



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE SOARES DE LIMA

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador
2011

ALINE SOARES DE LIMA

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Meira de Melo

Salvador
2011

ALINE SOARES DE LIMA

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 21 de Fevereiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo – Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Ângela Alves do Nascimento _____

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Norma Carapiá Fagundes _____

Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa _____

Doutora em Administração Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico aos meus pais, Pedro e Edna, pelo modelo de otimismo, perseverança, valores morais e espirituais, sempre presentes, apesar da distância. Vocês foram os meus grandes incentivadores nessa caminhada.

Ao Lúcio Tadeu, meu esposo, pelo amor que nutre os nossos sonhos, pela companhia, dedicação e partilha de momentos inesquecíveis.

Aos meus irmãos, pelo incentivo, apoio, força e bons momentos passados juntos.

À minha sogra, Célia, pelo carinho e apoio demonstrados ao longo destes anos.

A todos da minha família, por vibrarem com essa conquista e torcerem pela minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder o dom da vida e me fazer forte em momentos nos quais me sentia fraca. Obrigada, Senhor, pelo cuidado e presença constante em minha vida.

Aos meus pais, pelas orações, apoio constante e momentos eternos de alegria. Sempre tão presentes e dispostos a realizarem meus sonhos.

Ao meu esposo, Lúcio, pela partilha constante de um amor verdadeiro, sempre me motivando a novas conquistas.

Aos meus irmãos, em especial à Ana e Fábio pela vibração a cada conquista. Não posso deixar de mencionar também meu cunhado, Marcelo, pelo acolhimento. Essa vitória também é de vocês.

Aos meus sobrinhos, cada um com seu jeitinho especial.

À tia Lourdes, pelo carinho e atenção, sempre disposta a ajudar, mostrando-se presente, apesar da distância.

À minha orientadora, Prof. Dra. Cristina Maria Meira de Melo, pelo empenho, dedicação e compromisso nesta caminhada, compreendendo minhas limitações, mas ao mesmo tempo apontando trilhas alternativas. Seu incentivo, conhecimento, cobrança e disponibilidade, sempre presentes, foram fundamentais na construção desta pesquisa.

Às professoras Norma Fagundes e Heloniza Costa pelas contribuições dadas desde o início.

À professora Maria Ângela Alves do Nascimento, pelas valiosas contribuições.

Aos membros do Grupo Gerir, pessoas realmente importantes na construção deste trabalho.

Aos amigos de curso Maria do Espírito Santo, Valdicle, Silvana, Thadeu, Giselle, Lúcio, Rudval, Tábata, Jussilene e Talita. Foi muito bom ter conhecido vocês.

Às companheiras de viagem durante o mestrado, Kátia, Elaine, Marluce, Rosana, Ana Clara e Silvone pelas trocas e incentivos constantes.

Às minhas amigas Poliana e Rosaline que, mesmo de longe, estiveram sempre presentes.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFBA, na pessoa de Dra. Mirian Santos Paiva, pela disponibilidade.

Aos funcionários da EEUFBA, Ivan e Fred, pela constante atenção.

Aos demais funcionários da EEUFBA, que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo.

LIMA, Aline Soares de. **O trabalho da enfermeira na atenção básica: uma revisão sistemática**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão sistemática para caracterizar o estado da arte na produção do conhecimento sobre o trabalho da enfermeira na atenção básica à saúde. Para tanto, sintetizamos o conhecimento produzido sobre o trabalho da enfermeira através da identificação, seleção e avaliação crítica de estudos científicos contidos em bases de dados eletrônicas, mediante a combinação de descritores. Adotamos como critérios para escolha dos artigos aqueles publicados em periódicos nacionais e internacionais relativos ao trabalho da enfermeira na atenção básica no período de 2000 a 2009; contendo resumo; escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; em formato completo; disponíveis *online* ou em bibliotecas locais, como as da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana. A seleção dos artigos se fez inicialmente através da leitura do título e do resumo. Assim, foram validados aqueles artigos considerados adequados e excluídos os repetidos entre as diferentes bases de dados pesquisadas ou que não retratavam, especificamente, o tema em estudo. A amostra final foi constituída por 68 artigos, sendo 55 nacionais e 13 internacionais. Os resultados evidenciam aspectos como o aumento de publicações ao longo da década adotada como parâmetro para o estudo; um maior índice de enfermeiras ocupando postos de trabalho não apenas no Brasil, mas também em outros países do mundo; o pouco tempo de permanência destas profissionais nos cargos que ocupam; e o aumento da busca por capacitação, através de cursos de especialização. Em relação ao trabalho da enfermeira, os artigos indicam práticas não comprometidas com os pressupostos estabelecidos pela Atenção Básica no Brasil, caracterizadas como ações desarticuladas, fragmentadas, superficiais e limitadas ao atendimento à demanda espontânea e com características predominantemente preventivistas. Alguns achados revelam uma falta de especificidade do trabalho, outros ponderam que esta especificidade se revela através da consulta de enfermagem e supervisão do processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, e outros afirmam a falta de um consenso entre as profissionais do que seria ou não próprio/específico à prática profissional. Em relação ao valor social e econômico do trabalho, os artigos identificam-no como atribuição de valor intrínseco à falta de especificidade profissional e baixa remuneração salarial, sem maiores aprofundamentos. As condições de trabalho demonstram que a falta de articulação nas ações é um fator que causa estresse, sobrecarga e cansaço às enfermeiras, prejudicando sua saúde física e emocional. Quanto aos vínculos de trabalho das enfermeiras predominam os contratos precários, favorecendo a pouca vinculação e baixa responsabilização das trabalhadoras com os serviços onde atuam e com os seus usuários. Assim, apesar das limitações, esse estudo contribui para a divulgação do conhecimento, fornecendo subsídios para a construção de novos temas de pesquisa sobre o trabalho da enfermeira na Atenção Básica, além de revelar a necessidade de aprofundamento de tantos outros aspectos tratados de forma muito incipiente nos artigos revisados.

