

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**O TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM
MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Francislene Lopes Menezes

Santa Maria, RS, Brasil

2013

O TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Francislene Lopes Menezes

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Enfa. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Lopes Menezes, Francislene
O Trabalho dos Enfermeiros com Mulheres na Estratégia
Saúde da Família / Francislene Lopes Menezes.-2013.
88 f.; 30cm

Orientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2013

1. Enfermagem 2. Estratégia Saúde da Família 3. Saúde
da Mulher 4. Trabalho I. Soares de Lima, Suzinara
Beatriz II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

A comissão examinadora abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

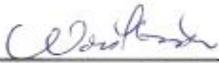
**O TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM MULHERES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

elaborada por
Francislene Lopes Menezes

como requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
Presidente/Orientadora



Nalú Pereira da Costa Kerber, Dra. (FURG)

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
Suplente

Santa Maria, 20 de dezembro de 2013.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho as pessoas que estão
SEMPRE em minha vida: meus pais, minha
irmã e meu esposo. Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a **Deus**, por conceder o dom da vida, saúde e força para vencer os momentos nos quais me sentia fraca.*

*Aos **meus pais**, por valorizar a educação, pelo incentivo, apoio, carinho e doação em todos os momentos.*

*A **minha irmã**, que mesmo estando longe, incentiva, torce, vibra com as minhas vitórias.*

*Ao **meu esposo**, pelo apoio e compreensão, companheiro em todas as horas, grande incentivador na realização de meus sonhos.*

*A minha orientadora, **Suzinara Beatriz Soares de Lima**, pelo seu acolhimento desde a primeira conversa, pelas reflexões proporcionadas em nossos encontros, competência, paciência e amizade, tornando possível a realização deste trabalho.*

*Aos **professores do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelos ensinamentos transmitidos.*

*Às professoras membros da banca: **Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck**, **Dra. Teresinha Heck Weiller**, **Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber**, pelas contribuições à dissertação.*

*Aos **colegas da turma de Mestrado, ao Grupo de Pesquisa Gestão em Enfermagem e Saúde e ao Grupo de Estudos, Pesquisa e Intervenções "Inovação Educacional, Práticas Educativas e Formação de Professores"**, pelas trocas de saberes e bons momentos de convívio.*

*Aos **enfermeiros** que aceitaram participar deste estudo, pelas valiosas contribuições.*

*Ao Programa de **Pós-Graduação em Enfermagem e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão de bolsa de mestrado.*

A todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta pesquisa o meu sincero agradecimento.

Há três caminhos para o sucesso: Ensinar o que se sabe, praticar o que se ensina e perguntar o que se ignora.

(Mário Sérgio Cortella)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

O TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM MULHERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: FRANCISLENE LOPES MENEZES
ORIENTADORA: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 20 de dezembro de 2013.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como objetivos: conhecer o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria/RS, identificar as facilidades e dificuldades do trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF e identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no trabalho com mulheres nas Unidades de ESF. Os sujeitos da pesquisa foram doze enfermeiros que trabalham nas Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria/RS, entre maio e julho de 2013. Para a coleta dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados segundo a proposta de Análise Temática, e resultaram na definição de cinco categorias: O trabalho dos enfermeiros com mulheres da Saúde da Família; Tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no trabalho; A organização do trabalho com as mulheres; Dificuldades e facilidades vivenciadas pelo enfermeiro no trabalho com as mulheres, e As sugestões dos enfermeiros para melhorar o trabalho com as mulheres na Estratégia Saúde da Família. A partir da análise dos dados, foi possível perceber que o trabalho dos enfermeiros com as mulheres é executado com base nas normas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com propósito de promoção, prevenção e controle dos agravos em saúde. Desta forma, o trabalho de atendimento às mulheres requer um envolvimento de todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, como também de uma mobilização da gestão para viabilizar a idealização de novas ações e serviços de qualidade às usuárias do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Mulher. Trabalho.

ABSTRACT

Master Dissertation
Post-graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

THE WORK OF NURSES WITH WOMEN IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

AUTHOR: FRANCISLENE LOPES MENEZES
ADVISER: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA
Date and Place of Defense: Santa Maria, 20th of December 2013.

This is a descriptive study, with a qualitative approach, which aimed to: know the work of nurses with women in the Strategy Family Health Units (SFH) in the city of Santa Maria / RS, identify the facilities and difficulties of the work of nurses with women in SFH units and identify the strategies used by nurses in the work with women in the SFH units. The subjects of the research were twelve nurses who work in Strategy Family Health Units of the city of Santa Maria / RS, between May and July 2013. For the collection of the data, it was used a semistructured interview. The data were analyzed according to the proposed of Thematic Analysis, and resulted in the definition of five categories: The work of the nurses with women of Family Health; Technologies used by nurses at work; The organization of work with the women; Difficulties and facilities experienced by nurses at work with the women; and The suggestions of the nurses to improve the work with the women at Strategy Family Health. From the analysis of the data, it was possible to notice that the work of nurses with the women is performed based on standards and protocols established by the Ministry of Health, with the purpose of promotion, prevention and control of the disorders in health. Thus, the assistance work to the women requires an involvement of all professionals of the Family Health Team, as well as a management mobilization to enable the idealization of new actions and quality services to users of the Unified Health System.

Keywords: Nursing. Strategy Family Health. Health of the Women. Work.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Objetivo geral	15
Objetivos específicos	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 O Sistema Único de Saúde e a Saúde da Mulher	16
2.2 O Processo de Trabalho em Saúde	19
2.3 A Estratégia Saúde da Família e o Enfermeiro	21
2.4 O Processo de Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Estratégia Saúde da Família	23
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
3.1 Tipo de estudo	32
3.2 Cenário de estudo	32
3.3 Sujeitos do estudo	33
3.4 Coleta de dados	34
3.5 Análise dos dados	35
3.6 Aspectos Éticos	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 Perfil dos trabalhadores entrevistados	37
4.2 O trabalho dos enfermeiros com mulheres na Saúde da Família	38
4.2.1 Práticas Educativas	38
4.2.2 Práticas Assistenciais	43
4.2.3 Práticas Políticas	46
4.3 Tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no trabalho	48
4.4 A organização do trabalho com as mulheres	52
4.5 Dificuldades e facilidades vivenciadas pelo enfermeiro no trabalho com as mulheres	55
4.5.1 Estratégias utilizadas frente às dificuldades e facilidades do trabalho	63
4.6 As sugestões dos enfermeiros para melhorar o trabalho com as mulheres na Estratégia Saúde da Família	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	80
ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a moderna percepção de atenção primária de saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no relatório de Dawson, a qual preconizou a organização do sistema de serviço de saúde em três níveis: os centros primários e secundários de atenção à saúde e os hospitais-escola. O referido documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles. Essa proposta constitui a base de regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo inspirado a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (MENDES, 2002).

A atenção primária em saúde (APS), no Brasil, atravessou diversos caminhos antes de chegar à condição contemporânea. Apresentou-se em diferentes países como uma estratégia para organizar a atenção à saúde direcionada para atender de uma maneira regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, constituindo ações preventivas e curativas, assim como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2008).

No começo do século XX, no Brasil, os centros de saúde mantinham a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país. Nos anos 60 até metade dos anos 80, foi implantado o modelo médico-privatista (MENDES, 2002).

Esse modelo foi iniciado no período da industrialização brasileira, para atender as necessidades de saúde dos trabalhadores (operários), com o propósito de preservar o não adoecimento da classe operária e, conseqüentemente, evitar prejuízos ao setor econômico. Foi centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. Tal modelo acabou sendo criticado, pois havia desigualdade no acesso, baixa resolutividade e produtividade dos recursos, excesso de centralização e não havia nenhuma interação entre os diferentes tipos de serviços.

Com a política dos anos 80, a crise financeira e o movimento da redemocratização, o país estimulou um processo que procurou transpor as antigas formas de oferecer serviços de

saúde à população para um modelo baseado em princípios gerais de ordem doutrinária – como universalidade, integralidade e equidade –, que passaram a constituir um direito fundamental do povo brasileiro na área da saúde. O movimento da reforma sanitária, cujos esforços concentravam-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi primordial para a construção da Constituição promulgada em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em princípios e diretrizes que definiram a APS como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2011a). Os princípios que dão base ao SUS são universalidade, equidade e integralidade nos serviços de saúde, e os seus princípios organizacionais são descentralização, regionalização e hierarquização da rede, bem como participação social (BRASIL, 1990a).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, sendo apresentado, no primeiro documento ministerial, como um programa, passando em seguida a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS considerada uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS. Ao contrário da ideia que se tem sobre a maior parte dos programas em nível central, o PSF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido (BRASIL, 2001a).

O trabalho na Unidade de ESF deve ser de forma interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, valorizando diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2006a).

Para Mendes-Gonçalves (1994), o trabalho é determinado por uma necessidade ou carência; é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais e também o possibilitador da livre criação. É entendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana.

Quando o trabalho está relacionado à saúde, consegue-se como resultado o desenvolvimento do espaço intersessor entre o usuário e o trabalhador da saúde, onde este trabalhador atende às necessidades do usuário, muitas vezes vistas como carência de saúde ou meio mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo. A finalidade do trabalho em saúde é a elaboração do cuidado individual ou coletivo, ocasionando na cura e na saúde do cidadão.

Logo, a produção do trabalho em saúde se dá no momento exato do consumo, por isso, a sua dinamicidade (MERHY, 2007).

O trabalho de enfermagem é compreendido como prática social e está articulado a outras práticas de saúde, como a educação em saúde, a produção de medicamentos e equipamentos, dentre outras, sendo efetivado na sociedade por meio do trabalho. Além disso, incorpora a prestação de serviços à saúde do setor terciário, não produzindo bens a serem estocados e negociados, mas, serviços a serem consumidos no momento da assistência, seja ela individual, grupal ou coletiva. Diferencia-se de outros trabalhos do mesmo setor terciário de prestação de serviços, visto que lidam com um objeto humano, como os usuários, os quais levam demandas associadas ao processo saúde-doença, demonstradas como necessidades ou problemas de saúde (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Dentre os vários campos de trabalho do enfermeiro, duas áreas que mais se destacam: a do trabalho em saúde pública e a da assistência hospitalar. O enfermeiro que atua na Unidade de ESF é um membro primordial da equipe básica multidisciplinar, devendo realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, transcrever/prescrever medicações de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e disposições legais da profissão, atuar no planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação da Unidade, considerando as necessidades reais da população adstrita. Além disso, detém como atribuições a atenção integral da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e idoso; deve associar atuação clínica à prática de saúde coletiva; executar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência Básica; realizar supervisão e ações de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, visando o melhor desempenho de suas funções; prestar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, realizando encaminhamento para a continuidade da assistência prestada (BRASIL, 2002a).

Além dessas várias atribuições da profissão, executar ações preconizadas pelos programas do MS e adaptar esses programas à realidade da comunidade também são obrigações do enfermeiro. Os programas e as políticas destinados à Saúde da Mulher caracterizam uma das mais abrangentes áreas de atuação dentro da Unidade de ESF.

De acordo com o MS, são responsabilidades dos enfermeiros diante à saúde da mulher: atuar diretamente na assistência à anticoncepção com atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas, bem como prestar assistência à infertilidade conjugal com aconselhamento relacionado à gravidez (BRASIL, 2002b). Cabe ainda ao enfermeiro,

segundo as diretrizes do Manual Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias; realizar consulta de pré-natal de baixo risco; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo de serviço; encaminhar gestante identificada como de risco para o médico; realizar atividades com grupo de gestantes, grupo de salas de espera; realizar visita domiciliar; quando for o caso, fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e realizar o exame citopatológico.

Na tentativa de melhorias na assistência à saúde feminina, no decorrer dos anos, o Ministério da Saúde preconizou diversas políticas e programas que definiram as atividades para a Saúde da Mulher. Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sinalizando como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Esse programa foi conduzido pelos princípios da Reforma Sanitária, integrado na busca pelos princípios da descentralização, regionalização dos serviços, equidade na atenção e participação comunitária para transformar e valorizar a assistência à saúde da mulher, procurando essencialmente a atenção em todas as fases da vida do público feminino (BRASIL, 2011b).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher precedeu diversas políticas femininas, como por exemplo, em junho de 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para assegurar humanização dos serviços, acesso e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto, pós-parto e neonatal (BRASIL, 2013a).

No ano de 2004, foi apresentado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, a qual resgata a situação de vida e saúde da mulher, bem como novos focos no atendimento à mulher, com objetivos de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; reduzir a morbidade e mortalidade feminina no país, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Essa estratégia governamental busca também ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços de saúde do SUS. Ademais, expande as ações em seus planos de ação para grupos historicamente esquecidos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a trans-sexualidade, mulheres

em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2009a).

Nessa dimensão, a Unidade de ESF busca oferecer para a consolidação desses novos perfis da situação da saúde da mulher no Brasil, a partir da reorganização/mudança no modelo assistencial para a atenção à mulher, a aproximação de serviços e profissionais de saúde das famílias e comunidades, programando e articulando ações a partir das necessidades locais (CUNHA et al, 2011).

Ao realizar a revisão da literatura, com objetivo de analisar o processo de trabalho do enfermeiro nas Unidades de ESF, buscou-se conhecer as pesquisas elaboradas que abordam esse tema. A revisão foi feita nas bases Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), usando-se os descritores: "enfermagem", "Programa Saúde da Família" e "trabalho".

Dessa forma, constituíram o corpus de análise o total de 9 artigos, ou seja, 1 na LILACS, 6 no BDENF e 2 no *Scielo*. Aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: produções disponíveis *online* na íntegra gratuitos; nos idiomas português, inglês e espanhol e com o recorte temporal 2000-2012. Foram excluídos da análise textos que não estavam disponíveis gratuitamente *online*, não tratavam especificamente da temática e estavam duplicados.

Diante das produções científicas, percebe-se que o trabalho do enfermeiro dentro dos serviços básicos de saúde é muito importante, sendo esse profissional peça central para o funcionamento das unidades – situação essa que gera um acúmulo de responsabilidades, além do que é recomendado pela concepção da Estratégia da Saúde da Família. Pode-se verificar que existem poucas pesquisas publicadas sobre essa temática. Destaca-se, assim, a pertinência de se aprofundar em estudos referentes ao trabalho do enfermeiro, para refletir sobre a organização do trabalho, qualificação e atuação profissional e, sobretudo, a oferta de um serviço de qualidade para todos os usuários.

O interesse inicial pela temática do trabalho da enfermagem com mulheres justifica-se como uma consequência da trajetória acadêmica, após a realização do Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, pela Universidade Federal de Santa Maria. O trabalho de conclusão de curso, no formato de artigo, denominado “Depressão Puerperal, no âmbito da Rede de Saúde Pública”, abordou os programas e ações voltados para os cuidados à mulher, no âmbito da Saúde Pública. Essa abordagem contribuiu para reflexões e inquietações sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de

Saúde com mulheres, tendo em vista que a saúde dessas é prioridade no contexto da gestão federal do SUS, propondo metas para assegurar acesso aos serviços primordiais em todas as fases do ciclo vital.

Além disso, durante a participação das atividades no Grupo "Gestão em Enfermagem e Saúde", vinculado ao Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem", foram suscitadas ocasiões de discussões e ponderações sobre o cotidiano do trabalho, nas instituições de saúde, como isso sendo uma necessidade de melhoria para a qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, sinaliza-se como **questão de pesquisa**: Como acontece o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF do município de Santa Maria/RS? E como objeto de estudo: o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF.

A partir desse questionamento, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Conhecer o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria/RS, por meio da análise de entrevistas realizadas com esses profissionais.

Objetivos específicos:

- Identificar as facilidades e dificuldades do trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF de Santa Maria/RS;

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no trabalho com mulheres nas Unidades de ESF de Santa Maria/RS;

Esta pesquisa é relevante, visto que sugere promover reflexões de enfermeiros, da equipe e de gestores de saúde, quanto ao trabalho que está sendo realizado nas Unidades de ESF, considerando-se o que está preconizado no SUS. Pode-se, assim, desenvolver ações condizentes para atender as mulheres, nas Unidades de ESF, qualificar o saber-fazer e proporcionar visibilidade, autonomia e eficiência ao trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Sistema Único de Saúde e a Saúde da Mulher

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Brasileira, para oferecer atendimento universal, cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. Antes de sua criação, os atendimentos de saúde eram subdivididos de acordo com as classes sociais dos usuários: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum. A instituição do SUS unificou o sistema, já que, antes de 1988, a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por estados e municípios.

De acordo com o MS, o SUS tem mais de 6,5 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família. O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações. Entre as ações mais reconhecidas do SUS estão a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além de programas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo o país e da realização de transplantes pela rede pública (BRASIL, 2009b).

