov.br/dab/istorico_coertura_sifistorico_coertura_sf_relatorio.php

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC) Nº 723.695

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO 02 DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25557614.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 723.695

Data da Relatoria: 14/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda com inclusão de instituição co-participante de uma pesquisa vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Doutorado que pretende, a partir de um estudo de campo com abordagem qualitativa, conhecer graus de satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais vinculados a Estratégia de saúde da família.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a influência da inovação tecnológica não material Estratégia Saúde da Família, na satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde no Brasil. Caracterizar o perfil dos profissionais que atuam na ESF nas cinco regiões geográficas do país envolvidas na pesquisa, a saber: Sudeste e Nordeste; Caracterizar o contexto político-institucional no qual as equipes desenvolvem o seu trabalho; Identificar os motivos de satisfação e insatisfação no trabalho considerando os que predominaram e analisando semelhanças e diferenças associadas aos diferentes contextos e categorias profissionais; Relacionar os motivos de satisfação e insatisfação com o modelo assistencial da ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefícios: permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação dos trabalhadores da ESF, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 725.696

melhorias para a saúde do trabalhador e/ou conseqüentemente uma assistência a saúde de maior qualidade. Como riscos: poderá incorrer em possíveis desconfortos que se restringi a problemas de comunicação, entretanto, o participante terá a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a pesquisa está bem delineada e já foi aprovada por este Comitê em momento anterior. Por trata-se apenas de uma emenda que referenda instituição co-participante sem outras alterações, segue-se a aprovação do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

sem considerações

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 21 de Julho de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CATARINA (UDESC) Nº 1.547.952



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NÃO MATERIAL: cargas de trabalho e satisfação no trabalho em saúde

Pesquisador: Letícia de Lima Trindade

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 43683115.9.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.547.952

Apresentação do Projeto:

Pesquisa em andamento com Parecer Consubstanciado de Aprovação do Protocolo nº 1.087.560 emitido em 29 de Maio de 2015.

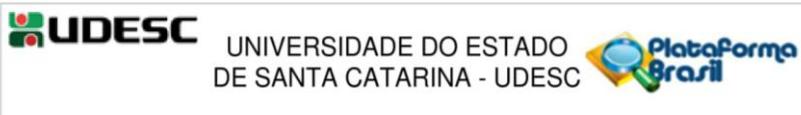
Trata-se de Versão 7 com solicitação de Emenda 3. Informado no Projeto Básico "Justificativa da Emenda: Por se tratar de um estudo que envolve diferentes regiões do país, pretende-se a inserção de mais dois campos de pesquisa, bem como ampliação do número de participantes na pesquisa, sendo todos os procedimentos de coleta e análise de dados orientados pelo projeto principal. Inclusão da secretaria de saúde municipal de Belém no Pará e da secretaria municipal de Brasília no Distrito Federal".

Pesquisa qualitativa que utilizará a triangulação na coleta e análise dos dados. Multicêntrica com envolvimento a UDESC e a da UFSC.

Financiamento próprio com gastos orçados em R\$ R\$ 72.835,75.

Pesquisadora responsável Dra Letícia Trindade (UDESC) e Dra. Denise Pires de Pires pesquisadora responsável na instituição cooperante a Universidade Federal de Santa

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.547.952

Catarina.

Participantes da pesquisa informado na Folha de Rosto = 150 indivíduos.

Cronograma de execução informa o início em 04/05/2015 e término em 28/02/2019.

Consta no projeto básico postado em 04/05/2016 sobre a seleção da amostra incluirá: "pelo menos um município de duas regiões do país (Sudeste e Nordeste por tipificarem diferentes cenários de organização e implantação da ESF no país); municípios que dispõem de Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde onde atuam unicamente ESF; gestores e profissionais de saúde que compõem as ESF; no mínimo 01 UBS/Centro de Saúde por município e duas ESF consideradas de boa qualidade segundo indicação de lideranças do município (como gestores em saúde, Conselho Municipal de Saúde, lideranças dos profissionais de saúde e organizações de usuários ou estudiosos do tema política de saúde); e representantes das diferentes categorias profissionais que integram as equipes estudadas. A escolha dos sujeitos será intencional, considerando-se os seguintes critérios para a inclusão dos profissionais de saúde: incluir trabalhadores das diferentes categorias profissionais da ESF; incluir, no mínimo, um profissional de cada categoria que compõe a equipe mínima. Critérios de inclusão dos gestores: ser gestor das UBS incluídas na pesquisa (ou seja, o gestor responsável pela coordenação da ESF na UBS)".