Palavras-chave: Trabalho; Enfermeira; Atenção Básica; Revisão Sistemática.

LIMA, Aline Soares de. **The work of nurses in primary care: a systematic review.** 2011. 134 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

This is a study of systematic review to characterize the state of the art in the production of knowledge about the work of nurses in primary care. To do so, we synthesize the knowledge produced about the nurse's work through the identification, selection and critical evaluation of scientific studies contained in electronic databases, through a combination of descriptors. We adopt as the criteria for selecting articles of those published in national and international journals on the work of nurses in primary care from 2000 to 2009, containing summaries; written in Portuguese, English or Spanish, in complete format, is available online or in libraries locations, such as the Universidade Federal da Bahia and Universidade Estadual de Feira de Santana. A selection of articles was made initially by reading the title and abstract. Thus, those items have been validated as appropriate and excluded the repeated between different databases searched or not depicted, specifically, the present study. The final sample consisted of 68 articles, 55 national and 13 international. The results show aspects such as the increase in publications over the decade taken as a parameter for the study, a higher rate of nurses occupying jobs not only in Brazil but also in other countries of the world, the short time of stay of these professionals in positions they occupy, and the increasing quest for empowerment through specialized courses. In relation to the nurse, the articles indicate practices not committed to the premises established by the Primary Health Care in Brazil, actions characterized as disjointed, fragmented, superficial and limited to meet demand and spontaneous with predominantly preventative. Some findings reveal a lack of specificity of work, others believe that this specificity is revealed by the consultation of nursing and overseeing the work process of nursing assistants and technicians, and others say the lack of consensus among the professionals who would or not own / specific to professional practice. In relation to social and economic value of the work items identified in the assignment of intrinsic value as the lack of specificity and low professional salaries, without further elaboration. The working conditions show that the lack of coordination in actions is a factor that causes stress, fatigue and overloading the nurses, impairing their physical and emotional health. As for the nurses working ties predominate precarious contracts, favoring the low binding and low accountability of working with the departments where they work and with their users. Thus, despite these limitations, this study contributes to the dissemination of knowledge, providing subsidies for the construction of new research topics on the work of nurses in primary care, and highlight the need for deepening of so many other issues dealt with in a very incipient the articles reviewed.

Keywords: Work; Nurse; Primary Care; Sistematic Review

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de artigos identificados e selecionados segundo bases de dados. Salvador, 2011.	57
Tabela 2	Distribuição dos artigos, segundo ano de publicação. Salvador, 2011.	60
Tabela 3	Distribuição dos artigos, segundo país de publicação. Salvador, 2011.	63
Tabela 4	Distribuição dos artigos, segundo periódico de publicação. Salvador, 2011.	63
Tabela 5	Distribuição dos artigos, segundo tipo de publicação. Salvador, 2011.	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPQ	Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
<u>FAPESP</u>	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo
FURG	Universidade do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe e em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line
NLM	National Library of Medicine
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dentária
UBS	Unidade Básica de saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UERJ	Universidade de Estado do Rio de Janeiro
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UnB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMAR	Universidade de Marília

UNISINOS Universidade do Vale do Rio dos Sinos

UNIVALI Universidade do Vale do Itajaí

USF Unidade de Saúde da Família

USP Universidade de São Paulo

VE Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SOBRE O TRABALHO E SUA ORGANIZAÇÃO	27
2.1	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	36
2.2	O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	42
2.3	O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	47
3	METODOLOGIA	53
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	60
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA	60
4.1.1	Período de publicação	60
4.1.2	Local e fonte de publicação	61
4.1.3	Tipo de estudo e aspectos metodológicos	65
4.2	ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA	67
4.2.1	A prática da enfermeira na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica	68
4.2.2	O trabalho da enfermeira no contexto do trabalho em equipe	75
4.2.3	A especificidade do trabalho da enfermeira	78
4.2.4	O valor do trabalho da enfermeira	81
4.2.5	A percepção de diferentes agentes sobre o trabalho da enfermeira	82
4.2.6	As condições de trabalho da enfermeira	84
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A – Artigos utilizados no estudo	101
	APÊNDICE B – Caracterização dos artigos utilizados no estudo	111

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi adotada em diversos países como uma estratégia de apropriação, recombinação, reorganização e reordenação de todos os recursos do sistema de saúde, de modo a responder aos problemas de saúde da população. Desta forma, a atenção primária, como pilar da estruturação dos sistemas de saúde, tende a superar definições mais restritas que a concebem como um meio de oferta de serviços às populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência (MENDES, 1999; MENDES, 2002).

Medina (2006) destaca que os sistemas de saúde, quando organizados com base na atenção primária, apresentam melhores possibilidades de desempenho. Isto se deve à acessibilidade, à função de integração, e à própria organização e racionalização dos recursos, tanto básicos como especializados, que são direcionados à promoção, manutenção e melhoria da vida.