No ano de 1994, procurando-se um reordenamento do modelo assistencial, é criada a Unidade de ESF, que tornou-se mais uma porta de entrada para a população, no sistema de saúde, e foi considerada um mecanismo que busca reorganização da Atenção Básica de Saúde (ABS) do país.

Para o MS, a ESF é um conjunto de ações de caráter individual e coletivo executadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, assim como para as ações de assistência aos problemas de saúde. As ações produzidas nessa estratégia são o momento privilegiado

para prover ações resolutivas, as quais contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas para além da assistência de saúde (BRASIL, 2012a).

A atuação do enfermeiro na Unidade de ESF é fundamental para o planejamento, a execução e avaliação da programação da saúde, assim como das ações de Vigilância em Saúde. Seu trabalho se dá de forma individual ou na interface com as equipes multiprofissionais, quando da elaboração, execução e avaliação de planos terapêuticos de saúde (BRASIL, 2011a). Cabe ao enfermeiro atender a sua população de maneira igual, contudo mantendo a individualidade de cada um, contribuindo para prevenir doenças, promover saúde e melhorar a qualidade de vida. Todavia, um dos pontos de atenção é a saúde da mulher, envolvida no seu ambiente social, cultural e econômico.

Para constituir a Unidade de ESF, o MS faz uso de políticas e alguns programas assistenciais que contemplam as demandas preferenciais da comunidade ligada à unidade básica de saúde e permitem que as políticas públicas tornem-se efetivas.

As políticas nacionais de atenção à Saúde da Mulher foram introduzidas nas primeiras décadas do século XX, determinando as demandas relativas à gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 50, e 70, os programas materno-infantis exerciam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011b).

Em 1994, o MS elabora a Política Nacional de Atenção Integral (PAISM), que possui o programa de “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. A PAISM propõe que a assistência seja prestada em todas as fases da vida, clínica ginecológica, reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério), como nos casos de doenças crônicas ou agudas. Reconhece a assistência como cuidado médico e de toda a equipe de saúde, priorizando práticas educativas, que compreendem a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (BRASIL, 2013b). O programa reúne os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2011b).

A construção do SUS tem forte influência sobre a execução da PAISM. O SUS vem sendo executado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) tem como finalidade ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criando mecanismos de fortalecimento da gestão do SUS, atualizando os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2011b). Dentre as responsabilidades da Atenção Básica à Saúde a serem executadas estão as ações da saúde da mulher, voltadas à prevenção, ao planejamento familiar e ao pré-natal.

No ano de 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que promove a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada – universidades, sociedades médicas e Organizações não governamentais (ONGs) –, em um amplo diálogo social que objetiva, entre outros, a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo MS para a redução da mortalidade materna e neonatal. Essa iniciativa foi premiada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como modelo de mobilização social e diálogo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), antes mesmo de 2015 (BRASIL, 2009a).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. Esta foi uma das responsáveis pelo estímulo à adoção de boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, baseadas em evidências científicas em quase 500 maternidades de referência, nas 27 unidades federadas, e à qualificação do atendimento às urgências/emergências obstétricas, nas maternidades e no SAMU (BRASIL, 2009a).

A saúde da mulher é prioridade no contexto da gestão federal do SUS, sendo que as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS. Elas buscam atendimento para si própria, mas, especialmente, acompanham as crianças, companheiro e outros familiares (BRASIL, 2011b).

No ano de 2011, foi criado o programa nacional intitulado Rede Cegonha, que tem por objetivo prestar atendimento adequado, seguro e humanizado, desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011c). A Rede Cegonha é uma estratégia constituinte do MS e operacionalizada pelo SUS. Essa iniciativa está embasada na humanização e assistência às mulheres, recém-nascidos e crianças. Prevê, até o ano de 2014, qualificar a assistência de modo a ampliar e melhorar condições para o nascimento de todos os brasileiros, na ênfase da humanização e segurança (BRASIL, 2011c). Por meio desse programa, visa-se implementar um modelo pioneiro de atenção à saúde da mulher e da criança, focando na atenção ao parto, nascimento e no desenvolvimento infantil até os dois anos de idade. Com realização e a

organização de uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, objetiva-se reduzir índices de mortalidade materna e infantil, com foco no aspecto neonatal (BRASIL, 2013c).

2.2 O Processo de Trabalho em Saúde

Os últimos anos foram marcados por consideráveis modificações, em diversos setores da sociedade. Dentre elas estão as no mercado de trabalho, na política, com a participação progressiva e efetiva da mulher; na saúde, essa participação também é intensa, uma vez que as mulheres constituem a maior parte da população mundial idosa e tornam-se mães cada vez mais jovens. Conseqüentemente, tudo isso exige transformações nos serviços de saúde em relação à estrutura e aos processos de produção das ações.

O entendimento do ser humano sobre o significado do trabalho começa cedo; logo aprende-se que, se alguma coisa for feita com um objetivo determinado, se conquista transformação, consideração, respeito e valorização. Tavares (2011) aborda que o ciclo evolutivo correto da vida seria: nascer, crescer, trabalhar, reproduzir e morrer. A evolução faz parte da vida, portanto, o ser humano vê no trabalho as necessidades, a realização, a forma de estar participando e tendo um retorno através do seu esforço.

Para Mendes-Gonçalves (1994), o trabalho é entendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou carência e é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais. Na saúde, em um conceito mais operacional, essas necessidades estão quase sempre associadas à assistência e ao cuidado prestado.

De acordo com Pires (2008), o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, estando na esfera da produção não-material e se completando no ato da sua realização. A prestação desse serviço, ou seja, o ato assistencial, em si, envolve o trabalho de diferentes profissionais, detentores de conhecimentos e técnicas especiais para assistir a indivíduos ou grupos. Peduzzi (1998, p. 48) afirma que o envolvimento desses diferentes profissionais, cada qual realizando atividades próprias de sua especialidade, constituem processos que se complementam, ampliando as possibilidades de “reconhecimento e atenção às necessidades de saúde dos usuários, em eficiência e eficácia”.

O processo de trabalho em saúde, segundo Campos (2006) sofreu notáveis transformações, especialmente com a industrialização e incorporação de inúmeros avanços e descobertas científicas, no sentido de preservar a vida.

A implantação das Unidades de ESF foi um importante recurso para ascensão do modelo assistencial brasileiro. Estabeleceu adscrição de clientela, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação da população – em uma lógica que rompe com o modelo centrado no profissional e prima pela aproximação da vida da comunidade. Seu processo de trabalho possibilita o compromisso e a corresponsabilidade da equipe e usuário, bem como a articulação entre os diversos saberes das corporações profissionais que compõem esse modelo assistencial (BRASIL, 2001b).

A enfermagem, como componente do processo de trabalho da Unidade de ESF, tem atribuição em contribuir para a inclusão de novas tecnologias e novos saberes no processo de trabalho dessas equipes. Sua institucionalização, como parte do processo de trabalho em saúde, se evidencia como profissão somente a partir de meados do século XIX, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Ela se estrutura sob a ótica capitalista de produção e, internamente, evidencia-se pela divisão do trabalho. A sua institucionalização vem acompanhada de outros dois aspectos marcantes, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI; ANSEMI, 2002).

Conforme Rocha e Almeida (2000), a enfermagem é entendida como uma prática social, isto é, como uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção de serviços. Ela é colocada no mundo do trabalho e no específico trabalho em saúde, como parte do trabalho coletivo, sendo por ele influenciado.

O trabalho de enfermagem, como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em várias dimensões, como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar e participar politicamente. Dentre elas, cuidar e gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro, quer seja na atenção básica ou contexto hospitalar (SANNA, 2007).

Para Merhy (2007), no trabalho em saúde, o profissional tem como instrumentos as tecnologias leves – entre as quais estão os tipos de abordagem utilizados pelos profissionais de saúde nos “espaços de interseções”, como o acolhimento, a vinculação, a responsabilização e outros; as tecnologias leve-duras – constituídas pelos saberes estruturados de diferentes profissionais e categorias – e as tecnologias duras, que são apoios diagnósticos, materiais médico-hospitalares etc. Para esse autor, o modelo assistencial desenvolvido em determinado sistema de saúde se expressa a partir da utilização e gestão dessas tecnologias. Estas permitem a criação de espaços de cooperação e troca de saberes entre os diferentes profissionais da

saúde, permitindo a ampliação de um trabalho interdisciplinar, articulado e coletivo dentro da própria equipe, visando, especialmente, a troca de conhecimentos e experiências de cada indivíduo comprometido no processo de assistência à saúde da população.

Pinheiro (2011) salienta que, na prática, a enfermeira que atua na Unidade de ESF defronta-se com realidades inesperadas, precisando desenvolver habilidades para tratar com a complexidade do processo de trabalho, a fim de auxiliar na resolução de problemas variados. Logo, as questões apresentadas pelas demandas vão além da doença e exigem um instrumental diferenciado na tomada de decisões. Na ESF, o modo de operar os processos de trabalho, para estimular uma vida saudável, deve estar alinhado à possibilidade de enfrentar as desigualdades das condições de vida das pessoas, inserindo o acesso a serviços e bens que auxiliam para uma boa qualidade de vida.

Passos (2011) destaca que o papel do enfermeiro na Unidade de ESF é muito amplo, abrindo um leque de possibilidades para organizar seu trabalho de múltiplas maneiras, podendo, assim, atender a questões de um novo modelo de saúde proposto.

2.3 A Estratégia Saúde da Família e o Enfermeiro

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início quando o Ministério da Saúde formula, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a fim de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no estado e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais destacando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. Desse modo, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de integrar novos profissionais, para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da

Família, integrando e estendendo a atuação dos agentes comunitários (ROSA; LABATE, 2005).

O Ministério da Saúde propôs a estratégia do Programa Saúde da Família como uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde na atenção básica, o que seria um novo modo de fazer saúde. O desenvolvimento dessa estratégia tinha como objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que é orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. “Essa nova estratégia exige dos profissionais de saúde uma compreensão mais ampla no processo saúde-doença e, sobretudo, modos de intervenção que vão além da prática curativa” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 28).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010). Reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação popular. Está estruturada a partir de uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional e interdisciplinar, a qual assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2001a).

A ESF tem apresentado resultados positivos, ou seja, tem conseguido aperfeiçoar a saúde materno-infantil, reduzido a mortalidade infantil, aumentado o acesso ao pré-natal, o planejamento familiar e a prevenção de complicações de doenças crônicas (BRASIL, 2008). Ela atua em todas as fases do desenvolvimento humano e possui algumas áreas estratégicas específicas, limitadas pelo MS, para agir em todo o território nacional, entre elas: a eliminação da desnutrição infantil, controle da hipertensão arterial, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal e promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

As equipes de saúde da família são constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Cada uma das equipes responde pela situação de um determinado território e aplicam ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, através das visitas domiciliares, trabalhos educativos e atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica – Portaria 648/2006 – (BRASIL, 2006a), que aborda as atribuições dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, são atribuições específicas do enfermeiro da Saúde da Família: realizar consultas de

enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2006a).

O enfermeiro, na Atenção Básica, tem conquistado espaço pelo seu destaque na consolidação da ESF, mas ainda há obstáculos com relação ao processo de trabalho dentro da Equipe, tornando-se um desafio para ele conciliar suas demandas. Nesse sentido, as ações da Atenção Básica que deveriam ser efetuadas pela equipe de Saúde da Família, por meio de um trabalho interdisciplinar, na prática, são realizadas de forma individualizada, em que o enfermeiro assume a maior parte das responsabilidades, inclusive o gerenciamento da Unidade de Saúde (FREITAS; NUNES, 2010). O trabalho de forma interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da Atenção Básica e também compõe o elenco de características do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

A equipe interdisciplinar compõe um espaço privilegiado para o estabelecimento de relações mais igualitárias entre os envolvidos, uma vez que presume a construção de outros modos de vivenciar a gestão e organização do trabalho em saúde com a participação de todos no planejamento, na execução e avaliação global da assistência. A interdisciplinaridade, no contexto do trabalho em saúde, é um processo em construção, em que estão envolvidas as diversas disciplinas/profissionais em busca de um objetivo comum – a assistência integral aos usuários dos serviços. Nesse processo, alguns componentes são indispensáveis: a comunicação autêntica, o diálogo, o respeito e o reconhecimento do saber e do fazer de cada um dos profissionais e a possibilidade de participação na tomada de decisão (MATTOS; PIRES; CAMPOS, 2009). Essa equipe interdisciplinar é composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogo; dispõe o enfermeiro como o grande responsável por coordenar e supervisionar o trabalho dessa equipe, principalmente do técnico de enfermagem e do agente comunitário de saúde.

Uma das vertentes mais complexas e abrangentes da ESF é a assistência à saúde da mulher. Portanto, o enfermeiro deve estar apto para atuar em diversas áreas da Saúde da Mulher, com vistas a atendê-las em todas as fases evolutivas, sendo uma ferramenta essencial para melhoria dos indicadores de saúde (SALMERON; FUCÍBALO, 2008). Essa assistência tem como principais ações o pré-natal, o planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero, prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais, especialmente cáries e doenças gengivais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, o enfermeiro é o profissional com menor custo e que proporciona maior afetividade nas ações para o alcance da maternidade segura, diminuição da morbimortalidade e dos custos da assistência à mulher tanto no ciclo gravídico, quanto no puerperal. O governo brasileiro tem procurado promover a capacitação de recursos humanos, entre eles o enfermeiro obstetra, visando aumentar o seu quantitativo e reverter a situação do país através da qualificação do pessoal que atende a mulher. A importância do trabalho da enfermagem na atenção básica é reconhecida, e os enfermeiros têm um papel fundamental, com funções essenciais de saúde pública. Tal fato vem sendo reconhecido tanto pelos gestores como pela população em geral (CAGNIN, 2008).

2.4 O Processo de Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Estratégia Saúde da Família

O processo de trabalho, na atenção básica à saúde, está fortemente vinculado ao trabalho vivo, à natureza e ao conteúdo da atividade, à qualidade técnico-científica, à motivação e ao compromisso do trabalhador com o resultado de seu trabalho (FACCHINI et al., 2006).

A enfermagem integra com competência e responsabilidade os processos associados à saúde, atua na proteção e recuperação de pessoas doentes, age na procura da satisfação às necessidades referentes à saúde da população, desejando a promoção da saúde e a qualidade de vida (RAMOS et al., 2009).

Diante da importância de estudar o processo de trabalho, objetivou-se identificar, na produção científica, o perfil dessas produções e como está o processo de trabalho dos enfermeiros nas Unidades de ESF. Nesse sentido, no mês de março de 2013, efetuou-se uma busca nas bases de dados Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão dos artigos selecionados para esta revisão foram: os artigos disponíveis *online* na íntegra gratuitos; nos idiomas português, inglês e espanhol e com o recorte temporal 2000-2012. Já os critérios de exclusão foram: os textos que não estavam disponíveis gratuitamente *online*, não tratavam especificamente da temática e estavam duplicados. Utilizou-se como descritores as palavras "enfermagem", "Programa

Saúde da Família" e "trabalho", associadas pelo operador booleano “and”, como forma de captar um número abrangente de publicações.

Na LILACS, foram encontradas 3 publicações, na BDENF, 91 publicações e, no *Scielo*, 14, totalizando 108 artigos. Realizando a seleção das publicações, constituíram o *corpus* de análise o total de 9 artigos, ou seja, 1 na LILACS, 6 no BDENF e 2 no *Scielo*. Os dados foram organizados com auxílio de um quadro sinóptico (Quadro 1), o qual permitiu o delineamento do perfil das produções científicas.

Nº	Autores	Ano	Periódico	Título	Objetivo do estudo	Resultados
1.	Emiko Yoshikawa Egry, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca	2000	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva.	Discutir as questões conceituais subjacentes à família e à visita domiciliária, contextualizadas no conjunto da produção em saúde no Brasil, destacando-se o Programa de Atenção à Família e a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva.	É oportuno para a enfermagem em saúde coletiva utilizar o instrumental da Visita Domiciliária, para executar ações pertinentes ao Programa de Saúde da Família – PSF. Tal perspectiva dar-se-á quando a prática for competentemente exercida pelos atuais trabalhadores da área da enfermagem em saúde coletiva, ao mesmo tempo em que as instituições formadoras valorizarem e inserirem, nos seus programas de estudo, os saberes necessários para esta prática.
2.	Dalvani Marques, Eliete Maria Silva	2004	Revista Brasileira de Enfermagem	A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?	Analisar o trabalho da enfermagem no Programa Saúde da Família (PSF).	O trabalho do enfermeiro está mais voltado para dentro da unidade, sendo mais focalizado nos procedimentos; a enfermeira tem sua atuação essencialmente gerencial e ainda atua a partir da demanda que chega nas unidades e com o que os ACS identificam.