Objetivo da Pesquisa:

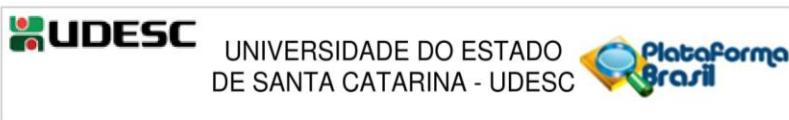
Objetivo Primário:

Analisar de que maneira o trabalho na ESF, entendida como uma inovação tecnológica não material, influencia nas cargas de trabalho e na satisfação e de gestores e profissionais de saúde que integram as equipes.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil de gestores e de equipes que atuam no modelo assistencial da ESF, contextualizando o cenário institucional em que as mesmas trabalham.
- Identificar, em que sentido, aspectos da ESF, entendida como modelo inovador, constantes na prática assistencial, na composição das equipes, nas relações, na organização e gestão do trabalho têm contribuído para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho, permitindo a realização de um trabalho com maior ou menor desgaste físico e emocional para gestores e profissionais de saúde

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.547.952

que compõem as equipes.

- Identificar, em que sentido, aspectos da ESF, entendida como modelo inovador, constantes na prática assistencial, na composição das equipes, nas relações, na organização e gestão do trabalho influenciam na satisfação e insatisfação de gestores e profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantido a descrição sobre os riscos aos participantes da pesquisa. Sobre a tipificação dos riscos é informado pelas pesquisadoras no Projeto básico sobre os riscos: "Acredita-se que apesar da pesquisa envolver seres humanos, esta não oferece riscos à integridade física das pessoas, contudo por necessitar a realização de entrevista, esta no mínimo pode provocar um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor dos questionamentos. Desse modo serão tomadas as seguintes medidas visando minimizar ao máximo o estresse dos participantes da pesquisa: as entrevistas serão realizadas em local sem fluxo de pessoas e ruídos, local que garanta a privacidade, o conforto e definido em comum acordo com os participantes".

Consta no projeto básico sobre os benefícios: "Benefícios indiretos: o estudo das cargas de trabalho entre os profissionais da ESF poderá contribuir para qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial pela relevância da ESF no sistema, assim como, os resultados obtidos poderão ser divulgados em eventos e em periódicos nacionais e internacionais que possibilitarão um diálogo no âmbito da Atenção Primária de Saúde, gerando mudanças e ajustes que podem beneficiar usuários do SUS/ESF e, também, os profissionais participantes da pesquisa. Benefícios diretos: a pesquisa poderá indicar a necessidade de mudanças e adequações nos serviços que beneficiem diretamente os profissionais de saúde, como, por exemplo, melhorias nas condições de trabalho das equipes de ESF; as melhorias necessárias identificadas na pesquisa podem contribuir para a promoção da saúde dos trabalhadores da ESF; o acesso à todas as informações sobre o estudo e seus resultados, durante a realização da pesquisa e após sua conclusão, que será garantido pelos pesquisadores, contribui para o empoderamento dos profissionais das ESF no sentido de que as mesmas podem ser utilizadas para potencializar formas de trabalhar que promovam a satisfação e a sua saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mantida a informação apresentadas no Parecer Consubstanciado emitido em 29/05/2015, 27 de Novembro de 2015 (emenda 1) e 08 de Março de 2016 (emenda 2).

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.547.952

Pesquisa multicêntrica com envolvimento da UDESC e UFSC sendo instituição coparticipante. Apresenta mérito acadêmico e científico com ampla fundamentação teórica. Os projetos detalhados e básico encontram-se bem estruturados com todos os campos preenchidos. O campo da metodologia para a coleta e análise dos dados descreve os métodos a serem utilizados.

Hipótese informado pelas pesquisadoras: "O trabalho na ESF, entendida como uma inovação tecnológica não material, influencia nas cargas de trabalho e na satisfação das equipes, com aspectos semelhantes e, também, especificidades no que diz respeito aos gestores e aos profissionais de saúde que integram essas equipes".

Desfecho Primário da pesquisa: "A pesquisa proposta é relevante, em uma sociedade, e setor, fortemente impactados pelo intenso processo de inovação tecnológica, e os resultados por ela gerados podem contribuir para a reorientação das práticas vigentes no sentido de melhorar a qualidade dos serviços, atendendo necessidades de usuários e de quem realiza o trabalho. Os resultados da pesquisa possibilitarão compreender o que tem de positivo e de fragilidades na implementação de uma inovação com a amplitude, desafios e complexidade da ESF. Estudar o trabalho na ESF contribuirá para qualificar o SUS, em especial pela relevância da ESF no sistema, assim como, possibilita um diálogo internacional no âmbito da Atenção Primária de Saúde".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Mantidos os documentos originais e crescidos àqueles necessários a Emenda 3.