Os termos Atenção Primária à Saúde ou Cuidados Primários de Saúde (CPS), segundo Aleixo (2002), constituem um conjunto integrado de ações básicas que se articulam com um sistema de promoção e assistência integral à saúde. Ainda segundo este autor, esta referência à Atenção Primária ou aos Cuidados Primários pode ser identificada desde o fim do século XIX, quando o professor Pierre Budin estabeleceu, em 1892, na cidade de Paris, um sistema de centros de atendimento infantil. Nestes centros eram executadas de forma descentralizada, e concentradas sob um mesmo espaço físico, algumas das ações nomeadas como ações básicas de saúde.

Em 1920, no Reino Unido, foi publicado um relatório tratando da organização de serviços de saúde, distinguindo-os em dois níveis: centros de saúde primários e centros de saúde secundários, devendo estes últimos estar vinculados aos hospitais-escola. Este relatório descreve as funções de cada nível de atenção à saúde e as relações que devem existir entre eles. Ressalta ainda a importância dos profissionais de saúde como médicos, odontólogos, farmacêuticos e enfermeiros na atenção à saúde da comunidade, referindo-se ao trabalho em enfermagem como uma das partes essenciais dos serviços de saúde. Assim, os vínculos entre os níveis de atenção, quando organizados e planejados, responderiam aos vários níveis de necessidades da população por serviços de saúde (MENDES, 2002).

Segundo Starfield (2002), este relatório forneceu a base para o conceito de regionalização dos serviços de saúde, devendo estes estar organizados e planejados de modo a responder às necessidades da população por serviços médicos. Forneceu também diretrizes para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, contribuindo para a efetivação e o funcionamento da Atenção Primária à Saúde.

Desta forma, em alguns países surgem interesses que convergiam para uma modalidade de atenção voltada ao acesso da população à assistência à saúde, superando barreiras econômicas, políticas e sociais que privavam grande parcela da população mundial deste direito.

Ainda no início do século XX desenvolveram-se experiências organizativas nos denominados Centros Comunitários, nos Estados Unidos, determinando o marco inicial da aplicação articulada e consistente de algumas das ações básicas de saúde, da maneira como é concebida atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Aleixo (2002) relata que os referidos centros desenvolviam um conjunto de atividades de prevenção de doenças e de assistência médica (infantil, pré-natal, tuberculose, doenças venéreas, dentre outras), além de educação sanitária, capacitação ocupacional, algumas ações sobre o meio ambiente, habitação e trabalho num território definido e sobre determinada população. O autor considera que

O abrangente conceito de sistema de assistência, promoção e vigilância à saúde, incluso na Atenção Primária de Saúde como porta de entrada, tiveram nos Centros Comunitários de Saúde americanos do início do século XX a sua primeira tentativa de sistematização organizacional (ALEIXO, 2002, p. 3).

É importante ressaltar que nesse mesmo período desenvolveu-se uma proposta de mudança nos currículos médicos, de autoria do professor Abraham Flexner, embasadas em pressupostos ideológicos mecanicistas, biológicos, individualistas, especialistas e tecnicistas, com ênfase na medicina curativa. Na concepção flexneriana da assistência médica, a doença é considerada um processo natural e biológico. Os aspectos sociais, coletivos, o público e a comunidade não eram levados em conta para o ensino médico e também não eram considerados implicados no processo saúde-doença (PAGLIOSA; ROS, 2008). Esse modelo, no entanto, se revelou ineficaz e incapaz de atender às necessidades de saúde da população, ao ignorar as implicações dos aspectos sociais sobre estas, bem como as dimensões psicossociais e econômicas da sua saúde.

Assim, diante deste modelo de atenção, não havia mais espaço para o trabalho nos Centros Comunitários de Saúde, que foram paulatinamente desmontados (ALEIXO, 2002). O trabalho que era desempenhado com uma abordagem biopsicossocial do indivíduo e da família, incluindo a participação da comunidade, com ações interdisciplinares e intersetoriais foi sendo substituído por um trabalho pautado na especialização e na técnica do ato médico.

Para Arouca (2003), a prática médica voltada aos aspectos curativos esgota-se no diagnóstico e na intervenção terapêutica. Assim, a prevenção, a reabilitação e a educação em saúde ocupam um lugar secundário nos cuidados em saúde, cujo enfoque passa a ser o biológico, reduzindo o ser humano a órgãos e estruturas. Ocorre, portanto, o desaparecimento do humanismo na profissão médica, com práticas individuais e especializadas que não atendem integralmente às necessidades de saúde da população.

É interessante notar que este modelo, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, teve profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional de sistemas públicos de saúde, implicando também na organização do trabalho em enfermagem.

Nessa época, no campo da enfermagem já havia sido institucionalizada a profissão da enfermeira¹ na Inglaterra, e os ensinamentos de Florence Nightingale sobre o cuidado e a administração do espaço assistencial eram difundidos pelo mundo.

No Brasil, a influência desses ensinamentos se fez sentir nas primeiras décadas do século XX, quando, através da Fundação Rockefeller, são trazidas ao País enfermeiras americanas treinadas no sistema Nightingale, com o objetivo de formar enfermeiras para atuar na saúde pública, principalmente no controle de epidemias que prejudicavam as exportações e o crescimento econômico. É também nesse período que no campo da enfermagem passa-se a ter uma formação independente, sendo criada a primeira escola de enfermagem do País no modelo Nightingale (MELO, 1986).