Nº	Autores	Ano	Periódico	Título	Objetivo do estudo	Resultados
3.	Regina Célia Ermel, Lislaine Aparecida Fracolli	2006	Revista da Escola de Enfermagem da USP	O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP.	Caracterizar o processo de trabalho da enfermeira no PSF, identificando o objeto, a finalidade, os meios e instrumentos do mesmo.	As enfermeiras tomam como objeto de seu trabalho o corpo individual, como finalidade, a intervenção nos perfis de desgaste dos grupos sociais e operam nesse processo de trabalho com instrumentos tradicionais da saúde pública, tais como a Consulta de Enfermagem e a Visita Domiciliária. A análise dos dados mostrou ainda que as enfermeiras do PSF em Marília/SP, ao exercitarem sua prática, reiteram a lógica da prática clínica, individual, curativa e atuam tomando por referência a teoria da multicausalidade do processo saúde-doença.

Nº	Autores	Ano	Periódico	Título	Objetivo do estudo	Resultados
4.	Viviane Camargo Santos, Cássia Baldini Soares, Célia Maria Sivalli Campos	2007	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo.	Compreender as características do trabalho desses enfermeiros e a relação entre os processos de fortalecimento e de desgaste que neles se expressam.	A realização do trabalho é quase sempre o resultado da tensão entre a realidade social e de saúde encontrada nos territórios e a imposição de metas que não dão conta dos problemas trazidos pela população. A organização do trabalho coloca os trabalhadores diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e, ao mesmo tempo, atender os imprevistos, que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas, que muitas vezes extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores.

Nº	Autores	Ano	Periódico	Título	Objetivo do estudo	Resultados
5.	Jesanne Barguil Brasileiro Rocha, Regina Célia Gollner Zeitoune	2007	Revista Enfermagem UERJ	Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional	Analisar as características dos enfermeiros que atuavam no Programa Saúde da Família (PSF), em Florianópolis (PI), em 2006, e discutir as implicações para a prática profissional.	Mostraram que a maioria tem idade acima de 30 anos, contrato de trabalho temporário com a prefeitura, duplicidade de vínculo empregatício, atua paralelamente na docência e/ou na assistência hospitalar; 33,3% dos profissionais têm especialização em Saúde Pública e a maioria atua no PSF há mais de três anos. Identificaram a necessidade de aprimoramento técnico-científico para atuação no PSF e descentralização dos cursos de pós-graduação, em especial na área de Saúde da Família. É sugerido rever a forma de contratação do profissional.
6.	Raquel Gusmão Oliveira, Sônia Silva Marcon	2007	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná	Conhecer a prática do trabalho realizado com famílias pelos enfermeiros que atuam no PSF em Maringá, Paraná.	A educação em saúde e o acolhimento ainda são marcados pelo modelo tradicional, curativo e individual da assistência. Os enfermeiros acreditam estar cuidando da família, mesmo quando o seu processo de trabalho não se diferencia daquele adotado na assistência ao indivíduo, levando a considerar que o que está acontecendo é assistência ao indivíduo que têm familiares e não a assistência à família sob o aspecto de unidade de cuidado.

Nº	Autores	Ano	Periódico	Título	Objetivo do estudo	Resultados
7.	Maria Denise Schimith, Maria Alice Dias da Silva Lima	2009	Revista Enfermagem UERJ	O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso.	Analisar o processo de trabalho do enfermeiro inserido em uma equipe de saúde da família.	O objeto de trabalho da enfermeira na equipe foi a necessidade coletiva dos usuários, apesar de desejar realizar ações clínicas e aproximar-se mais da população. A enfermeira desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas coletivas; coordena e supervisiona atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.
8.	Cinara da Silva Ramos, Rita Maria Heck, Teila Ceolin, Alitéia Santiago Dilélio, Luiz Augusto Facchini	2009	Revista Ciência, Cuidado e Saúde	Perfil do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família	Descrever o perfil dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família em seis municípios da Região Sul do Rio Grande do Sul.	Evidencia-se a necessidade de os enfermeiros terem o diagnóstico do local onde atuam, para planejar as ações em saúde, com a participação da comunidade, levando em consideração a realidade e a cultura locais, de modo a possibilitar a reorganização das práticas de saúde.
9.	Jennyesle Lima Castro de Santiago, Juliana Macêdo de Medeiros, Fernanda M. F. Castelo Branco, Christiane Lopes Xavier, Iluska Borges Dias, Claudete Ferreira de Souza Monteiro	2011	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	O processo de trabalho da enfermagem na supervisão.	Descrever o processo de trabalho dos enfermeiros supervisores das Equipes Saúde da Família; identificar os desafios vivenciados pelos supervisores no processo de supervisão das Equipes Saúde da Família e discutir as possibilidades de novas práticas de trabalho que contribuam para efetivação do modelo centrado em prevenção e promoção da saúde.	As supervisoras ressaltaram a importância do planejamento com as equipes, porém enfatizaram a sobrecarga de trabalho relativa à resolução de problemas administrativos da Unidade Básica de Saúde como um desafio a ser superado.

Quadro 1- Características dos estudos sobre processo de trabalho da enfermagem, segundo os autores, ano de publicação, periódico, título, objetivo e resultados do estudo. Março, 2013.

A partir da análise dos textos, pode-se observar que o ano de publicação no qual houve um maior número foi o de 2007, tendo 3 publicações, seguido pelo ano de 2009, com 2. Nos anos de 2011, 2006, 2004 e 2000, houve apenas uma publicação em cada ano. Contudo, nos demais anos não teve artigos publicados.

Dentre as revistas que mais publicaram, destacam-se a Revista da Escola de Enfermagem da USP, com 4 publicações, e a Revista Enfermagem UERJ com 2. Em seguida, aparecem a Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, cada uma com 1 publicação.

No que se refere aos objetivos propostos por esses estudos, apesar da diversidade entre eles, constatou-se que a maioria tinha como finalidade discutir sobre a visita domiciliar como instrumento de saúde; analisar, discutir e caracterizar o processo de trabalho do enfermeiro, no Programa Saúde da Família, identificando o objeto, a finalidade, os meios e instrumentos; compreender as características do trabalho desses enfermeiros e a relação entre os processos de fortalecimento e de desgaste que neles se expressam; descrever o perfil dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, em seis municípios da Região Sul do Rio Grande do Sul; identificar os desafios vivenciados pelos supervisores no processo de supervisão das Equipes Saúde da Família e discutir as possibilidades de novas práticas de trabalho que contribuam para a efetivação do modelo centrado em prevenção e promoção da saúde. Não foram identificados artigos com a finalidade de conhecer o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF; somente um que objetivou conhecer a prática do trabalho realizado com famílias pelos enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família.

A análise dos artigos permitiu evidenciar que o processo de trabalho da enfermagem, nas Unidades de ESF, é de essencial importância, pois o enfermeiro atua na atenção à saúde, na organização e no gerenciamento da unidade, faz a reorientação e solidificação das práticas nesse espaço de atenção (SILVA; MARTINS, 2009).

Para Schimith e Lima (2009), o trabalho do enfermeiro está mais voltado para dentro da unidade, sendo mais focalizado nos procedimentos, desenvolvendo atividades prioritariamente gerenciais, administrativas e educativas coletivas, coordenando e supervisionando atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, atuando a partir da demanda que chega às unidades e com o que os agentes comunitários de saúde identificam.

A realização do trabalho da enfermagem é quase sempre o resultado da tensão entre a realidade social e de saúde encontrada nos territórios e a imposição de metas que não dão conta dos problemas trazidos pela população (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007). A

organização do trabalho coloca os trabalhadores diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e, ao mesmo tempo, atender os imprevistos, que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que, muitas vezes, extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores. Nesse sentido, em situações de sobrecarga de atividades de seu trabalho, situações de estresse, impotência e exaustão física, ocorre o comprometimento do desempenho profissional (SILVA; MARTINS, 2009).

As enfermeiras tomam como objeto de seu trabalho o corpo individual, como finalidade à intervenção nos perfis de desgaste dos grupos sociais, e operam nesse processo de trabalho com instrumentos tradicionais da saúde pública, tais como a Consulta de Enfermagem e a Visita Domiciliária (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Em um estudo sobre a visita domiciliar e a enfermagem, aponta-se que a visita domiciliar é, atualmente, um instrumento essencial para a prática das ações no nível primário de assistência à saúde, em especial, na Estratégia Saúde da Família. As enfermeiras entrevistadas nesse estudo percebem a visita domiciliar como uma possibilidade de criação de condições que levam a uma proximidade especial com as famílias e a possibilidade de assistência integral ao usuário/família (SANTOS; MORAIS, 2011).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Para a realização desta pesquisa, optou-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa, uma vez que, conforme Minayo (2010), esta abordagem possibilita uma análise mais aprofundada do objeto de estudo, preocupa-se com a realidade, com significados, motivos, crenças, além de valores e atitudes. É considerada a mais adequada a ser aplicada em estudos históricos, de relações, representações, percepções, opiniões e produtos de interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem. Este tipo de abordagem é o ideal para investigação de grupos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos próprios sujeitos, “para análises de discursos e de documentos” (MINAYO, 2010, p. 57).

As pesquisas descritivas, segundo Gil (2010), objetivam a descrição das características de determinada população ou fenômeno, sendo que o interesse é descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los e interpretá-los de forma a conhecer sua natureza, sua composição, bem como os processos que os constituem ou os que se realizam.

Desse modo, acredita-se que esse método mostrou-se apropriado para identificar e conhecer o trabalho dos enfermeiros e as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho entre os enfermeiros e as mulheres que participam nas Unidades de ESF.

3.2 Cenário de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria, situado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, com população estimada em 269.740 habitantes. Deste total, a população feminina é de 138.779 pessoas, sendo que 84.327 estão em idade fértil, ou seja, entre 10 e 49 anos, e 63.172 são mulheres entre 20 e 59 anos (DATASUS, 2012).

O sistema de saúde é composto por 32 Unidades de Saúde, das quais 18 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 14 Unidades com ESF, sendo que duas unidades de ESF contam com equipe dupla, totalizando, assim, 16 equipes. A rede hospitalar dispõe de 8

hospitais: Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital Municipal Casa de Saúde, Hospital da Brigada Militar (HBM), Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital da Guarnição Militar (HGU), Hospital São Francisco, Hospital Dia da UNIMED e Hospital da Base Aérea de Santa Maria (HBASM).

Essas 16 equipes são distribuídas nas regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro da cidade. A estratégia foi implantada em 2004, sendo que os locais cobertos pelas ESF mostram melhores índices de saúde e a população considera a importância do serviço. Atualmente, são atendidas em média 51.750 pessoas, o que significa apenas 19,39% da população municipal (SANTOS, 2011).

No município, existem vários programas oferecidos pelo Ministério da Saúde. Os principais referentes à Saúde da Mulher são: o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama, o SISCOLO (Sistema de Informação sobre Câncer de Colo) e o SISMAMA (Sistema de Informação sobre Câncer de Mama). Nestes programas, são oferecidos exames de papanicolau a todas as mulheres e também informações sobre o assunto. Ainda existe, no município, o programa de assistência ao planejamento reprodutivo, que ocorre desde a conscientização sobre planejamento familiar até os métodos contraceptivos (preservativos, anticoncepcionais orais e injetáveis, DIU) e esterilização, como laqueadura e vasectomia. Outro programa de essencial importância do qual o município participa é o Programa de Prevenção e Controle de DSTs e HIV/AIDS, que acontece através de conscientização por parte dos profissionais e também de tratamento da síndrome. Há ainda o programa SISPRE-NATAL, que ocorre desde o início da gestação até as consultas após o parto. O Ministério preconiza que sejam realizadas no mínimo seis consultas pré-natais, sendo que a primeira deve ser realizada nos primeiros 120 dias de gestação. Em relação a esse programa, indispensável para a saúde da mulher, o município também arrecada um determinado valor monetário sobre a sua adesão (COSTA, et al., 2010).

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros das Unidades de ESF do município de Santa Maria-RS que compõem, atualmente, um grupo de 16 enfermeiros. Destes, totalizaram 12 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), pertencentes ao quadro de servidores efetivos, sendo que um enfermeiro recusou-se de participar

Eles foram convidados a participar da pesquisa de acordo com a disponibilidade, sendo previamente agendadas com os participantes as datas e horários para coleta de dados. As entrevistas ocorreram em salas nas dependências das Unidades de ESF, sendo local escolhido pelos entrevistados.

3.4 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de maio a julho de 2013, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Anexo A).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com o auxílio de um roteiro específico (Apêndice A), para facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais. Segundo Minayo (2010), o roteiro deve servir de orientação para a interlocução, a fim de proporcionar flexibilidade, o que contribui para o surgimento de outras questões relevantes. O roteiro da entrevista constou de duas partes: a primeira buscou caracterizar os sujeitos da pesquisa e a segunda abordou questões referentes à temática.

A opção pela entrevista ocorreu por ela fornecer, como fonte de informação, dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, que tratam de sua reflexão sobre a realidade (subjetividade) e constituem uma representação da realidade (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local e horário agendados previamente, de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Utilizou-se o gravador, em áudio MP3, em todas as entrevistas, como forma de garantir maior fidedignidade dos depoimentos. Entretanto, o gravador foi utilizado após o consentimento de cada entrevistado (a). Cada entrevista durou em média 30 minutos. A fim de manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados por um código (E.1), determinando o número da entrevista.

3.5 Análise dos Dados

A análise e interpretação dos dados se deram por meio de categorias, conforme a proposta de análise temática de Minayo (2010). De acordo com a autora, a realização da análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objeto analisado” (MINAYO, 2010, p. 316).

Inicialmente, realizou-se a leitura e releitura das entrevistas. Para a ordenação e exposição dos resultados, foram estruturadas categorias, de acordo com as temáticas que foram aparecendo nas falas dos entrevistados.

A análise temática desdobra-se, segundo Minayo (2010), em três etapas: a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na etapa da pré-análise, retornou-se aos objetivos iniciais da pesquisa e organizou-se o material a ser analisado. A seguir, realizou-se a leitura flutuante de cada entrevista, por meio da qual se tomou contato direto e intenso com o material, impregnando-se com seu conteúdo. Posteriormente, produziram-se nas entrevistas as unidades de registro (palavras-chaves ou frases), as unidades de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise (MINAYO, 2010).

Na etapa de exploração do material, realizou-se o agrupamento das unidades de registro e de contexto que possuíam o mesmo significado. Estabeleceram-se, assim, as categorias temáticas.

Para finalizar, na última etapa – o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação – estabeleceu-se a análise das categorias e subcategorias surgidas do material, por meio das relações com a literatura existente sobre os temas relacionados.

3.6 Aspectos Éticos

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências de Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e no Sistema de Informação para o Ensino (SIE), sob o número de

registro nº 033865. Posteriormente, foi submetido à apreciação do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Santa Maria (NEPS/SMS), registrado na Plataforma Brasil, e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foi aprovado em 20 de abril de 2013, sob o parecer nº 250.564, sob a CAAE. 14651313.9.0000.5346, cumprindo todos os preceitos éticos definidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Para cumprir com as disposições da referida resolução, apresentou-se aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), e, a partir da concordância com o termo, realizaram-se as assinaturas em todas as laudas, ficando uma via desse documento com os entrevistados e outra com a pesquisadora, assegurando-lhes o anonimato, bem como respaldando a liberdade de não participarem da pesquisa.

Também foi assegurada a possibilidade de desistência de participação na pesquisa, a qualquer momento, e o acesso às informações por eles obtidas e aos resultados do estudo. A princípio, a pesquisa não apresentou riscos e benefícios diretos aos participantes, no entanto, com o relato dos sujeitos sobre sua relação subjetiva com o trabalho, poderiam apresentar algum risco indireto de alguns conflitos e desconfortos emocionais. Caso a entrevista mobilizasse realmente esse desconforto, seria concluída, conforme acordo previamente estabelecido com a pesquisadora, sendo, caso necessário, encaminhado o entrevistado para conversar com um profissional do serviço previamente acordado.

Tendo em vista a preservação da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, foram utilizados códigos de identificação. Como as entrevistas foram gravadas, salienta-se que as gravações ficarão de posse da orientadora da pesquisa por um período de cinco anos, sendo depois destruídas. Os pesquisadores comprometeram-se a manter a confidencialidade da identidade dos participantes conforme Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (Apêndice C), bem como a utilizar os dados do estudo somente para fins de pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos trabalhadores entrevistados

Sobre os 12 enfermeiros entrevistados atuantes nas Unidades de ESF do município de Santa Maria, verificou-se que 83,3% são do sexo feminino e 16,6% do sexo masculino; designando-se por um grupo predominantemente composto por mulheres; 66,6% têm entre 28 e 31 anos; 33,3% possuem entre 32 e 36 anos.