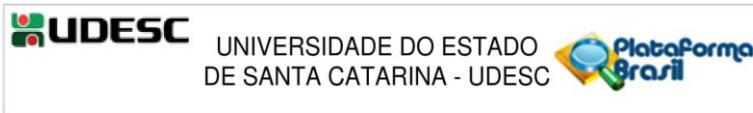
Folha de Rosto devidamente assinado e informa a participação de 150 indivíduos;

Declaração de Ciência e Concordância da Secretaria Municipal de saúde do município de Belém que autoriza a execução da pesquisa;

Declaração de Ciência e Concordância da Secretaria Municipal de saúde do município de Belém devidamente assinada

Autorização da Secretaria Municipal de saúde do município de Belém devidamente assinada;

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.547.952

Declaração de Ciência e Concordância da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal devidamente assinada;

Recomendações:

N/A

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação de Emenda com inclusão de dois novos locais de coleta dos dados: Secretaria Municipal de saúde do município de Belém e Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal e alteração do número de participantes com 150 indivíduos encontra-se apto para aprovação.

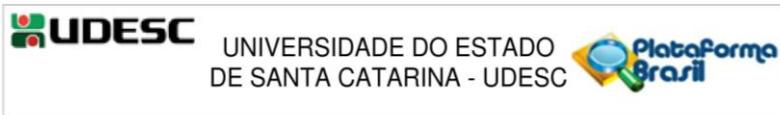
Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado Aprova a solicitação de Emenda ao referido projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_704323_E3.pdf	04/05/2016 09:37:47		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_emenda_DF_PA.pdf	04/05/2016 09:35:07	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concedencia_Belem_Pa ra02.pdf	24/04/2016 08:58:43	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concedencia_Belem_Pa ra01.pdf	24/04/2016 08:52:54	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concedencia_DF.pdf	24/04/2016 08:50:13	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_concedencia.jpg	24/02/2016 10:15:47	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Outros	declaracao_aceite_Florianopolis.pdf	22/02/2016 09:35:45	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.547.952

Declaração de Pesquisadores	12735832_1249321351763769_134284 8584_n.jpg	19/02/2016 21:16:45	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Outros	DocumentoIES.pdf	24/11/2015 13:41:34	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Inov. Tec. Final 2.pdf	04/05/2015 16:01:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE revisado Final.pdf	04/05/2015 12:35:42		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Natal.pdf	31/03/2015 16:24:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta RJ.pdf	10/03/2015 18:26:51		Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	08/03/2015 21:22:34		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 17 de Maio de 2016

Assinado por:
Carla Ivane Ganz Vogel
(Coordenador)

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Workloads of Nurses in the Family Health in Brazil: What the Literature Says

REVIEW

Daiane Biff¹, Denise Elvira Pires de Pires²,
Francele Luz Machado¹, Jonas Sâmi Albuquerque de Oliveira³, Didiana Ferreira Souza¹

Abstract

Objective: To analyze what is being published in the literature regarding workload within the Family Health Strategy in Brazil identifying generator elements and relating them to the types of loads.

Introduction: Workload (WL) is expressed in the working process elements which when interacting with each other and with the worker's body can materialize themselves into distress, many times as an attempt of adaptation to the work demands. The nurse's work in the Family Health Strategy (FHS) exposes him to different types of WL and they can be divided into: Psychological, physiological, biological, mechanical and chemical.

Methods: Integrative revision of the oriented literature through previous protocol, with data collected by two independent collaborators in the following data basis: PUBMED, LILACs, SCIELO and CAPES Bank of Theses in the languages described in Portuguese, English and Spanish in the period from 1994 to 2014. The study inclusion and exclusion descriptions obeyed requirements established by Ganong (1987) and Whittemore (2005). The Atlas.ti[®] software was used as a resource for storage and analysis of the studies.

Results: No research work specifically approached the WL of nurses in the FHS. There are seven research works that approach the workloads of family health teams, which include the nurses. A total of eight research works approach the health of the FHS teams topic in which it was possible to identify generator elements of WL. From the set of the studies it was identified the presence of psychological, physical, physiological, mechanical and biological loads with predominance of the first ones. There were not found chemical loads.

¹ Academic Unit of Life Sciences, Student Training Center, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

² Academic Unit of Life Sciences, Teacher's Training Center, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

³ Academic Unit of Life Sciences, Teacher's Training Center, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.

Contact information:

Jonas Sâmi Albuquerque de Oliveira.

Address: Academic Unit of Life Sciences, Teacher's Training Center, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.

✉ jonassamiufm@yahoo.com.br