Outro marco do início do século XX foi a “crescente participação do Estado no setor saúde como financiador, regulador, distribuidor e prestador de atenção médica” (ALEIXO, 2002, p. 4). O autor afirma ainda que essa participação estatal desenvolveu-se em aliança e subordinação à necessidade capitalista de controle, reprodução e manutenção da força de

¹ O termo enfermeira será adotado neste estudo, por esta categoria profissional se constituir, em sua maioria, por mulheres.

trabalho, às necessidades expansionistas do complexo industrial farmacêutico e de equipamentos, e às necessidades político-ideológicas de negação do social, favorecendo a implementação das prescrições do modelo flexneriano.

Entretanto, apesar da influência do modelo flexneriano, foi possível estabelecer um bom nível de APS na Europa ocidental, com a implementação de um modelo assistencial universalizado, alicerçado nas políticas plenas de Bem-Estar social. Na Europa oriental o modelo também se desenvolveu sob a tutela do Estado, com ênfase na etiologia social da doença (ALEIXO, 2002).

Nos Estados Unidos, no período abrangido pelo terceiro quarto do século XX, o acesso ao sistema de saúde era particularmente difícil para negros, hispânicos, imigrantes e todos aqueles com baixo poder aquisitivo, enquanto no vizinho Canadá o âmbito básico de atenção à saúde já apresentava um bom padrão de acesso e resolutividade. Nos países capitalistas do então chamado Terceiro Mundo há uma imersão no modelo flexneriano, com investimento em grandes hospitais centralizados e equipamentos biomédicos de alto custo, favorecendo e concentrando os recursos financeiros em grupos empresariais, indústrias de equipamentos e corporações profissionais fortes. Nesses países, a assistência básica à saúde ficou praticamente relegada aos serviços públicos ou a entidades filantrópicas, que, no entanto, eram insuficientes em quantidade e qualidade. Poucos países em desenvolvimento, como Cuba, optaram por investir na estruturação dos seus sistemas de saúde com base na organização do nível básico de atenção (ALEIXO, 2002).

No Brasil, toda essa conjuntura possibilitou a ampliação da divisão social do trabalho não apenas entre o médico, o dito detentor do conhecimento, e a enfermeira, executora do trabalho manual, mas também entre a enfermeira e as novas categorias que surgem dentro da enfermagem e que são encarregadas do cuidado direto ao paciente. Para Melo (1986, p. 74), a divisão social do trabalho no campo da enfermagem “é fortalecida com a separação das funções ditas ‘mais intelectuais’ a cargo das enfermeiras, detentoras do saber, contra o serviço manual realizado pelo pessoal auxiliar”. Este modelo reproduz no interior do trabalho em enfermagem a própria estrutura de classes da sociedade brasileira.

Com o advento da recessão econômica nos anos 1970, agravada ou desencadeada pela crise do petróleo, tanto países socialistas como capitalistas foram amplamente afetados. Os primeiros tiveram maiores gastos com importações e restrições a financiamentos externos, enquanto os capitalistas adotaram cortes nos investimentos sociais, na saúde e na educação

por conta dos altos juros cobrados pela dívida externa. Desse modo, as nações em desenvolvimento foram empobrecendo e aumentando os índices de miséria e de doenças.

Nas décadas de 1970 e 1980, muitos países nas Américas viveram guerra, revolução política e governo totalitário. Durante a última década, as práticas de ajustes econômicos, as pressões da globalização e o impacto de algumas políticas neoliberais contribuíram, juntamente com outros fatores, com as disparidades de riquezas, status e poder dentro dos países das Américas e entre eles, reforçando os impactos negativos sobre a saúde (OPAS, 2005, p. 2).

Aleixo (2002, p. 7) complementa relatando que,

Dentro desse contexto de regressão das políticas sociais, forte crise econômica mundial, agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, piora do quadro sanitário mundial, ineficiência e alto custo do modelo de assistência médica flexneriana, é que foram abertas as discussões em Alma-Ata.

Assim, em 1977 a Trigésima Assembléia Mundial de Saúde estabeleceu como meta principal para os países participantes o alcance, até o ano 2000, de um nível de saúde para todos os cidadãos que lhes permitisse ter uma vida social e economicamente produtiva. Isto culminou na declaração conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, desencadeando uma série de atividades que impactaram sobre a concepção a respeito da atenção primária. Estes princípios foram posteriormente enunciados em Alma Ata, estabelecendo as bases da organização da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002).

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em Alma Ata, no Cazaquistão, em setembro de 1978, expressou-se a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos no mundo” (OPAS, 1978, p. 1). De acordo com a declaração de Alma Ata,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978, p. 1).

Nesse evento foi conferida aos governos a responsabilidade em adotar medidas sanitárias e sociais que permitissem alcançar a meta proposta. Desta forma, os pressupostos definidos em Alma Ata constituem um marco fundamental para a reorientação da saúde mundial, conclamando os países a organizarem seus sistemas de saúde para uma atenção direcionada ao conjunto da população, representando também o ponto de partida para muitas outras iniciativas no campo da saúde.

Segundo Melo (1986), esse período da década de 1970 representou para o Brasil um momento de crise para o setor saúde, onde a prioridade da política nacional de saúde era a medicina previdenciária, em detrimento de ações coletivas de promoção e prevenção à saúde, incluindo aqui o saneamento básico. Aumentavam-se as especialidades médicas e, conseqüentemente, a divisão social do trabalho no setor saúde. Arouca (2003) afirma que essa divisão técnica e social do trabalho, com a compartimentalização do conhecimento em disciplinas e ciências individualizadas, ocasiona um recorte no saber, implicando em um trabalho parcelar não comprometido com a integralidade do cuidado.