Estes enfermeiros, em sua maioria, 58,3% (7 pessoas), são graduados em universidades públicas do Rio Grande do Sul, e os demais, em outras instituições de ensino. Quanto ao tempo de graduação, a maioria, 9 enfermeiros, possui entre 4 e 7 anos de graduação, 1 possui 12 anos, 1 possui 10 anos e outra, 8 anos. Desses enfermeiros, apenas 1 possui outra graduação, na área de Educação, e todos possuem formação *Lato Sensu*, em um ou mais cursos de especialização, uma vez que cinco relacionaram até dois cursos. Na descrição e distribuição desses cursos por profissional enfermeiro, deparamos que 33,3% (4) são formados na área Saúde da Família e esse mesmo percentual, em Saúde Coletiva; 25% (3), na Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família); 25%, em Terapia Intensiva; 16,6% (2) possuem especialização em Saúde Pública, 8,3% (1), em Gestão Educacional, e este mesmo percentual, especialização em: Educação em Saúde, Tecnologias Aplicadas à Educação, Educação Ambiental; Urgência, Emergência e Trauma; Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (Área de Concentração: Crônico Degenerativo).

O tempo de atuação na Enfermagem prevaleceu entre 1 e 5 anos para 58,3% (7) dos enfermeiros; entre 6 e 10 anos para 33,3% (4) e entre 11 e 15 anos para os 8,3% (1) dos enfermeiros. Em relação ao tempo de atuação na Unidade de ESF, 9 enfermeiros relataram ter entre 1 e 5 anos, 2, entre 6 e 10 anos e apenas 1 ter entre 11 e 15 anos de atuação.

Os depoimentos realizados foram analisados conforme Minayo (2010) orienta, emergindo as seguintes categorias temáticas: o trabalho dos enfermeiros com mulheres da Saúde da Família; tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no trabalho; a organização do trabalho com as mulheres; dificuldades e facilidades vivenciadas pelo enfermeiro no trabalho

com as mulheres, e as sugestões dos enfermeiros para melhorar o trabalho com as mulheres na Estratégia Saúde da Família.

4.2 O trabalho dos enfermeiros com mulheres na Saúde da Família

Nesta categoria, foi considerado o trabalho prestado pelos enfermeiros das Unidades de ESF dentro do processo de trabalho, delimitando-se às competências educativas, assistenciais e políticas.

4.2.1 Práticas educativas

Tomando as várias responsabilidades do enfermeiro, no cenário da Unidade de ESF, salienta-se a Educação em Saúde, que, apesar de integrar uma responsabilidade de todos os profissionais da Unidade de ESF, condiz a uma atividade amplamente realizada pelo enfermeiro.

Leonello e Oliveira (2008) sintetizaram, em seu estudo, uma série de competências fundamentais para ação educativa realizada pelo enfermeiro, em virtude da presença constante dessa prática em seus trabalhos assistenciais. São elas: promover a integralidade do cuidado à saúde; articular teoria e prática; promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos em relação à sua vida; respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional; utilizar diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde; operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizam o diálogo com os sujeitos; instrumentalizar os sujeitos com informação adequada e valorizar e exercitar a intersectorialidade no cuidado à saúde.

A competência para ação educativa de respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional, é uma capacidade difícil de ser aplicada, em algumas situações. Um dos entrevistados expõe essa dificuldade:

“Por que eles têm uma cultura diferente. Eles não são muito de medicação. As mulheres são mais de chás. De coisas caseiras. Então, a cultura é diferente. As orientações têm que ser com muito cuidado. E eu acho que a gente tem que trabalhar isso na gente, enquanto profissional, porque senão, muitas vezes, fica dizendo: a senhora toma isso, isso, isso e lá na casa dela, ela não tem condições de comer isso, de fazer aquilo e a gente muitas vezes generaliza. Então, quanto profissional, tem que estar também se olhando um pouquinho, se enxergando um pouco para não perder isso de vista” (E.2)¹.

A hierarquia entre o saber científico e o de senso comum coopera para a onipotência de alguns profissionais da saúde, afastando-os da população assistida. Leonello e Oliveira (2008) afirmam que o reconhecimento e o respeito ao saber de senso comum implica em reconhecer a incompletude do saber profissional, o que não representa renunciar ao conhecimento científico produzido. Mas sim, reconhecer que há diversos saberes, dentre eles, o saber profissional, o qual está em constante construção e, por isso, necessita ser reformulado, contextualizado, confrontado e aproximado de outros saberes, principalmente, com o de senso comum, para se transformar em conhecimento útil.

Uma das maneiras de praticar a educação em saúde ocorre mediante a formação dos grupos de educação em saúde, nos quais pessoas que demonstram características semelhantes ou necessidades em comum têm interesse de partilhar e aprender conhecimentos, além da possibilidade de trocar ideias acerca de suas experiências de vida.

Para Munari et al. (2007), o trabalho com grupos está diretamente ligado à dinâmica do trabalho em enfermagem, o que exige a inserção direta do enfermeiro nesse tipo de atividade. Além disso, esses autores apontam a ação centrada no coletivo como tendência a ser seguida por diversos outros atores da saúde, a ponto de ser considerada exigência para aqueles que lidam com o cuidado.

Leonello e Oliveira (2008) defendem a utilização dos grupos de educação em saúde pelo enfermeiro, pois seu uso se coloca como uma importante ferramenta para o trabalho educativo com sujeitos coletivos, principalmente quando se adota uma perspectiva pedagógica dialogada e participativa.

Nos discursos dos entrevistados, percebe-se que as atividades desenvolvidas nos grupos são voltadas à convivência dos participantes e às atividades de orientação. Também

¹ Para manter a originalidade e integridade das falas dos entrevistados, não foi realizada revisão textual, no que diz respeito à concordância, sintaxe. Apenas se corrigiu casos em que não existem ou não são aceitos pelo uso padrão da norma culta. As aspas estão sendo usadas para marcar que é discurso direto (fala).

observa-se que nesses grupos é possível fazer não só a educação, mas também o convívio social entre a população e a equipe de saúde.

“A gente faz grupos com as mulheres. Grupos de Convivência para elas poderem estar conversando entre elas, elas estarem dialogando. [...] Até para elas confraternizarem de alguma forma, muitas levam um lanche, alguma coisa assim...” (E.2).

“No Grupo que a gente tem com as mulheres, a gente faz atividades, às vezes, de orientação. [...] A gente aproveita esse espaço para fazer orientações junto com essas mulheres. Orientações de promoção, prevenção de saúde, a importância de fazer o exame do colo de útero, cuidado com as mamas, todas as orientações das mulheres” (E.7).

“A gente começou a trabalhar com elas um Grupo de Saúde, não tem um tema específico, a gente abriu ele e daí virou um Grupo de Saúde mesmo, não tem distribuição de medicamentos. É só o Grupo de orientações, conversa, agora a gente está introduzindo atividades físicas e é diretamente para as mulheres” (E.10).

No conjunto de atividades de promoção à saúde, evidenciam-se os grupos operativos, os quais são preconizados nos planos nacionais de organização da atenção à saúde. Eles fundamentam um dos campos em que ocorre a educação em saúde na atenção básica, sendo organizados de acordo com o agravo à saúde, hipertensão, diabetes, adolescência, gestantes e outros (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). De acordo com os depoimentos abaixo, percebe-se o quanto os grupos são importantes na inserção social, na orientação/educação e na promoção em saúde.

“A gente agora começou um grupo com mulheres. Que é o Posto de Saúde com os alunos de Nutrição. Então, a gente vai querer que esse grupo fique uma vez por mês com o Grupo de Mulheres, e tem o Grupo de Hipertenso e Diabético que elas também estão incluídas” (E.3).

“O Grupo da Coluna é junto com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos, eles fazem a atividades deles e depois tem o Grupo de Hipertensos e Diabéticos e aí tem o Grupo de Artesanato também” (E.8).

“A gente tem procurado captar essas mulheres em outras ocasiões. Por exemplo, no Grupo de Hipertensos, puxar questões da Saúde da Mulher. A gente tem Grupo de Puericultura, [...] aí, como as mães iam, a gente começou aproveitar o dia da pesagem para falar sobre assuntos sobre saúde. O último Grupo foi sobre infecção respiratória e o próximo Grupo de Puericultura vai ser sobre Planejamento

Familiar, porque a gente vê as dificuldades que elas têm, quando a gente faz a pré-consulta. Tem um Grupo de Caminhada também, que os residentes fazem. [...] É um espaço para fazer essa captação” (E.12).

“Na sexta-feira é o pré-natal e o Grupo de Gestantes, a gente já aproveita a mesma tarde para fazer o Grupo com as gestantes que vão participar das consultas. O Grupo de Gestantes acontece antes das consultas” (E.5).

“O Grupo de Saúde abrange toda faixa etária, fala de todos os temas” (E.10).

A partir dessas falas, é possível perceber aspectos significativos da influência do modelo biomédico hegemônico na atenção à saúde, visto que as denominações dos Grupos referem-se a nomes de doenças e partes do corpo. O modelo biomédico é focado nas doenças e especializado em curar as partes do corpo que apresentarem alguma patologia, não se referindo a um todo biológico.

Diante disso, considera-se que só será possível alterar esse modelo assistencial se houver uma mudança do objeto de atenção e uma reorganização da prática de assistência à saúde, considerando os princípios da atenção básica e do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização, e participação popular (BRASIL, 1990).

A integralidade engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo que os Grupos nas Unidades de ESF são considerados uma possibilidade de promoção da saúde. Conforme Miranda (2011), no processo grupal pode-se ofertar a aproximação dos participantes, possibilitar um local informal de trocas de experiências, manifestar conhecimentos e facilitar a humanização da assistência de enfermagem.

“Tu vê elas no Grupo de Convivência, delas construindo, sabe? Uma falando, por exemplo, assim, do seu problema e o problema da outra é semelhante, aí elas começam a trocar. Eu acho que isso é muito motivador para o trabalho. E isso é uma facilidade que essas ações oportunizam” (E.2).

“A gente dá todas as orientações para as gestantes no pré-natal. Mas, quando é um Grupo, a gente consegue entendê-las melhor, eu acho que também tem uma recepção melhor da necessidade delas, cada uma tem uma necessidade diferente, também elas se ajudam, digamos assim” (E.7).

Todos os enfermeiros entrevistados reforçam a importância de realizar Grupos com a comunidade, priorizando neles as demandas, isto é, as dúvidas e curiosidades trazidas, e não por alguma recompensa ofertada nos encontros. Os discursos mostram:

“É mais uma questão delas se motivarem para participarem dos Grupos, sem ser essa questão condicionada. Eu acho que isso já tem artigos até das pessoas, digamos que as pessoas aprendem por uma condição, vão às coisas com condição, aquela relação da troca. Eu acho que as coisas não podem ser assim, tem que ir aprender ou querer saber do teu pré-natal, enfim... Por que quer saber. Não, 'eu vou lá por que tem lanche, ou por que tem o brinde no final, tem a fralda que vão me dar'. Daí é complicado, a gente não sabe se a pessoa realmente está ali. Está absorvendo o que a gente está passando [...], é bem complicado” (E.8).

“Mas, eu parto do princípio que tem que respeitar realmente aquilo, dentro da realidade daquela pessoa [...]. Mas, dentro daquilo que ela te traz, porque, não adianta, a gente acha somente Grupo, somente educação em saúde isso vai ajudar, não, talvez não. Talvez ela queira apenas uma consulta, outra vez ela quer apenas uma escuta” (E.11).

O estudo de Horta et. al. (2009) demonstrou que a participação dos usuários nos Grupos prevalece quando há recebimento de algum benefício ofertado nos encontros, tais como a renovação de receitas, aferição de pressão arterial, medida de glicemia e agendamento de atendimentos.

Os enfermeiros relatam que se utilizam dos Grupos como um espaço de acolhimento, vínculo e sensibilização para geração de renda, pois os profissionais reconhecem que a falta de emprego e renda age diretamente no aspecto de saúde das pessoas. Lembra-se, assim, que a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual regula as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional ofertados pelo SUS, estabelece que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e, no seu artigo terceiro, coloca como fatores condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

“Para geração de renda, a gente tem aqui o Grupo das Marias Bonitas que faz todo esse trabalho de biscuit, o que elas têm interesse para ter uma geração de renda, porque a maioria é chefe de família” (E.4).

“Começou um Grupo que foi uma demanda vinda dos agentes de saúde, de um Grupo de Convivência mais voltado para mulheres, ele

não é fechado para mulheres, mas a gente vê que a demanda, a demanda que vem, as pessoas que participam são mulheres e agora alguns filhos [...] Ele está se organizando, porque ele começou meio e teve uma queda, agora está se pensando em uma reestruturação dele, pensando em usar ele como uma forma de renda para as mulheres, mas ele está começando, devagarzinho...” (E.6).

“A gente tem um Grupo de Mulheres, é um Grupo de Saúde que é discutido, que é conversado sobre saúde, beleza. [...] um Grupo de Mulheres, com ênfase em saúde, em saúde alimentar, saúde... Enfim, a gente traz pessoas para falar de questões jurídicas [...]” (E.5).

Desse modo, é perceptível ver o quanto os Grupos têm uma inserção política e econômica, não só na questão da prevenção/promoção da saúde, mas também na necessidade de ter os Grupos como uma forma de lazer.

4.2.2 Práticas assistenciais

O enfermeiro é um membro importante nas atividades assistenciais das Unidades de ESF, as quais são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,2011b), os profissionais têm capacitação para prestar atendimento integral à mulher, contemplando a prevenção, promoção e reabilitação, bem como garantindo o direito à saúde de todas as mulheres, em todos os ciclos de sua vida. Enquanto profissional das Unidades de ESF, o enfermeiro necessita saber um pouco de tudo, pois, se atua dentro do contexto de sua população, tem as mais diferentes demandas, ou seja, atende a diversas faixas etárias dependendo das necessidades de saúde. Os depoentes referem que:

“Na Estratégia, tu acaba pegando a mulher em diversas fases. A fase de que é para planejar a questão de ter filhos, [...] depois ela vem já gestante e depois ela vem mãe, com essa criança para acompanhar até os dois de idade” (E.11).

“Eu faço consulta de enfermagem, baseado muita vezes nas orientações, da parte mais preventiva, de estar orientando a mulher que é hipertensa, a mulher que é diabética, muitas vezes a mulher que está com algum problema familiar [...]. Então, eu faço consulta de enfermagem” (E.2).

Para efetivar as práticas assistenciais à saúde da mulher, o serviço é organizado por meio de agendas e/ou demanda espontânea. As ações realizadas pelo enfermeiro que se destacaram foram o pré-natal, a prevenção de câncer de mama e colo de útero e a consulta de enfermagem. O planejamento familiar, a visita domiciliar, as solicitações de exames, orientações sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis também foram elencadas.

“Então, faz a coleta do preventivo, faz a consulta de pré-natal também [...] faz o pedido de mamografia, exames complementares, como: T4, FSH, LH, alguns outros: hemograma completo. Então, a gente faz meio que tudo, na consulta de enfermagem voltada para a Saúde da Mulher” (E.1).

“É o enfermeiro que assume: o Pré-natal direto é o enfermeiro, a Consulta de Enfermagem, Planejamento Familiar, a coleta do citopatológico (CP), é tudo o enfermeiro que faz” (E.4).

A pesquisa realizada sobre a atuação do enfermeiro no atendimento à mulher na saúde da família, no município de Diamantino (MS), apresenta dados semelhantes, ou seja, prevalecem a prevenção de câncer de colo de útero, seguido pela assistência pré-natal de baixo risco e educação em saúde com mulheres como atividades mais desenvolvidas pelos enfermeiros em relação à saúde da mulher (SEVERINO; COSTA, 2010).

Pode-se perceber que os enfermeiros agem conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) no controle dos cânceres do colo do útero e da mama, primando: realizar atenção integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas; solicitar exames de mamografia e realizar atenção domiciliar, quando necessário.

Compete aos profissionais da Unidade de ESF a realização de pré-natal e puerpério humanizado e com qualidade. As ações que podem ser realizadas pelo enfermeiro envolvem: realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitar exames de rotina; realizar visita domiciliar, quando for o caso; realizar coleta de exame citopatológico (BRASIL, 2006b).

Foi possível perceber que o enfermeiro, para atuar dentro de seus princípios, necessita gerenciar suas atividades, ou seja, necessita de conhecimento e provisões necessárias ao bom andamento de seu trabalho. Portanto, a falta de material é muitas vezes solucionada com o seu empenho.

“Material a gente pede, a gente manifesta que está faltando, a gente vai atrás. Termina uma coisa, eu ligo para o Almoxarifado, tem. Eu espero o caminhão vir, eu vou lá busco, sabe? A gente procura sanar assim” (E.12).

O enfermeiro, ao longo dos anos de atuação nas Unidades de ESF, vem, em seu papel, formando e reformando o fazer em enfermagem na saúde pública, tanto no cuidado como na promoção da saúde das pessoas.

Atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem e prescrição são efetivamente atribuições que o enfermeiro vem se responsabilizando nas Unidades de ESF. Essas unidades exigem uma maior aproximação do profissional com a população e os eu dia a dia, solicitando deste habilidades específicas, quase sempre não exigidas em experiências anteriores (ARAÚJO, 2005).

Na fala transcrita abaixo, percebe-se que o enfermeiro se utiliza predominantemente de tecnologias leves (orientações, conversa) e de recursos materiais das tecnologias duras (verificação do peso, verificação da pressão) para o processo de produção de saúde.

“Especificamente é isso, as orientações do Planejamento Familiar; de saúde da mulher, quando a mulher vem para o preventivo, a mulher já é procurada, a gente pesa, vê a pressão, para fazer rastreamento dessas outras coisas, conversar como é que está a questão da saúde. A própria questão de virem para o preventivo e estarem tomando a pílula errada, por exemplo ou estarem sem método contraceptivo, a questão da orientação das DSTs [...]. Na entrega do anticoncepcional, por exemplo, é uma das oportunidades para orientar. Por que se a gente for esperar elas virem, para o Grupo, coisa assim, não... Não conseguimos ainda essa adesão”(E.12).

De acordo com Merhy (2002), a tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações, e a tecnologia leve produz-se no trabalho vivo em ato, em um processo de relações de interação e subjetivação, ou seja, no encontro entre trabalhador da saúde e o usuário, que possibilita produzir acolhimento, responsabilização e vínculo. Ressalta-se que todas as tecnologias se fazem necessárias dependendo da situação, porém, em todos os níveis de atenção, as tecnologias leves precisam estar presentes.

A enfermagem tem o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade e manifesta potência para transitar em diferentes campos de conhecimento para a prestação desse cuidado, ou melhor, a enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de

interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Observou-se que os enfermeiros são importantes nas Unidades de ESF, pois, além de atender as queixas dos usuários, têm também como papel orientar as necessidades de saúde daquela população. Nesse sentido, foi possível perceber que as ações mais comuns realizadas pelos enfermeiros se relacionam à família, ou seja, ao planejamento familiar e aos cuidados com a mulher e a criança.

4.2.3 Práticas políticas

A prática política é pouco descrita na literatura científica, devido os profissionais de enfermagem, por muitas vezes, não percebê-la, permeando os outros processos de trabalho, e ainda declararem-se apolíticos. Eles não levam em conta que o participar politicamente não indica necessariamente filiar-se a um órgão de classe, organizações que se empenham à defesa dos direitos civis ou a um partido político. Todo julgamento moral e atitude que lhe condiz é uma forma de participação política, sem o quê não é possível estar no mundo em sociedade (SANNA, 2007).

Toda a equipe multiprofissional que atua na Unidade de ESF pode atuar na prática política, sendo que os enfermeiros se sobressaem, por serem eles que assumem o papel de líder dentro da equipe de saúde, organizam e planejam as ações da Unidade e dispõem de conhecimento técnico-científico no assunto.

A organização e o planejamento das atividades das Unidades de ESF contam com a participação da comunidade e dos profissionais nas decisões políticas de saúde. Conforme a Portaria nº 648/2006, duas das características no processo de trabalho da equipe das Unidades de ESF são a participação popular nos territórios das Unidades e o fortalecimento do controle social pela equipe de saúde à população, na área de abrangência do programa (BRASIL, 2006a).

O Controle Social é um dos princípios fundamentais do SUS e pode ser considerado como uma importante estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde; assegura que a população participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde (BRASIL, 1990). Pode ser definido como a "[...] capacidade que a sociedade civil tem

de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade [...]" (CORREIA, 2000, p.53).

Para o exercício do controle social do SUS, foram criados como espaços vitais os Conselhos e as Conferências de Saúde, nas três esferas do governo: nacional, estadual e municipal. Atuam na elaboração de estratégias e no controle da execução da política de saúde. As Conferências de Saúde são realizadas no mínimo a cada quatro anos, por meio de uma Conferência Nacional e diversas Conferências Estaduais e Municipais, propiciando oportunidades de discussão e análise da situação geral de saúde da população e estabelecendo orientações para o funcionamento dos serviços de saúde do SUS.

Já os Conselhos de Saúde são definidos como organismos colegiados de caráter deliberativo e permanente, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários se dá de forma paritária em relação aos demais segmentos (BRASIL, 1990b). Além dos Conselhos Municipais, existe outra opção, os Conselhos Locais, que são instâncias hierarquicamente antecedentes aos Conselhos Municipais de Saúde e compõem-se de representantes dos bairros e de profissionais de saúde, em especial nos locais em que existem as Unidades de ESF.

Dos enfermeiros entrevistados neste estudo, apenas um citou a sua atividade política:

“Nós participamos do Conselho Local de Saúde, tem um agente de saúde que é o titular, eu sou a suplente do Conselho Local. E a gente sempre procura acionar a gestão em tudo que é possível. Acionar as outras unidades, quando preciso. A gente liga se tem alguma coisa. [...] Tenta estabelecer as parcerias aqui dentro e principalmente com os outros serviços. E a gente tem procurado esclarecer a comunidade” (E.12).

Para Arantes et al. (2007), os enfermeiros podem contribuir diretamente na busca do controle social efetivo, enquanto realizam suas funções gerenciais, educativas e de cuidados básicos.

Acreditamos que os enfermeiros possam exercer um papel importante na construção e no fortalecimento do controle social, principalmente, os que atuam em unidades de atenção básica à saúde, pois estão em contato direto com a população usuária dos serviços e possuem, em grande parte, um papel articulador tanto das atividades realizadas, quanto dos diferentes trabalhadores envolvidos no processo de produção das ações de saúde (ARANTES et al., 2007, p. 471).

Desse modo, os enfermeiros das Unidades de ESF têm um dever relevante junto à população atendida, mas não somente nas necessidades de saúde, além de envolver a população na busca pelas suas necessidades de saúde, fazendo com que ele próprio seja um cidadão

comprometido com o seu autocuidado e o cuidado do outro. Contudo, estimula que os governantes busquem sanar as reais necessidades da população.

4.3 Tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no trabalho

Merhy (2007) adota a definição de tecnologia como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo, incluindo também os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas, nos processos produtivos. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos – tecnologias duras; saberes e práticas estruturados – tecnologias leve-duras –, e trabalho vivo/produção de serviços/abordagem assistencial (modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização) – tecnologias leves (FRANCO; MERHY, 2007). De acordo com Gomes (2011), as práticas de saúde dos profissionais da Unidade de ESF devem associar tecnologias capazes de nortear no cuidado aos indivíduos e às famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, priorizando a produção de cuidar.

O emprego das tecnologias de relações, classificadas como tecnologias leves, no trabalho em saúde, percorre os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. O enfermeiro é o profissional que tem o espaço de prestar cuidados, receber e assistir o usuário, e as tecnologias leves são essenciais para o andamento do processo de trabalho.

O acolhimento compõe uma possibilidade de universalizar o acesso dos usuários à Unidade Saúde da Família (USF) e à rede do sistema de saúde, isto é, abrir as portas da unidade a todos os clientes que dela precisarem. O vínculo, por sua vez, firma-se no estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de saúde de trabalhadores e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2007).

Os enfermeiros entrevistados fazem referência ao acolhimento apenas quanto uma lógica organizacional, ou seja, um sistema de agendamento de consultas, que permite a organização da demanda agendada e o atendimento à demanda livre diária. Nesse sentido, o acolhimento aparece nas Unidades de ESF, segundo determinadas declarações:

“A gente tem os atendimentos, por demanda livre que elas procuram o atendimento na unidade, como o acolhimento, e também temos os agendamentos. Tem o agendamento dos preventivos, exames do colo de útero que a gente faz uma vez por semana [...]” (E.7).

“A gente tem as consultas normais de atenção às mulheres, pega ficha ou com acolhimento” (E.9).

Consoante ao Ministério da Saúde, o acolhimento é:

A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004, p. 43).

Diante disso, constatou-se que é aplicado um sistema de acesso às Unidades de ESF, a qual implanta a ideia de marcação de consultas agendadas associada ao acolhimento da demanda livre. Esse mecanismo implica melhorar o atendimento prestado e diminuir as dificuldades de acesso dos usuários às Unidades, ou seja, garante a acessibilidade, mas não o acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se, assim, a importância do acolhimento a todo e qualquer usuário que chegue à unidade à procura de ajuda, bem como a capacidade da Unidade Básica de Saúde em atender boa parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, funcionando como uma articuladora entre as diversas tecnologias disponíveis para a atenção básica (BRASIL, 2011d).

No estudo de Leonello e Oliveira (2008), os entrevistados consideram o acolhimento como forma de reconhecer e saber ouvir as necessidades de saúde dos sujeitos. Sabe-se, assim, que o exercício da escuta, por meio do acolhimento, exige que o profissional de saúde do mesmo modo se envolva e se comprometa com os sujeitos e suas necessidades. Esse envolvimento e comprometimento podem ser demonstrados pelo vínculo.

Construir vínculos significa manter relações próximas e claras com os sujeitos assistidos, sensibilizar-se com o seu sofrimento, facilitar a construção de sua autonomia, responsabilizar-se pelo cuidado e saber relacionar e integrar-se com esses sujeitos, no próprio serviço de saúde e na comunidade (MERHY, 1994). Na fala dos entrevistados deste trabalho, também se percebe essa noção:

“Então, eu tenho tentado trabalhar para olhar para a pessoa, olhar para a mulher e ver realmente o que ela está buscando naquele serviço, porque muitas vezes não é só o que a gente está oferecendo que ela está procurando” (E.2).

“É através da conversa, de uma consulta qualificada, de um acolhimento bem feito. Tento escutar além do que elas vêm trazer, às vezes, elas vem: “eu quero só fazer a injeção”, não mais, o que mais, como é que está a tua vida? Teus filhos, teu marido? Não tem? Como é que está a vida? Teu trabalho? Tu ir uma busca além, daí elas saem daqui feliz e daqui a pouco elas estão voltando, te buscam. Isso eu já notei com muitas. Agora, se tu não fazer, se tu simplesmente entrega a pílula, mais ou menos, sem olhar para o rosto delas, daqui um pouco essa pessoa não te procura, tu já perde ela, ela já vai para outra unidade, que é possível dela ser atendida. Então, aos pouquinhos, a gente vai mudando, acho que tu leva tempo, eu estou um ano e meio, é pouco tempo ainda, mas eu acho que já teve alguns ganhos”(E.6).

“E a questão de poder fazer outras atividades que envolvam toda uma unidade; mês de festa junina, a gente faz a festa junina para comunidade; carnaval, tenta fazer uma festa que lembre. Então, quer dizer também, é uma forma delas conhecerem a unidade, virem até aqui em alguns outros momentos, não só nos momentos de precisar, de tratar, de curar. Mas, também vir em outros divertimentos, enfim. Agora, semana que vem, tem o da Solidariedade, da questão da Campanha do Agasalho que a gente fez, com tudo que a gente arrecadou. A gente vai abrir a Unidade num turno só para fazer o varal de Solidariedade. Então, quer dizer, é uma forma de tu trazer as famílias necessitadas, que elas percebam que a Unidade não é só para tratar doença, mas que também é para criar esse vínculo com elas”(E.11).

O enfermeiro utiliza-se de estratégias para criar vínculo com a comunidade, como escutar as queixas, buscar aproximação com o usuário de modo que gere confiança, respeito, empatia, para que haja a sua participação. Além disso, organiza o serviço com atividades que envolvam todos os profissionais da Unidade e os usuários, para que aconteça um conhecimento dos serviços prestados. A formação do vínculo acarreta uma relação mais próxima entre a equipe e a comunidade, o que favorece a adesão aos serviços de saúde.

A fala do entrevistado E.11 traz a preocupação do enfermeiro em demonstrar para os usuários que não deve procurar a Unidade apenas para curar/tratar a doença, mas, sim, para preveni-la. Tenta-se, assim, mostrar que o objeto de trabalho não é a doença, todavia, há os fatores de riscos e agravos específicos da doença e seus modos de transmissão. Transparece-se a busca pelo desprendimento do modelo biomédico, a qual ainda intervém na atenção à saúde.

O acesso, acolhimento e vínculo, enquanto recursos tecnológicos, representam uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas (COELHO; JORGE, 2009).

Nas Unidades de ESF, a enfermagem desenvolve vários tipos de ações em sua dimensão cuidadora às mulheres, desde a gravidez até a idade senil, proporcionando não só o acesso, mas também consolidando vínculos, acolhimento, e contribuindo para a resolução de problemas, prevenção de doenças e promoção à saúde.

O vínculo, como tecnologia leve das relações na ESF, parte do princípio de que os trabalhadores de saúde deverão estabelecer a responsabilização pela área adscrita; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, 'laços', entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática da ESF (BRASIL, 1997).

Nestes depoimentos constata-se que o vínculo é fundamental para assegurar laços de cumplicidade, afinidade e confiança, intermediando a relação profissional e usuário:

“O vínculo que a gente tem facilita, porque tu passa já conhecer. Porque como o ESF é área definida, então tu geralmente, de um ano para outro, vai ser sempre as mesmas. A maioria vai ser as mesmas, então tu já cria aquele vínculo para gente fazer o trabalho” (E.4).

“Junto com a coleta é feito uma consulta, não é feito, só vou ali coleteo e deu. É uma consulta que demora, umas demoram até uma hora, quarenta minutos... Umas são um pouco mais rápidas, depende da situação toda da mulher e da disponibilidade delas também e do vínculo que vai se formando. Isso eu percebo que está começando acontecer, porque elas tinham um vínculo grande com as outras enfermeiras que já estava há mais tempo. E agora elas estão me conhecendo [...]” (E.6).

A formação do vínculo, nas Unidades de ESF, fica evidenciada quando o E.4 destaca que os profissionais já conhecem a população localizada na área definida para sua atuação, identificam as pessoas e as famílias a que pertencem. Desse modo, estabelecem com a população uma parceria de confiança, compromisso e empatia, favorecendo o encaminhamento de seus problemas de saúde, a fim de serem solucionados.

Os enfermeiros das Unidades de ESF recorrem à consulta de enfermagem para facilitar o acompanhamento da saúde das mulheres e a formação do vínculo. A consulta de enfermagem é competência exclusiva do enfermeiro. A Lei do Exercício Profissional – de nº 7.498, de 25 de junho de 1986 – legitima o enfermeiro para o pleno exercício de sua atividade junto aos indivíduos, à família e à comunidade, nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e domiciliar ou em consultório particular (BRASIL, 1986).

Na fala do entrevistado E.6, verifica-se que a consulta de enfermagem na Saúde da Mulher permite a criação do vínculo entre enfermeiro e usuária. Nesse momento, o profissional busca uma aproximação com a mulher, não se preocupando com a duração da consulta, mas, sim, em promover um diálogo, para ela expor suas angústias, experiências e dúvidas.

4.4 A organização do trabalho com as mulheres

A organização dos serviços das Unidades de ESF e o planejamento das atividades fazem parte das atribuições do enfermeiro. Logo, para realizar algumas atividades, a organização é feita por meio de agendas instituindo dias e/ou períodos, a fim de prestar atendimento às mulheres (coleta do preventivo, consultas de enfermagem e pré-natal com orientações sobre planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), sexualidade). No momento em que não estão atendendo com agendamento, seguem a demanda livre.

“A gente tem, no atendimento, o agendamento da coleta do citopatológico, que daí já faz coleta, exame de mamas e orientação sobre a sexualidade, planejamento familiar, que aí conta com a enfermagem, com as enfermeiras. [...] Tem o pré-natal, que tendo Beta, a gente já chama, já colhe, já pede os primeiros exames e já deixa agendada todas as consultas subsequentes, que são feitas intercalando médico, enfermeiro” (E.9).

No cotidiano de trabalho do enfermeiro, observa-se a busca por um planejamento adequado para a organização do trabalho, visando oferecer às usuárias um atendimento eficaz e eficiente.

O trabalho de atenção às mulheres é realizado com uma equipe multiprofissional. Em relação a isso, os entrevistados foram unânimes, ao relatarem que todos os profissionais da equipe se envolvem com o atendimento voltado às mulheres. Algumas unidades possuem a equipe mínima: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e outras já possuem uma equipe ampliada, contando também com dentista e auxiliar de saúde bucal. A importante participação dos residentes e acadêmicos de várias áreas da saúde

(nutrição, terapia ocupacional, assistente social, fisioterapia e enfermagem) também foi lembrada como apoio na realização do serviço.