Entretanto, a ampliação da assistência primária à saúde, bem como da concepção da enfermagem comunitária surgiram como pressupostos para amenizar as tensões desencadeadas por essa crise. Ainda nesse período havia uma predominância do trabalho em enfermagem no âmbito hospitalar, ficando a atenção primária à saúde a cargo das categorias auxiliares, e cabendo à enfermeira as funções de coordenação, treinamento e supervisão destes.

Para Santos (2007), a partir da década de 1970 o campo da enfermagem se configura em profissões estratificadas, com predominância do sexo feminino, com trabalhadoras de classe média baixa, por vezes com mais de um emprego, e apresentando uma acentuada divisão social do trabalho entre atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnica de enfermagem e enfermeira.

Nesse contexto de crises e transformações no âmbito da saúde, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986 em Ottawa, no Canadá, surge como uma possibilidade de intervenção na saúde mundial. A Carta de Ottawa foi considerada uma resposta às crescentes expectativas mundiais por uma nova saúde pública, combinando estratégias como políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento das ações comunitárias, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde (OPAS, 1986). Esta Carta definiu a promoção da saúde como sendo

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OPAS, 1986, p. 1).

Destacamos nesse processo a responsabilidade conferida à sociedade como participante ativa da construção dos processos de saúde, a partir de sua capacitação individual e coletiva, e também das relações com os diversos setores envolvidos, enfatizando, assim, a combinação de recursos sociais, pessoais e a capacidade física de serviços, tendo como objetivo principal o alcance de um bem-estar global.

Em relação às discussões anteriores podemos observar que novas propostas de redefinição das políticas públicas de saúde foram construídas em vários países, assumindo a interferência do contexto socioeconômico e político na produção dos problemas de saúde e na intervenção sobre os mesmos, ainda que de maneira incipiente em muitos deles.

Neste sentido, Vuori (1986) ressalta que os cuidados primários à saúde devem promover aos cidadãos a acessibilidade aos serviços de saúde, atender as necessidades de saúde da população, ter um funcionamento integrado, baseado na participação da comunidade e caracterizado pela colaboração entre os diversos setores da sociedade. Em consonância a isto, os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação de modo a lançar, e ao mesmo tempo sustentar os cuidados primários de saúde, mobilizando para isto os recursos do País, e utilizando racionalmente os recursos externos disponíveis.

Assim, ficou evidente em Alma Ata e Ottawa o avanço na construção do conceito da APS por meio da incorporação dos princípios de integralidade, acesso, vínculo, intersetorialidade e participação da comunidade por meio do controle social. Estes princípios também contribuíram para as estratégias de organização dos sistemas de saúde com base na APS. Entretanto, apesar dos avanços conquistados com a implementação da APS, Aleixo (2002) aponta que em vários países ocorreram alguns obstáculos que impediram o alcance da meta “SPT/ 2000” como: a relação socioeconômica entre países capitalistas centrais e os demais do Terceiro Mundo; o elevado grau de endividamento destes últimos que provocou recessão, desemprego e prejuízos nos programas de atenção à saúde, além de problemas relevantes no desenvolvimento administrativo e na capacitação de pessoal para o setor; um agravamento, em 1999, da pobreza na América Latina e no Caribe, acentuando-se, ainda mais, a dívida social desses países; e a falta ou a debilidade das políticas nacionais para

formação e capacitação de recursos humanos, agravada pelas dificuldades para a interiorização dos médicos.

Neste contexto, torna-se importante a discussão acerca da terminologia que designa o primeiro nível de atenção à saúde. Santos (2007), citando outros autores, afirma que no Brasil as terminologias Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (AB) são utilizadas de forma diversa e confusa, tanto em textos oficiais como em textos acadêmicos, sendo muitas vezes utilizadas como sinônimos.

Sob o ponto de vista de Mendes (2005, p. 2),

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao complexíssimo princípio da APS, o do primeiro contacto.

Entretanto, apesar de utilizados muitas vezes como sinônimos, concordamos com Mello, Fontanella e Demarzo (2009) quando afirmam que o termo atenção básica não se relaciona ao termo “básico”, “simples”, mas à expressão “de base”, “fundamental”. Sendo assim, podemos afirmar que é o primeiro, o principal e mais complexo nível de acesso aos serviços de saúde, devendo atender as necessidades individuais e coletivas do cidadão, da família e da comunidade, considerando seus aspectos econômicos, culturais e psicossociais.

Para Laurell (1997), no decorrer das décadas de 1950 e 1960 prevalece no Brasil e nos países da América Latina em geral a teoria do Estado Desenvolvimentista. Desta forma, compete ao Estado promover um processo de industrialização acelerada, garantindo investimentos públicos em infra-estrutura urbana e em setores básicos da economia. Trata-se da eleição do Estado como ator privilegiado do processo de modernização econômica e social. Em consequência, nesse período as políticas de previdência social e de saúde acabam por se configurar como políticas fundamentalmente econômicas, mas com função de regulação social, sobretudo das classes assalariadas. A tradução disso é um conjunto de políticas de baixa eficiência no que diz respeito a seus objetivos originais: o atendimento dos setores assalariados e daqueles de mais baixa renda.

No Brasil, a implementação das ações da APS esteve apoiada no movimento da Reforma Sanitária que, articulado ao processo de democratização do País, iniciou a

construção de um novo modelo de atenção à saúde e alcançou grandes avanços com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o movimento pela Reforma Sanitária representou um verdadeiro avanço para uma reparação social à situação da maioria dos indivíduos, à medida que afirmava os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização.

Para Medina (2006), o movimento de reforma dos sistemas de saúde no Brasil suscitou a necessidade de construção de redes de atenção à saúde, capazes de articular a oferta de serviços na perspectiva da integralidade da atenção. Com esta mesma compreensão Sherer; Marino; Ramos (2005, p. 55) afirmam que,

O SUS, fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o paradigma clínico flexneriano, porém cria a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde.

Diante das mudanças políticas e econômicas desencadeadas na década de 1980, pode-se dizer que a saúde pública, no Brasil, viveu um novo momento histórico. O processo de mudança no modelo de atenção desencadeou transformações, tanto no modo de organização do sistema e dos serviços de saúde, bem como na práxis profissional. Mesmo assim, persistem desafios. Mais de trinta anos após a proposição da APS para orientação de políticas públicas em prol da saúde no mundo, verificam-se ainda muitas fragilidades na organização e na operacionalização do SUS, principalmente pela prevalência de práticas de saúde com características do modelo médico assistencial privatista, calcado na concepção flexneriana de organização das práticas de saúde.

Vale destacar que, no processo de consolidação do SUS, as políticas públicas de saúde têm impulsionado a construção de modelos substitutivos de atenção à saúde em todos os âmbitos de serviços. A partir da política de descentralização do sistema de saúde, o Ministério da Saúde implantou, em 1991, o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de reorganizar a atenção primária, buscando para além da resolutividade dos serviços o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Essas ações, no Brasil, compõem as atividades que se convencionou chamar de Atenção Básica em saúde.

Em 1997, a Portaria n. 1886/GM do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes operacionais do Programa Saúde da Família, visando regulamentar sua implantação e operacionalização. Segundo esta Portaria, os aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família apontam para o caráter substitutivo das práticas tradicionalmente exercidas, adscrição da população, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersectorial, estímulo à participação e controle social, educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1997).

Em 2006, foi aprovada, por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da APS no País, ao mesmo tempo em que estabelece o Pacto pela Vida². Dessa forma, considerando os princípios e diretrizes propostos no Pacto pela Vida e a expansão do PSF, o Ministério da Saúde assume o referido programa como estratégia prioritária para a reorganização da APS no Brasil. De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006), o PSF não foi implantado somente para organizar temporariamente a APS no SUS, e sim para estruturar esse sistema público de saúde, a partir do redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Os mesmos autores acrescentam que o PSF representa uma oportunidade de expandir o acesso à APS para a população, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar a regionalização pactuada entre os municípios, e de coordenar a integralidade da assistência à saúde.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta por seiscentas a mil famílias, não excedendo o total de quatro mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida (BRASIL, 2007). A equipe que era composta, no mínimo, por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, incluem agora um dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal.

² Compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

O campo de atuação das equipes deve ser o das unidades básicas de saúde (UBS) e a população de sua área de referência (BRASIL, 2004), estabelecendo com esta relações de familiaridade que possibilitem melhores condições para o manejo dos problemas de saúde e, conseqüentemente, maior efetividade das ações (MEDINA, 2006). Assim, a UBS é caracterizada como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde por ter território definido, com uma população delimitada e sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; devendo prestar assistência integral, permanente e de qualidade e realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Giovanella et al. (2008, p. 748) afirmam que o PSF, inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado como um programa “limitado, bom para os pobres e pobre como eles”, adquiriu, aos poucos, relevância na agenda do governo, convertendo-se em estratégia para organização dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS.

No entanto, de acordo com Schimith e Lima (2004), o PSF vem revelando uma forma excludente de atendimento, no qual a prioridade para atenção é de quem chega primeiro. O acesso ainda é uma dificuldade e o processo de trabalho das equipes continua reproduzindo procedimentos fragmentados e mecânicos que não permitem a superação do modelo assistencial tradicional. As ações são focalizadas em grupos prioritários ou para os que revelam um maior risco de adoecer, com ênfase para o caráter curativo e assistencial da atenção à saúde. Por outro lado, o controle social é inexistente ou incipiente em quase todos os municípios.

Em um recente estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia, Silva (2010) contextualiza como está estruturada a rede de serviços de AB municipal, cuja cobertura ainda é baixa, atendendo a 11,23% da população da capital baiana. Além da baixa cobertura, o estudo aponta que a organização dos distritos sanitários é desigual, tomando como referência o número de habitantes, e também que há distritos que possuem no seu território mais serviços de média e alta complexidade que unidades básicas de saúde, contrariando a lógica da reforma do modelo assistencial. Outro ponto importante diz respeito aos indicadores de morbi-mortalidade no município, que ainda são preocupantes. Entretanto, foi visto que, apesar desta realidade, a percepção do conceito de saúde por parte da população tem mudado. Desta forma, a população não identifica como problemas de saúde apenas aqueles relacionados ao

corpo biológico, mas referem fazer parte de seus determinantes de saúde aspectos como a violência e a baixa qualidade de vida.

Para a autora, estes aspectos refletem a necessidade de adequação da rede de serviços às necessidades da população, sendo de grande importância nesse contexto a participação social, o que contribui para a democratização da gestão da saúde (SILVA, 2010). No entanto, é preciso que se leve em conta o contexto social, político e econômico local, dado que não se pode mudar um modelo de atenção ou redirecionar o sistema para seus princípios sem o enfrentamento da política local e seus problemas.