“É o enfermeiro, daí tem a enfermeira residente, eu tenho a técnica de enfermagem. A enfermeira faz a Consulta de Enfermagem, as consultas, enfim... A técnica de enfermagem faz os procedimentos relativos a essas consultas, consultas com a médica, a médica também se envolve; as agentes de saúde, na busca ativa de alguma mulher, por que não veio fazer a coleta do citopatológico (CP), deu alguma alteração no exame citopatológico (CP). Eu tenho também uma nutricionista residente, uma assistente social [...] Elas têm agenda com a nutricionista. A nutricionista nos grupos orienta sobre alimentação saudável, a assistente social sobre a parte jurídica, sobre algum problema de violência, alguma coisa assim. Então, é isso que é feito” (E.5).

“Eu acredito que toda a equipe se envolve com o cuidado da mulher, tanto a médica, como o enfermeiro, técnico e os agentes comunitários de saúde também [...]. Quando precisa realizar uma busca ativa, a gente tem muita acessibilidade com eles, nesse aspecto. Eu acredito que todos os profissionais têm um envolvimento [...]” (E.7).

“A nossa equipe é bem boa. Tanto que não é em todo lugar que o médico e o enfermeiro fazem pré-natal conjunto. Eles fazem o nosso, a gente faz conjunto, e a odonto faz pré-natal odontológico. Todas as nossas gestantes passam pela dentista. [...] A equipe básica, que é médico, enfermeiro e dentista, todo mundo faz esse atendimento a mulher, um pouco diferenciado, quando se é gestante” (E.9).

A relevância do trabalho em equipe na Unidade de ESF deve-se pelo aspecto da integralidade do cuidado aos indivíduos e às famílias; tem como propósito a obtenção de resultados sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença dos indivíduos e das famílias em um território. A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e reveste-se de uma importante estratégia para a efetivação de um novo modelo proposto no SUS (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Dessa forma, a abordagem integral dos indivíduos e das famílias é produzida pela soma dos diferentes olhares dos trabalhadores de saúde que compõem a Unidade de ESF. Nesse sentido, pode-se obter maior impacto sobre os diferentes determinantes e condicionantes que atingem o processo saúde-doença (FRANCO; MERHY, 2007).

As falas dos entrevistados E.7 e E.9 apresentam que o trabalho em equipe acontece no sentido da divisão de responsabilidades entre os seus membros, na qual todos participam com

suas especialidades, cooperando para a qualidade da prestação das ações na busca da saúde integral. Conforme o MS, o trabalho em equipe é evidenciado no conjunto das características da ESF, como um dos pressupostos mais consideráveis para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001b). Os profissionais da equipe são chamados para executar sua profissão, em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser resultado de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Almeja-se que os integrantes das equipes sejam capazes de “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações” (BRASIL, 2001c, p.74).

Nos discursos dos sujeitos entrevistados, aparecem referências a situações de trabalho que colocam em evidência a articulação das ações e delimitações de papéis dos profissionais. De certa forma, demonstram que, em alguns instantes do seu trabalho, buscam os demais membros da equipe, para trocar informações, visando, principalmente, esclarecer dúvidas.

“Primeiro, como eu falei, os agentes de saúde... é que eles vão nas casas, eles têm acesso de entrar nas casas, ver a mulher, a filha, a neta, eles têm esse acesso às pessoas; eu, como enfermeira, naqueles casos que falei: de Grupos de Mulheres, de pré-natal, de fazer preventivo, de exame de mama; essa parte, eu e o médico a mesma coisa: faz consulta médica, faz pré-natal, o caso de preventivo eu faço. Mas, a gente dá o encaminhamento para especialistas, se precisar. Mastologista, gineco ou algum exame é ele que vai ter que pedir, então, ele se envolve nessa parte; e o técnico de enfermagem que a gente tem, que ele se envolve direto e indiretamente, ele vê os sinais, alguma mulher vem consultar, ele pergunta do preventivo e já encaminha para a gente marcar, ele se envolve dessa forma de marcar, os sinais de cobrar quando a pressão está alta, não está se cuidando, aí todos nós... Quando ele olha e vê um HGT alterado, ele já faz: 'nossa, esse aqui está... Vamos ver com a Nutrição, vamos ver com o enfermeiro, vamos com o médico o que dá para fazer'”(E.3).

“O agente de saúde, ele faz a busca ativa, orientação. O enfermeiro faz pré-natal, faz consulta com as puérperas, faz, enfim,... as consultas de enfermagem. A médica faz o atendimento também, pré-natal, quando necessário, quando a gente tem. O dentista faz a avaliação. E quando a gente tem os Grupos de Mulheres, a gente fecha a porta e vai todo mundo. Então, sempre está todo mundo, sempre envolvido, trabalhando junto, pelo menos é esse o nosso objetivo aqui, não segmenta o trabalho, onde tem... Até porque é atribuição de todos o trabalho coletivo na ESF. Então, a gente tenta, se tem o Grupo, tem orientação numa escola, fechamos e vamos todo mundo, porque sempre vai ter um que vai ter uma orientação

diferente ou nova para dar. Dentista é um, agente é outro, o médico é outro, técnico é outro, então, todos se envolvem” (E.10).

“Toda a equipe, eu acho que independentemente de qualquer profissão. Tem nutrição, têm os acadêmicos de fisioterapia, cada usuário assim com sua peculiaridade, a gente acaba usando os profissionais que tem. Mas, é legal a gente poder trocar com eles e cada pouco poder fazer suas atividades diferentes. Claro, que tu acaba a enfermagem usando um pouco mais dos dispositivos, um pouco mais do que a odonto, por exemplo. Mas, enfim, é por ser da profissão, do núcleo mesmo. Então, mas todos, todos fazem. A mulher acaba passando por todos os profissionais daqui” (E.11).

Observa-se, assim, que a interação entre os profissionais e a união de suas atuações faz parte do trabalho em equipe. Eles buscam desenvolver o trabalho de forma coletiva; embora ocorra divisão de atribuições entre os profissionais, existe um compartilhamento das ações.

4.5 Dificuldades e facilidades vivenciadas pelo enfermeiro no trabalho com as mulheres

Durante este estudo, várias situações de dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, no que diz respeito ao trabalho direcionado às mulheres, foram relatadas. Na tabela a seguir, apresenta-se uma síntese dessas situações:

Tabela 1 – Distribuição das situações de dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros das Unidades de ESF, Santa Maria/RS, 2013

Situações de Trabalho Vivenciadas	Nº de enfermeiros
Faltam materiais e recursos financeiros	3
Dificuldade de acesso à Unidade de ESF	3
Baixa assiduidade das mulheres na realização dos exames preventivos	2
Falta de apoio da gestão e dos gestores	2
Horário de funcionamento da Unidade incompatível para mulheres que trabalham	2
Participação das mulheres nos Grupos	2
Os tipos de anticoncepcionais oferecidos para as mulheres	2
Famílias nômades	2
Atendimento a áreas desterritorializadas e sem agentes de saúde	2
Falta de medicamento (ácido fólico)	2
Mulheres faltosas nas consultas	1

Situações de Trabalho Vivenciadas	Nº de enfermeiros
Dificuldade das mulheres entenderem o uso do anticoncepcional	1
Mulheres não procuram os serviços	1
Mulheres não aderem ao tratamento	1
Demora no encaminhamento para especialidades	1
Vulnerabilidade da população	1
Estrutura física inadequada da Unidade de ESF	1
Dependência das mulheres aos homens, violência em casa	1

Dentre essas situações, os entrevistados afirmam enfrentar falta de materiais, especialmente de materiais de expediente, problemas de estrutura física e recursos financeiros.

“Dificuldades nós temos a área física. Porque a gente podia estar fazendo muito mais [...]. às vezes, a colega está lá embaixo e eu estou aqui, eu podia estar fazendo muito mais, eu digo 'melhor utilizada'...” (E.4).

“[...] não tem material, tipo, para Grupos, a gente não tem recursos. Muitas vezes, se tu quer fazer uma coisa mais bonita, que chame, tu tem que tirar do próprio bolso, assim, tipo, balões, fitas, algum mimo para trazer ou algum lanche para trazer, ou tu tem que pedir; muitas vezes, tu não consegue. Então, essas são dificuldades, de não ter um recurso para isso. Como a Estratégia é voltada para prevenção, promoção, a gente deveria estar muito mais em Grupos, em coisas, do que clinicamente dentro da Unidade. A gente acaba, muitas vezes, não fazendo, porque, bem ou mal, precisa de alguma coisa que chame a atenção delas. Além do falar, do convidar, tu tem que fazer cartazinho, tem que fazer convite, tem que ter escrito o dia, porque elas podem esquecer” (E.6).

Em relação à estrutura física inadequada, o estudo realizado por Madeira (2009) também aborda problemas com espaço físico, em uma Unidade de Saúde da Família, a qual possui área física limitada para todas as atividades realizadas. Essa realidade também é apontada por Cunha et al. (2013): em sua pesquisa, aparece como um dos principais impedimentos que dificultam o trabalho, juntamente com a falta de recursos financeiros, materiais de procedimentos, escassez de medicamentos e baixa remuneração. Severino e Costa (2010) e Pinto (2008), em seus estudos, citaram como dificuldades existentes no dia a dia, para realizar as atividades de trabalho, a indisponibilidade de materiais. Infelizmente,

demonstrou-se que essas dificuldades são recorrentes nas Unidades de ESF e provocam impedimentos na qualidade dos serviços oferecidos.

Outras falas remetem à dificuldade de acesso das mulheres à Unidade de ESF.

“Uma coisa que eu tenho muita dificuldade é a questão da distância que tem. [...] Isso é bem dificultoso, porque aí demanda uma questão que a gente precisa estar ligando para Secretaria, para conseguir se locomover até lá, onde elas estão. Como é muito longe, eu não consigo ir. [...] Eu preciso do carro; eu tenho Grupo com as mulheres, ou tenho alguma outra atividade para fazer, às vezes, a questão das visitas domiciliares também. Quando uma mulher ou quando um homem solicita, não tenho, assim, um carro disponível, eu tenho que ligar para Secretaria muitas vezes, agendar para um outro dia, aí as pessoas ficam esperando, ou, muitas vezes, eu tenho que aguardar uma hora, meia hora até o carro chegar à unidade” (E.2).

“A gente tem uma área, duas áreas, que são áreas longes da Estratégia e que a gente nota, daí, que as mulheres não vêm muito nas atividades. [...] Porque elas dependem de ônibus, os horários de ônibus são ruins; para vir a pé, as estradas são ruins, tem muito barro. Então, a gente nota dificuldade de acesso, muitas vezes, por serem localidades longes”(E.6).

“A distância que elas têm que percorrer também é uma dificuldade, o acesso é uma dificuldade, porque não tem ônibus toda a hora. É a cada seis horas um ônibus, não a cada seis minutos. A unidade fica relativamente longe, porque não são dez quadras, não são cinco quadras, são dez quilômetros, são cinco quilômetros. Às vezes, são dois, três quilômetros de uma casa para outra; então, essa é a dificuldade” (E.10).

Do mesmo modo, essa dificuldade é apontada por outros estudos que tratam de obstáculos enfrentados pelos profissionais, para realizarem seu trabalho na Unidade de ESF. Madeira (2009) destaca que a ampla extensão do território geográfico da área, o isolamento e a distancia das localidades até a unidade de saúde dificultam o acesso da população, essa dificuldade sendo reforçada pela inflexibilidade dos horários dos ônibus. Lopes e Marcon (2012) relatam a inexistência de veículos para a locomoção até os domicílios; o carro para deslocamento dos profissionais é disponibilizado em um único período por semana para cada equipe. Normalmente, existe um grande número de famílias a serem visitadas, impondo os profissionais a selecionar criteriosamente os casos mais urgentes, sendo frequentemente priorizados aqueles de maior necessidade de acompanhamento domiciliar. Contudo, essa condição pode se limitar ao atendimento à pessoa agravada e não a todos os membros da família.

As falas destacam que os profissionais que trabalham na Unidade de ESF têm enfrentado dificuldades para assistir aos usuários adequadamente. O problema do acesso tem atingido o deslocamento tanto dos usuários até ao profissional de saúde, quanto do profissional de saúde até aos usuários. A falta de transporte foi lembrada pelos enfermeiros, pois a sua ausência inviabiliza a adequada realização das atividades, por exemplo, atendimentos domiciliares, que requerem a sua utilização devido à distância das casas à Unidade. Já as dificuldades dos usuários estão associadas à dificuldade geográfica de localização da Unidade, a qual fica longe de suas residências, à precariedade de horários de ônibus e à infraestrutura das estradas, que impossibilitam de acessar os serviços.

Na fala de dois entrevistados, percebe-se a desmotivação pela falta de apoio da gestão, bem como a responsabilidade profissional.

“Então, essas coisas dificultam um pouco o trabalho, e quando a gente não tem esse respaldo da gestão. [...] Mas, eu digo da gestão com um todo, sabe? De não dá suporte realmente para a gente conseguir avançar nesse tipo de trabalho, porque a lógica do PSF é trabalhar mais com a prevenção e promoção da saúde e não tanto com essa parte curativa. Mas, parece que essa curativa é tão... Parece não, ela é tão forte, que a gente não consegue avançar no processo de trabalho [...]. Então, isso deixa a gente até um pouco desmotivado muitas vezes, porque a gente tenta fazer, tu quer fazer e tu não tem o respaldo, a gente vai atrás, a gente sabe que não depende só da gente, porque tem a questão profissional, o profissional tem que querer fazer esse tipo de atividade com as mulheres, mas se tu não tiver por trás um suporte, tu também não consegue. Então, tem do profissional, e tem um pouco dessa parte de gestão também”(E.2).

“E a relação de trabalho, da gestão que não dá prioridade para a saúde pública, hoje, é muito complicado” (E.10).

Pode-se observar que a dificuldade de apoio da gestão faz com que os enfermeiros fiquem desmotivados com o seu trabalho, uma vez que constatam os problemas, querem resolvê-los, sentem vontade de fazer mais ações, mas sem o retorno de resoluções, por parte dos gestores do SUS, acabam sentindo-se desestimulados.

A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Dessa maneira, desprende-se do modelo curativo para ações preventivas e reabilitadoras. A fala do entrevistado E.2 expõe a dificuldade que os enfermeiros enfrentam

para aplicar o modelo assistencial, previsto nas políticas de saúde para a atenção básica, a qual prioriza a promoção e a vigilância à saúde.

Quanto ao planejamento familiar, nas Unidades de ESF, dois enfermeiros referiram dificuldade na oferta de anticoncepcionais oferecidos às mulheres.

“[...] Os anticoncepcionais, a gente tem só o trimestral, o injetável trimestral, a progesterona e o anticoncepcional Microvlar, e só! E o DIU, a gente encaminha, se ela quiser colocar [...]. O que eu me refiro é que a gente podia ter, por exemplo, um anticoncepcional melhor para adolescentes, uma coisa melhor, que tem no mercado, por exemplo, o adesivo, umas coisas diferentes” (E.4).

“Outra dificuldade: não temos pílula para a adolescente [...]. O que tu recebe hoje, o Microvlar ou a injeção de três meses [...] (E.12).

Portanto, verifica-se que os atendimentos são limitados, no aspecto de não ofertar métodos contraceptivos com diferentes dosagens e técnicas de aplicação. Sabe-se que, de modo geral, as adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. Entretanto, alguns métodos são mais apropriados que outros, nessa fase da vida.

Na realização de ações junto às mulheres, nas Unidades de ESF, os enfermeiros referiram algumas facilidades encontradas no trabalho, as quais estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das situações de facilidades vivenciadas pelos enfermeiros das Unidades de ESF, Santa Maria/RS, 2013.

Situações de Trabalho Vivenciadas	Nº de enfermeiros que responderam
Vínculo com os pacientes	4
A presença do agente comunitário de saúde	4
Questão de Gênero	4
Público de mulheres maduras	2
Serviço na unidade é bem organizado	1
O bom relacionamento da equipe	1
Melhoria na sala de atendimento à Saúde da Mulher	1

Percebe-se que as facilidades que predominaram foram a formação de vínculo entre o enfermeiro e as usuárias, a presença do agente comunitário de saúde e a questão do gênero, de acordo com as falas transcritas abaixo.

“Olha, as facilidades é que elas já aprenderam, já criaram um vínculo. Então, elas já chegam aqui e já dizem 'eu quero falar um pouquinho contigo'. Primeira coisa que elas chegam e dizem 'eu quero falar um pouquinho contigo'. Daí a gente faz uma consultinha de Enfermagem e, às vezes, elas só querem tirar alguma dúvida, alguma coisa, então, isso é facilidade” (E.5).

“O pessoal banaliza a coleta de preventivo; para mim é a consulta mais rica que a mulher tem. Até porque se ela fala sobre sexo, ela fala como ela se sente dentro do sexo, ela consegue falar sobre qualquer outra coisa. E, daí, aqui, elas falam tudo, se gosta, se não gosta, se querem, se não querem, se tem amante, se não tem amante, e a gente sabe do mais íntimo daquelas mulheres. Então, assim, no momento que tem isso, tu consegue um vínculo muito bom com essas mulheres” (E.9).