Mesmo assim, na concepção de Andrade, Barreto e Bezerra (2006), o PSF inaugurou um modelo inovador de atenção à saúde, como também contribuiu para a consolidação de uma nova perspectiva de gestão em saúde no Brasil. Os autores afirmam que sua implantação veio acompanhada de uma ampla transferência de responsabilidade e uma adição de novos atores no processo de decisão em saúde no âmbito local. Por outro lado, Paim (2003) atribui a essa estratégia de saúde a concepção de medicina pobre para os pobres, haja vista que a intenção era favorecer o acesso às comunidades pobres e sem assistência médica, que sempre foram excluídas da assistência pública em saúde. Entretanto, para Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 810), o PSF no Brasil não representa um projeto acabado de atenção primária, mas, ao contrário, configura-se como “uma política pública em processo evolutivo”.

Assim, as estratégias para implantação da AB no Brasil devem ser repensadas, sendo incorporados pelas equipes de saúde da família o acolhimento, a escuta e o encaminhamento, garantindo ao usuário a mobilidade de serviços que atendam às suas necessidades de saúde, de forma integrada e responsável entre rede de serviços e usuário. Deste modo, pode-se assegurar a integralidade da atenção à saúde da população, afirmando o acolhimento e vínculo, procurando desenvolver processos de trabalho interativos e com mútua responsabilidade entre profissionais e usuários.

É neste sentido que consideramos oportuno revisar a produção bibliográfica sobre o trabalho que a enfermeira desempenha neste âmbito da atenção à saúde, visto que, ao longo da história da saúde no Brasil essa profissional assume uma série de ações nos serviços de atenção primária/atenção básica à saúde. Com a implantação do PSF a enfermeira tem seu papel ampliado dentro da equipe de saúde, configurando-se como uma profissional destacada para o alcance das mudanças pretendidas e, conseqüentemente, do sucesso desta estratégia.

De acordo com Santos (2007), a enfermeira que trabalha no PSF passou a assumir um papel importante não apenas na prestação de ações e serviços, bem como na gestão de Unidades de Saúde da Família (USF), mas também em assessoria aos âmbitos municipal, estadual e federal. Puccia (2007, p. 64) complementa afirmando que esta profissional tem à sua disposição “um conjunto de oportunidades e ações a desenvolver, podendo intervir no processo saúde-doença por meio do indivíduo, da família e da comunidade, nos âmbitos técnico-operativo, técnico-administrativo ou político-administrativo”.

Em recente estudo que analisou o perfil dos coordenadores da vigilância epidemiológica (VE) municipal no estado da Bahia, Pedreira (2010) observou que a maioria dos profissionais que ocupam esse cargo se constitui por enfermeiras, com um percentual de 69% destas profissionais na função. É interessante perceber esse perfil profissional com predominância de mulheres, fato explicado em parte pelo campo da enfermagem ser constituído historicamente por trabalhadoras do sexo feminino. A autora expõe, entretanto, que por ser uma função que oferece baixos salários, os postos de coordenação da VE são pouco disputados, até porque são recentes na estrutura do SUS, não se constituindo como campo de disputa de poder entre gêneros, o que facilita a inserção das trabalhadoras do sexo feminino.

Considerando-se esse contexto, Matumoto, Mishima e Pinto (2001) apontam que para que desempenhem seu trabalho as enfermeiras podem utilizar uma série de tecnologias em seu processo de trabalho, como os equipamentos e instrumentais, e também as tecnologias que apóiam as relações entre os sujeitos no processo de assistência, como a escuta, o atendimento humanizado e as relações de vínculo. Assim, através da incorporação dessas tecnologias em seu processo de trabalho, a enfermeira estabelece relações com a equipe na qual está inserida e com a comunidade, podendo e devendo atuar no processo de transformação da realidade social e da saúde.

Diante destas diferentes possibilidades de atuação da enfermeira nos serviços de atenção primária/atenção básica à saúde, entendemos que a enfermeira deverá incorporar alguns conceitos aplicáveis ao processo de trabalho no setor saúde, na qualidade de membro da equipe de uma unidade produtora de serviços de saúde, e responsável por uma demanda social de uma área adscrita.

Fracolli e Granja (2005) apontam para a necessidade de estudos acerca da análise do processo de trabalho da enfermeira, possibilitando desenhar qual é o seu objeto de intervenção. Confirmam, ainda, a necessidade de revisão das bases sob as quais a enfermagem tem construído seus saberes, principalmente na área da saúde coletiva, através do desenvolvimento e planejamento de intervenções e pesquisas que venham a contribuir para a transformação das práticas.

Considerando os aspectos apresentados, revela-se a importância de um estudo que explore como o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde é abordado na produção científica nacional e internacional em enfermagem, de modo a contribuir para uma melhor compreensão e delimitação desse campo de trabalho, sobretudo no que se refere às suas áreas de inserção, especificidades e finalidades. Além disso, identificar o estado da arte sobre o trabalho da enfermeira neste campo pode apontar as lacunas de conhecimento que podem redirecionar não só as práticas como as lutas políticas neste campo profissional.

Desta forma, formulamos a seguinte questão de modo a nortear o desenvolvimento desse estudo: Qual o estado da arte da produção do conhecimento sobre o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde?

Diante dessas considerações, o objetivo da pesquisa é analisar o estado da arte na produção do conhecimento sobre o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde. Consideramos também a importância de se identificar áreas problemáticas, desafios a serem superados, ou mesmo possíveis lacunas para o desenvolvimento de novos temas de pesquisa.