“Acho uma facilidade, essa questão da gente ir criando vínculo com ela. [...] Essa questão do vínculo com a mulher, tu tem mais do que com homem, que acaba procurando só quando necessita. A mulher, ela vem mais na consulta só para conversar... Então, essa parte de vínculo com a mulher é um pouco mais fácil” (E.11).

Lopes e Marcon (2012) também verificaram, em seu estudo, o vínculo como a principal facilidade. Abordaram que um bom vínculo facilita repassar orientações e investir na prevenção de doenças. Todavia, Severino e Costa (2010) tiveram como grande dificuldade apontada pelas enfermeiras a ausência de vínculo com as mulheres, até mesmo devido à troca de enfermeiro, o que prejudica a assistência.

Percebe-se, nos discursos dos enfermeiros, a referência à consulta de enfermagem como uma atividade que facilita a construção do vínculo. A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, a qual faz parte de uma série de atribuições do profissional que atua nas Unidades de ESF. Ela está respaldada pela atual legislação do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7498/86) e assegurada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Resolução nº 358/2009), que dispõem sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem, em ambientes públicos e privados, nos quais ocorre o cuidado profissional de enfermagem (BRASIL, 1986; BRASIL, 2009c).

O processo de enfermagem é um método sistematizado, que a enfermagem utiliza para organizar suas ideias e informações, para melhor planejar o cuidado prestado ao cliente. Um dos objetivos da consulta de enfermagem, como etapa importante no processo de trabalho do enfermeiro, é de aproximar e interar o cliente com o meio onde vive, visando atingir o

máximo bem estar, oferecendo-lhe oportunidades para alcançar sua autonomia e sentir-se autorrealizado (ZAGONEL, 2001).

No discurso do entrevistado E.5, nota-se, por meio da palavra “consultinha”, certo menosprezo, a não valorização, pelo próprio profissional, de uma atividade específica do enfermeiro. Demonstra-se que o enfermeiro, por vezes, não toma posse de uma prática prioritária de seu exercício profissional.

O apoio prestado pelos ACS foi lembrado pelos enfermeiros como crucial para o desenvolvimento do trabalho:

“As facilidades eu acho que é o fato da gente ser uma estratégia e ter alguns agentes de saúde. E ter essas pessoas para a gente ter apoio, para trazer essas mulheres, para buscar elas, de ser uma área fechada, era para ser na realidade...” (E.6).

“Facilidades... Eu acho, assim, quando a gente tem, por exemplo, o profissional agente comunitário de saúde, o nosso serviço se torna mais fácil, digamos assim. Porque muitas vezes elas marcam os preventivos e a gente sabe que tem aquelas que são faltosas, então eles já fazem, já veem quem faltou naquele dia e já fazem a busca ativa daquela mulher, para poder reagendar e saber o porquê ela não veio coletar. Então, já facilita muito o teu trabalho com o agente comunitário de saúde” (E.7).

“Os agentes comunitários são da área, conhecem muito o pessoal, são vizinhos. [...] Então, eles falam, às vezes, são até compadres, conhecem todo mundo da área, se dão bem. Todas, todas as agentes se dão bem com seu público de cada microárea. E se eles chamarem, mobilizarem as pessoas, escutam, veem, elas têm credibilidade. Então, essa é uma facilidade de trabalhar com elas” (E.10).

“O trabalho dos agentes também ajuda bastante. Então, principalmente para fazer busca ativa das pacientes, das gestantes, por exemplo. Fulana não veio na consulta, vai lá ver o que aconteceu; então, isso aí é bem importante” (E.12).

Santana et al. (2009), em estudo sobre os ACS, relatam que esse profissional possui um papel significativo, no processo de trabalho da Unidade de ESF, pois age como conexão entre comunidade e os demais membros da equipe de Saúde da Família, principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, o qual pode proporcionar confiança, solidariedade e respeito, particularidades fundamentais na promoção da saúde. Permite-se, assim, a ligação entre as informações técnico-científicas e o saber popular, favorecendo o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A questão de gênero foi pontuada pelos enfermeiros como aspecto facilitador na formação de vínculo e na realização dos exames preventivos, pois, muitas vezes, elas buscam não só a consulta, mas um profissional com o qual possam ficar mais à vontade, para relatarem suas dificuldades, dúvidas, problemas, entre outros.

“Até essa questão voltada para a Saúde da Mulher, elas preferem conversar comigo a passar por uma consulta com o médico. Então, muitas vezes, estou na parte da triagem ou fazendo alguma outra coisa, e, mesmo elas vindo fazer a consulta com o médico, elas dizem: 'ai, eu estou com um probleminha lá em baixo, está assim, assim...' Então, tu aproveita que vai consultar e já fala. 'Ai, mas, eu tenho vergonha'; então, sabe, elas vem, mesmo assim elas procuram a gente. Então, é uma coisa bem gratificante”(E.1).

“E o preventivo é só eu que faço, a médica não coleta. Há exceção de alguns casos, que é assim, como no caso eu sou homem, tem muitas mulheres que ficam constrangidas. Aí a gente tem que usar do bom senso também, para conseguir fazer esse atendimento. Então, eu converso muitas vezes com a médica que aquela mulher não quer fazer o preventivo comigo, e ela acaba coletando. Então, ela faz também, em menos proporção, porque eu que acabo assumindo mais esse serviço. Mas, assim, isso é muito raramente, a maioria das mulheres aceitam tranquilamente, sem problemas”(E.2).

“Mulher, ela conversa mais, ela se expõe mais, ela consegue... Então, isso é uma das facilidades; assim, uma coisa que com o homem tu já não faz esse contato, essa conversa, eles não se abrem, não dá. Mulher, já dá, já facilita” (E.9).

“E por sermos também enfermeiras mulheres eu acho que fica muito mais fácil de tu entender. Então, mesmo que, por diversas vezes, a gente se encontra em algum momento que não saiba sanar todas as dúvidas, alguma coisa assim, mas por ser mulher acaba facilitando um pouco mais”(E.11).

De acordo com o estudo realizado por Montenegro (2010), os enfermeiros evidenciaram que o fato de ser mulher facilita na relação com os usuários, principalmente quando se trata do atendimento das necessidades de saúde da mulher. E também interfere no trabalho da atenção primária, uma vez que é permeado por relações sociais que, muitas vezes, transpõem a competência técnica para o desempenho de suas funções.

4.5.1 Estratégias utilizadas frente às dificuldades e facilidades do trabalho

Nesta subseção, são descritas as estratégias que os enfermeiros utilizam frente às facilidades/dificuldades, no seu trabalho junto às mulheres, nas Unidades de ESF.

Os entrevistados apontam uma série de estratégias para atender à saúde da mulher, tais como: busca ativa, atendimento em Grupo, acompanhamento, envolvimento, parcerias com as universidades, facilitação do acesso ao serviço, reunião de equipe, deixar a porta aberta do serviço para hora que for necessário e sala de espera.

No estudo de Severino e Costa (2010), as estratégias empregadas pelas enfermeiras, a fim de motivar as mulheres a realizarem o exame de prevenção de câncer de colo de útero, são o direito de participar de sorteio de prêmios, salão de beleza e presentes de loja. Dizem que dessa forma instigam a população feminina a realizar o exame, e esse gera um momento de criação de vínculo com as mulheres.

Na análise das falas, percebeu-se que há o predomínio da utilização da busca ativa com a participação dos ACS.

“Uma das estratégias é a facilidade que a gente tem no caso das agentes de saúde, que elas fazem uma busca ativa, elas conversam com as mulheres. Em questão do pré-natal, o porquê não estão indo fazer. A gente tem um caderno com a frequência. Então, todo o mês eu faço um controle, daí aquelas que são faltosas, a gente procura ir atrás, e a mesma coisa da questão da Saúde Mulher, assim, a questão dos exames, esses complementares, tudo, elas conversam e elas veem e me passam o caso e, qualquer coisa assim, a gente chama” (E.1).

“A estratégia que eu utilizo, assim, é o apoio dos agentes comunitários também. Porque é, assim, a mulher faz a consulta mensalmente. Então, o resto do mês são eles que acompanham e eu estou sempre em contato com eles perguntando: 'como é que está aquela gestante, como é que está a gestante da tua área, tu passou lá? Como que ela está?’” (E.2).

“O que a gente usa de estratégia, aqui, são os agentes de saúde. [...] Os agentes de saúde ajudam nessa parte de preventivo, ajudam na parte de mamografia, se está atrasada a gente avisa: 'óh, tal senhora faz três anos que não faz, vai atrás', elas vão buscar para nós. Tem o Grupo de Mulheres, elas levam o convitezinhos; tem a Nutrição, as consultas, elas avisam que a Nutrição está oferecendo consulta” (E.3).

“Geralmente, por ter o agente comunitário de saúde, a gente faz a busca ativa. Então, aquela mulher teve o preventivo alterado, teve alguma coisa assim, a gente vai atrás. Aquela mulher que a gente ficou sabendo que sofre de violência, alguma coisa assim, a gente vai fazer visita [...]” (E.11).

Nas unidades de saúde da família, o enfermeiro agrega ao seu processo de trabalho a coordenação, orientação e supervisão das ações do ACS. Esse profissional colabora com o enfermeiro no atendimento à Saúde da Mulher, na realização da busca ativa das faltosas aos exames e da consulta pré-natal; nas visitas domiciliares; no acompanhamento mensal às gestantes e transmissão de informações de atividades que estão acontecendo na Unidade.

4.6 As sugestões dos enfermeiros para melhorar o trabalho com as mulheres na Estratégia Saúde da Família

As sugestões referidas pelos enfermeiros revelaram suas necessidades em relação ao trabalho, para que possam melhorar a qualidade do serviço oferecido para a comunidade. Em meio às sugestões ditas pelos enfermeiros, salientaram-se as sugestões relativas à formação de mais grupos de mulheres/saúde, possibilitando, assim, ampliar a promoção da saúde.

“Olha, a minha sugestão seria que elas participassem mais dos Grupos. [...] Que houvesse um atrativo, um investimento da gestão municipal, para que a gente consiga fazer Grupos. [...] Então, um incentivo financeiro, para comprar material, mesmo para a gente realizar esse trabalho” (E.5).

“A gente poderia implementar, por exemplo, mais grupos, eu acredito, porque, muitas vezes, há dificuldade das mulheres aderirem ao Grupo. De repente, alguma busca ativa, algum convite, alguma coisa que elas possam procurar a unidade” (E.7).

Os enfermeiros sugerem maiores incentivos para a realização de grupos, pois sabem que esses são as principais ações realizadas com enfoque na promoção da saúde. Esses espaços proporcionam um desenvolvimento de todos os envolvidos, através da oportunidade de interferir criativamente no processo de saúde-doença e em enriquecer os variados saberes.

Outra sugestão feita pelos enfermeiros foi em relação a terem mais recursos humanos, materiais e financeiros. Segundo eles, todos esses pontos dificultam para oferecer melhorias no serviço.

“Talvez seja um pouco mais de recurso. [...] Então, a falta de recurso, de material, equipamento. Às vezes, a gente não tem uma camisola para colocar na paciente. Então, a gente já meio que improvisa, assim, tenta... Às vezes, não tem um aquecedor, num dia frio, para ti fazer o exame, assim, para a mulher ficar mais relaxada. Então, é mais a questão falta de recurso material, mesmo” (E.1).

“Não tem recepcionista aqui, a gente já falou para a Secretaria que, desde que eu estou aqui, eu queria um recepcionista. [...] Se a gente pudesse receber, ajudaria para nós fazermos o atendimento, [...] impressora para fazer folders, tudo a gente imprime em casa ou tudo que tem de educativo, de colorido é a Nutrição que traz. Então, a parte, assim, que a gente precisaria é de mais material para trabalhar de uma forma diferente, mas, assim, no dia a dia, vai mais ou menos bem. O que falta: um profissional de recepção e material lúdico educativo. Acho que essas coisas, se a gente tivesse, ia melhorar” (E.3).

“A gente precisaria de uma demanda de pessoas também mais qualificadas, um psicólogo, uma assistente social. [...] Muitas demandas daqui é a parte mais social [...]” (E.6).

“Eu acho que a questão que todo o local tem é a questão de recursos humanos. [...] Mas, a falta de recursos humanos faz com que tu não consiga atender esses quinze mil e fazer com que tu possa chegar na maioria das casas que tu gostaria. Então, eu acho que o ponto principal, mas é que não é só daqui, é de todo o município, de todo o hospital, enfim, eu sei que tem. Nunca vai ser o certo, o correto. Então, mas o ponto básico seria esse. Bom, ter o ideal de recursos humanos, de enfermeiros, para atender esse quinze mil. Então, tu consegue fazer outras atividades, tu consegue abrir mais espaços para visitas, enfim...”(E.11).

Nos discursos, os entrevistados indicam que investimentos de melhorias devem ser disponibilizados nessas Unidades de ESF, nas quais os profissionais devem propiciar resolutividade, integralidade e continuidade da atenção à população. Algumas sugestões estão relacionadas ao trabalho com a comunidade e ao empoderamento desta. Nesse sentido, há uma relativa importância da comunicação e dos meios de comunicação como uma estratégia de aproximar os profissionais da comunidade.

“Eu acho que o trabalho com a comunidade, sabe? De conversar com a comunidade, de ir. A gente conversou um dia com um rapaz da

rádio comunitária, ele nos abriu espaço. Para a gente conversar, para a gente explicar, porque a gente vê que as pessoas não têm informação, falta informação do básico. E, assim, às vezes, um pergunta para o outro e o outro não sabe e diz besteira. [...] Eu acho que a gente esclarecendo a comunidade, a gente consegue, inclusive até para fazer essas reivindicações, de conseguir material, de melhorar a estrutura. É a comunidade que tem a força para solicitar isso, para tencionar a gestão nesse sentido. Então, eu acho que uma das coisas fundamentais é isso. É essa aproximação com a comunidade e capacitação, é básico” (E.12).

“A questão do empoderamento que, às vezes, a gente acaba e acho muito na consulta de coleta de preventivo, a gente tem essa chance, assim, sabe? De conversar sobre os direitos, que às vezes ali surge uma queixa de violência. Às vezes verbal; às vezes sexual mesmo, vem muito no preventivo. Tu conversar com essas mulheres sobre os direitos, que serviços têm disponíveis que podem auxiliar. Até mesmo a gente tem, às vezes, aparece alguém de mais idade, que não estudou, que não sabe ler, tu incentiva. A gente tem que estar na saúde da família, tem que tenta ampliar o olhar [...] O ano passado, numa conversa com o NEMGeP/Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas da UFSM, daí as meninas estiveram aqui. A gente conseguiu fazer uma reunião com sessenta mulheres, num sábado, com vídeo... foi muito legal. De empoderamento mesmo, e muitas que vêm, lutam pela comunidade e participam. Então, isso é interessante, assim, mantêm vivas. Elas têm às vezes um outro objetivo, uma outra coisa... E poder conversar isso com as mulheres, às vezes, não dá para olhar o clínico, a parte clínica, para isso tem o médico. O enfermeiro olha diferente, tem que ser diferente” (E.9).

Na fala do entrevistado E.9, sobre o empoderamento, percebe-se um componente indispensável na promoção da saúde. Portanto, “empoderar” não é transferir poder, é construir a capacidade de se tomar decisão para melhorar as condições de vida e ter controle sobre a situação de exclusão social, resultando em melhor nível de qualidade de vida. (OLIVEIRA et al. 2011, p. 285).

Assim, as sugestões dos enfermeiros são muitas e são feitas em função das experiências que vivenciam, das suas dificuldades no atendimento das mulheres e no seu processo de trabalho. Os enfermeiros sabem o quanto a comunidade tem o poder de reivindicar, mas só o usa quando realmente necessita ou quando alguma situação extrema acontece. Desse modo, os enfermeiros têm a concepção de que a comunidade é a aliada principal na consecução de metas e que o trabalho só pode acontecer se todos tiverem o mesmo objetivo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido, nesta pesquisa, oportunizou conhecer e analisar o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de Estratégia Saúde da Família de Santa Maria/RS, de modo a entender suas práticas e as tecnologias utilizadas no desenvolvimento do trabalho. Além disso, oportunizou identificar as facilidades, dificuldades e estratégias do trabalho dos enfermeiros com mulheres dessas Unidades.

Durante a ocasião de coleta de dados, foi possível perceber que as entrevistas, por vezes, tomaram caráter de desabafo dos enfermeiros, pois eles utilizaram-se do momento para expressar os sentimentos que o trabalho acarreta, ora de motivação, pelos retornos das usuárias, ora de incapacidade, desânimo e carência de respaldo para os problemas enfrentados.

No transcorrer da análise de dados, foi possível compreender que os enfermeiros estão comprometidos com diversas práticas, no seu trabalho junto às mulheres – práticas assistenciais, educativas e políticas, as quais evidenciam a extensão do campo de atuação desse profissional na Saúde da Mulher. O trabalho é organizado por meio de uma equipe multiprofissional, em que todos os profissionais se envolvem, ou seja, procuram executar um trabalho coletivo e não segmentado. A equipe toma posse de recursos tecnológicos, como o acolhimento e vínculo, para oferecer um serviço mais organizado e resolutivo às suas usuárias, e de Grupos, para promover a saúde e fortalecer os laços entre profissional e usuária, tática valiosa nas Unidades de ESF para adesão aos serviços.

Na prática assistencial, comprovaram-se, como as principais atividades realizadas, o pré-natal, a prevenção de câncer de mama e colo de útero, a consulta de enfermagem, momentos que oportunizam orientar, tirar dúvidas e empoderar as mulheres. O planejamento familiar, a visita domiciliar, as solicitações de exames, orientações sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis também foram citados.

A pesquisa possibilitou conhecer as situações facilitadoras do trabalho com as mulheres, as quais são o estabelecimento de vínculo, a presença dos agentes comunitários de saúde, a questão de gênero, público de mulheres maduras, a organização do serviço na unidade, o bom relacionamento da equipe e melhorias na sala de atendimento à Saúde da Mulher. Também revelou as situações que prevalecem como dificultadoras do trabalho: a falta de materiais e recursos financeiros, dificuldade de acesso das mulheres às Unidades de ESF, baixa assiduidade das mulheres na realização dos exames preventivos, a falta de apoio da

gestão e dos gestores, o horário de funcionamento da Unidade incompatível para mulheres que trabalham, a participação das mulheres nos Grupos, os tipos de anticoncepcionais oferecidos para as mulheres, famílias nômades, o atendimento a áreas desterritorializadas e sem agentes de saúde e a falta de medicamento (ácido fólico).

As principais estratégias utilizadas no trabalho para atender à saúde da mulher incluem: busca ativa, atendimento em Grupo, acompanhamento, envolvimento, parcerias com as universidades, facilitação do acesso ao serviço, reunião de equipe, deixar a porta aberta do serviço para hora que for necessário e sala de espera.

A reunião de equipe é considerada pelos enfermeiros uma ocasião fundamental para decisões estratégicas para o trabalho, aprendizagem, troca de saberes e ideias, sendo que a busca ativa e o acompanhamento às mulheres acontecem através de uma parceria sincronizada com os agentes de saúde.

Quanto às atividades de Educação Permanente, os enfermeiros referem receber capacitações periodicamente, em diversas áreas, e que a Saúde da Mulher volta e meia está em pauta.

Os resultados apontam que o trabalho dos enfermeiros com as mulheres é executado com base nas normas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com propósito de promoção, prevenção e controle dos agravos em saúde. Porém, os enfermeiros enfatizam que o trabalho poderia focar menos práticas rotineiras e valorizar mais ações voltadas ao contexto cultural e econômico, de escuta, de vínculo, de acolhimento, de necessidades vindas das usuárias e de corresponsabilização do cuidado. Portanto, o trabalho de atendimento às mulheres requer um envolvimento de todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, como também de uma mobilização da gestão, para viabilizar a idealização de novas ações e serviços de qualidade às usuárias do Sistema Único de Saúde.

Conclui-se que as Unidades de ESF são grandes espaços de formação profissional, de empoderamento de direitos constitucionais e que tem ainda, na equipe de saúde, a sua base do sucesso ou não, pois é esta equipe que busca, mantém ou afasta a comunidade de sua área, dependendo de suas estratégias utilizadas, se vão ao encontro dos anseios da população.

A partir deste estudo, espera-se contribuir para que o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF de Santa Maria seja reconhecido diante dos gestores e profissionais de saúde, pelo empenho que fazem para executar o trabalho com base nas normas e nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com propósito de promoção, prevenção e controle dos agravos em saúde; para executar a busca constante de estratégias, a fim de superar as dificuldades surgidas no trabalho, e o uso de tecnologias que auxiliem na

organização do processo de trabalho. Diante disso, poderá ocorrer a viabilização e a idealização de novas ações e novos serviços de qualidade às usuárias do Sistema Único de Saúde.

A dificuldade encontrada, durante o estudo, refere-se ao agendamento das entrevistas com os enfermeiros, pois possuem muitas atribuições, as quais delimitam seu tempo. Como limitações, apresentaram-se a especificidade do tema e a escassez de estudos com esse mesmo objeto, fazendo-se necessário realizar algumas aproximações com resultados de pesquisas que tiveram como objeto o trabalho do enfermeiro com idosos, homem e crianças.

Nesse sentido, sugere-se que sejam realizados outros estudos visando conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF, com intuito de caracterizar melhor o trabalho da enfermagem nas Unidades de ESF.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63012219.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

ARAÚJO, M. F. S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. **Revista Conceitos**, p. 39-43, 2005. Disponível em: < <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=53553>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

ARANTES, C. I. S. et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: Concepções e Ações e Enfermeiras da Atenção Básica. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a13v16n3.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 16 nov. 2013.

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Parte 1. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. Parte 2. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Atuação do enfermeiro na atenção básica. **Informe da Atenção Básica**. nº 16, ano III, abril de 2002a. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual técnico**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2013.

_____. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2006a. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/899-648.html?q=portaria>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puérperio: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf >. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Especial: Saúde garante mais proteção às mulheres**. 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10007>. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. Portal Brasil. **Saúde: SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde**. 2009b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 04 out. 2013.

_____. **Resolução número 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Blog do Planalto. **Rede Cegonha dará atendimento à mulher da gravidez até o segundo ano do bebê**. Blog do Planalto, 28 de março de 2011c. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-dara-atendimento-a-mulher-da-gravidez-ate-o-segundo-ano-do-bebe/>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

_____. **Resolução número 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012b. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112>. Acesso em: 30 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde da Mulher**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816>. Acesso em: 22 fev. 2013.

CAGNIN, E. R. G. **A assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP**. 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06032009-08513.php>>. Acesso em: 24 set. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>>. Acesso: 23 ago. 2013.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, F. B. da; TRINDADE, M. A. do N.; PEREIRA, M. L. A Inserção do Biomédico no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010. Disponível em: < <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/11/artigos/04.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

COSTA, P. et al. Atenção Integral à Saúde da Mulher: Refletindo acerca das Políticas Públicas. In: 3ª JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, 4., 2010, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: Unifra, 2010. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/263.pdf>>. Acesso: 9 ago. 2012.

CUNHA, A. F. et al. Ações de promoção da saúde da mulher: um relato de experiência. **Revista UDESC em Ação**, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/2237/pdf_72>. Acesso em: 20 maio 2012.

CUNHA, S. M. B. et al. Organização do Trabalho de Enfermagem nas Estratégias de Saúde da Família do Município de Cáceres-MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/491/pdf>>. Acesso em: 21 maio 2012.

DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popprs.def>>. Acesso em: 9 ago. 2012.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/286.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/0982.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança no modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, B. T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim MG. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, M. C. M. C.; NUNES, B. M. V. T. O processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 3, n. 3, p. 39-43, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdiscipl>>

inar/pdf/revistavol3n3.pdf>. Acesso em: 23 set. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, L. O. S. **Processo de Trabalho no Programa de Saúde da Família: Na Ótica da Equipe de Saúde**. 2011. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde)–Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011. Disponível em: < <http://www.uesb.br/ppgenfsau de/dissertacoes/turma2/DISSERTACAO-LIANE-OLIVEIRA-SOUZA-GOMES.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2013.

HORTA et al. A Prática de Grupos como Ação de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS: Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009. Disponível em: < <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/407/228>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria (RS): Pallotti, 2001.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v. 16, n. 2, p. 177-183. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_02.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2013.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Revista Acta Scientiarum**. Health Science, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7624/pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

MADEIRA, K. H. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família: um estudo de caso**. 2009. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009. Disponível em: < http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2009-08-10T091148Z-503/Publico/Karin%20Hamerski%20Madeira.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbete/atepri_sau.html>. Acesso em: 23 out. 2013.

MATTOS, E.; PIRES, D. E. P. de.; CAMPOS, W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov./dez. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00

34-71672009000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 out. 2013.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio L.C.O, (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 116-160.

_____. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. et al (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, R. M. de. **Importância do Grupo operativo na Melhoria da Assistência a Gestante na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 38f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3010.pdf>>. Acesso: 02 set. 2013.

MONTENEGRO, L. C. **A Formação Profissional do Enfermeiro: Avanços e Desafios para a sua Atuação na Atenção Primária à Saúde**. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-84RHCD>>. Acesso em: 07 out. 2013.

MUNARI, D. B. et al. Contribuições para a abordagem da dimensão psicológica dos grupos. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 107-112, 2007. Disponível em: < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v15n1/v15n1a17.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

OLIVEIRA, C. L. et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 21, p. 283-287, out./dez. 2011. Disponível em:< <http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfmc/article/view/325/387>>. Acesso em: 30 out. 2013.

PASSOS, C. M. dos. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: Avaliação das ações programáticas**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em:< http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4dca78ff63bc4.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2012.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em:< <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/003744>>. Acesso em: 09 ago. 2012.

PEDUZZI, M.; ALSEMI, M. L. O processo de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2012.

PINHEIRO, G. M. L. **Processo de Trabalho da Enfermeira na Atenção ao Idoso no Âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. 169f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/95573/291990.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

PINTO, E. S. G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família**. 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: < <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/erikasgp.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. Pinheiros: Anablume, 2008.

RAMOS, C. S. et al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, suplement. p. 85-91, 2009. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez./2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

SALMERON, N. A.; FUCÍHALO, A. R. Programa de Saúde de Família: O papel do enfermeiro na área da Saúde da Mulher. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 25-29, 2008. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/842/84201906.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente Comunitário de Saúde: Percepções na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cogitare Enfermagem**. Paraná, v. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16377/10858>>. Acesso em: 30 out. 2013.

SANTOS, B. R. dos. **Estratégia da Saúde da Família e o Atendimento aos adolescentes**. 2011.176 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/41/TDE-2011-04-05T163701Z-3109/Publico/SANTOS,%20BIBIANA%20RAMOS%20DOS.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 492-497, 2011. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21761/16235>>. Acesso em: 13 mar.12.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, Esp., p. 777-781, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea05.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 2, p. 252-256, 2009. Disponível em: <<http://w>

www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a20.pdf>. Acesso em: 12 mar.12.

SEVERINO, J. G.; COSTA, N. C. G. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher na saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. **Revista Matogrossense de Enfermagem**, Mato Grosso, v. 1, n. 2, p.166-182, nov./dez. 2010. Disponível em:<<http://www.portaldeperiodicos.uned.edu.br/index.php/REMENFE/article/view/433/305>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SILVA, C. P.; MARTINS, M. C. M. Processo de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família: dilemas e perspectivas. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 2, p. 91-101, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/23/19>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

TAVARES, L. F. A evolução do trabalho e o ser humano. **O Portal da Administração**. 2011. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/a-evolucao-do-trabalho-e-o-ser-humano/55179/>>. Acesso em: 10 out. 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG. 2009. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/93>>. Acesso em: 02 set. 2013.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Orgs.). **Metodologias para a Assistência de Enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. 1. ed. Goiânia: AB, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro da entrevista com os enfermeiros

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Pesquisa: “O trabalho dos enfermeiros com mulheres na Estratégia Saúde da Família”.

I. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

DATA:..... Código de Identificação: E:

1. Dados de Identificação:

1.1 Ano Nascimento: [_____]

1.2 Sexo: [1] Masc [2] Fem

2. Dados de formação profissional

2.1 Ano Graduação: [_____]

2.2 Natureza da Instituição: [1] Pública [2] Privada UF: [____]

2.3 Possui outra Graduação: [1] Sim [2] Não

2.4 [1] Área da Saúde [2] Outras Áreas Qual? _____

3.5 Pós-Graduação Lato Sensu: [1] Sim [2] Não

3.5.1 Área: _____ Ano conclusão:[_____]

3.5.2 Área: _____ Ano conclusão:[_____]

[5] outros.....

3.6 Pós-Graduação Stricto Sensu:

3.6.1 Mestrado: [1] Sim [2] Não

3.6.2 Área: _____ Ano conclusão:[_____]

3.6.3 Doutorado: [1] Sim [2] Não

3.6.3 Área: _____ Ano conclusão:[_____]

3.7 Participou de Capacitações? [1] Sim [2] Não

3.7.1 Área: _____

3.7.2 Área: _____

3.7.3 Área: _____

3.8 Com que frequência participa dessas Capacitações?

[1] anual..... [2] duas vezes no ano

[3] mais de duas vezes no ano..... [4] mensal

[5] outros.....

3.9 Qual a data de sua última capacitação? Mês/Ano: [_____/_____]]

4. Dados de vínculos profissionais:

4. SOBRE O TRABALHO

4.1 Tempo de atuação na Enfermagem

[1] 1 a 5 anos..... [2] 6 a 10 anos

[3] 11 a 15 anos..... [4] 16 anos ou mais

[5] outros.....

4.2 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família

[1] 1 a 5 anos.....[2] 6 a 10 anos

[3] 11 a 15 anos.....[4] 16 anos ou mais

[5] outros.....

Questões abertas:

1.Como está organizado o atendimento às mulheres nessa Unidade de ESF?

2.Quais são as ações realizadas pelo enfermeiro com mulheres na Unidade de ESF?

3.Quais são as facilidades e dificuldades que você encontra para realizar ações junto às mulheres na Unidade de ESF?

4.Quais as estratégias utilizadas frente essas facilidades/dificuldades no seu trabalho junto às mulheres na Unidade de ESF?

5.Quais os profissionais da equipe que se envolvem no trabalho voltado às mulheres que forma?

6.Você teria sugestões para melhorar o trabalho com mulheres nas Unidades de ESF? Quais?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Título do estudo: O trabalho dos enfermeiros com mulheres na Estratégia Saúde da Família

Pesquisadora responsável: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Mestranda pesquisadora: Enf. Mestranda Francislene Lopes Menezes

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato: (55) 3220-8263

Local da coleta de dados: Estratégias Saúde da Família de Santa Maria/RS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Os objetivos do estudo são: conhecer o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria/RS; identificar as facilidades e dificuldades do trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF; identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no trabalho com mulheres nas Unidades de ESF e analisar o trabalho dos enfermeiros com mulheres nas Unidades de ESF.

Sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de uma entrevista individual, que será gravada em áudio MP3, na qual a pesquisadora fará algumas perguntas. Caso você não desejar gravar sua fala, sua vontade será respeitada e isto não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista, pois a pesquisadora tomará nota do seu relato.

As entrevistas deverão ser em horários agendados previamente de acordo com a disponibilidade do entrevistado. O que você falar será digitado (transcrito) e as gravações serão guardadas por cinco anos, por determinação ética da pesquisa, após este período, serão destruídas. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso às gravadas.

As informações fornecidas por você contribuirão para aumentar o conhecimento em saúde e enfermagem, bem como, para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

O estudo a princípio não prevê nenhum tipo de risco aos sujeitos da pesquisa, sendo que caso ocorra algum tipo de desconforto emocional, em função de alguma lembrança, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço previamente acordado.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação, bem como, de artigos em Revistas Científicas de Enfermagem. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento. A sua identificação será através da letra E (E1, E2, E3, E4...) inicial da palavra Enfermeiro. As informações escritas serão mantidas sob a responsabilidade da Enf^a Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1304B, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por cinco anos, após este período, serão destruídas.

Estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20____

Assinatura da participante

Assinatura da mestranda pesquisadora

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Apêndice C - Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: O trabalho dos enfermeiros com mulheres na Estratégia Saúde da Família

Autora: Enfa. Mda. Francislene Lopes Menezes

Orientadora/Pesquisadora: Profa. Enfa. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos enfermeiros que participarem da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, sendo utilizada gravação em áudio e realizado no local de trabalho, em horário combinado com os participantes. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo Gestão em Enfermagem e Saúde vinculado ao Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFSM e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Sra. Suzinara Beatriz Soares de Lima (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1304B, no Centro de Ciências da Saúde- UFSM, sendo que após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em...../...../....., com o número do CAAE.....

Santa Maria,.....dede 20.....

Francislene Lopes Menezes

MATRÍCULA: 201260761

COREN: 221.363

Suzinara Beatriz Soares de Lima

SIAPE: 2100943

COREN: 56571

ANEXOS

Anexo A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS ÀS GESTANTES DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14651313.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 250.564

Data da Relatoria: 15/04/2013

Apresentação do Projeto:

ok...

Objetivo da Pesquisa:

ok...

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ok...

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ok...

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok...

Recomendações:

ok...

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

a pesquisadora fez as devidas correções...

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 20 de Abril de 2013

Assinador por:

**Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com