Como variáveis para a análise sobre o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde consideramos as características do processo de trabalho, visto a importância que esta profissional assume nos serviços de APS/AB como profissional estratégica para a operacionalização do trabalho neste âmbito de atenção; a especificidade da prática, dado que se discute a indefinição do que é próprio ou particular no trabalho da enfermeira; o valor econômico e social do trabalho, por ser pouco estudado e se revelar como um aspecto fundamental para definição do lugar social da profissão bem como a percepção dos diferentes agentes sobre o trabalho da enfermeira; as condições de trabalho da enfermeira, por ser um aspecto que revela se as condições são compatíveis e adequadas ao desempenho de suas atribuições.

2 SOBRE O TRABALHO E SUA ORGANIZAÇÃO

De acordo com Kantorski (1997, p. 5), “o trabalho tem um papel fundamental no processo antropogenético da existência humana, deste modo, não se pode falar em ser humano desvinculando-o da sua atividade material transformadora”. Assim, o trabalho é o ato humano pelo qual as pessoas, em sociedade, produzem e re-produzem sua existência, não somente no plano material, mas também no plano da subjetividade, ambos condicionando-se mutuamente (PEDUZZI, 1998).

Marx (1985) descreve o trabalho como uma característica fundamental do ser humano. Desta forma, este autor caracteriza e diferencia o trabalho humano em relação a todos os outros tipos de trabalhos que encontramos no mundo natural. Ao definir o trabalho humano, Marx afirma que:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, em sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana (MARX, 1985, p. 202).

Assim, o trabalho se configura como um intercâmbio entre o homem e a natureza, onde a transformação desta resulta na criação de valores de uso, ou seja, “coisas que sirvam para satisfazer necessidades de qualquer natureza” (Marx, 1985, p. 201). Ainda em relação aos aspectos fundadores do trabalho, Marx (1985) afirma que o homem, ao apropriar-se dos recursos da natureza, com o intuito de transformá-los, conferindo-lhes forma útil, segundo suas necessidades, transforma, ao mesmo tempo, a si mesmo.

Uma característica essencial do processo de trabalho realizado pelo homem é a sua intencionalidade. Segundo Marx (1985), o homem, ao contrário dos animais, que operam de forma irracional, possui a capacidade de idealizar o resultado de seu trabalho antes mesmo de começá-lo. Desta forma, o ser humano, ao transformar a matéria, imprime-lhe uma forma que mentalmente já existia, e que vai conduzir todo o curso do trabalho, conferindo-lhe, ao final, não um resultado qualquer, mas a satisfação da necessidade que originou o trabalho.

Assim, considerando a importância desta característica, Cyrino (1993, p. 15) afirma que a intencionalidade do trabalho é a “capacidade que possibilita ao homem separar no

tempo e no espaço a concepção do projeto de sua execução, o que permite, por exemplo, que a idéia concebida por uma pessoa possa ser executada por outra”. Isto nos permite afirmar que a obtenção de um determinado produto não é algo imprevisível, eventual, mas que foi guiado por uma vontade manifestada durante todo o curso do trabalho.

Podemos considerar, portanto, que o trabalho humano é produtor de valores de uso, e é também um trabalho imaginado e, desta forma, pré-figurado pelo próprio trabalhador, ou seja, o planejamento faz parte do trabalho humano, sendo esta uma característica que o diferencia. Entretanto, não basta ao homem planejar aquilo que irá produzir, é preciso também que haja um intercâmbio com a natureza, de modo a extrair os elementos necessários à produção desejada.

Marx (1985) explica também que o processo de trabalho se caracteriza como uma relação entre três componentes essenciais: a atividade adequada a um fim, que ele define como o próprio trabalho; o objeto, que é a matéria sobre a qual se aplica o trabalho; e os meios de trabalho, que se configuram como o instrumental a ser utilizado no processo de produção. Diante desses componentes, Mendes-Gonçalves (1994) aponta o agente, neste caso a pessoa, como parte integrante desse processo que ocorre no interior das relações entre o objeto de intervenção, os instrumentos e as atividades, bem como no interior do processo da divisão do trabalho. Assim, por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Por objeto de trabalho se compreende toda a matéria sobre a qual o trabalho se aplica, podendo vir diretamente da natureza, ou podendo ser fruto de natureza transformada, ou seja, de onde já atuou trabalho pretérito, como no caso das matérias-primas. Já os meios de trabalho são os instrumentos que fazem a intermediação da ação do trabalho com o objeto de trabalho. Marx (1985, p. 203-204) os define da seguinte forma:

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira [...] O que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz. Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho.

Rocha (1990, p. 10) apresenta a compreensão de que existem dois grupos de instrumentos que permitem a potenciação do trabalho:

Os que servem para se apropriar do objeto, e correspondem de forma mais imediata à dimensão intelectual do trabalho e os que servem para efetuar nele a transformação desejada e correspondem de forma mais aproximada, a dimensão manual do trabalho.

É esta dimensão intelectual, denominada também de conhecimento e saber que permite à pessoa intervir em seu processo de trabalho, se apropriando da matéria existente na natureza e transformando-a em objeto de trabalho, imprimindo-lhe uma forma útil que irá atender a necessidades que não são, necessariamente, suas.

Nesse sentido, Cyrino (1993) afirma que o uso de determinados instrumentos e do saber são intencionais, ou seja, são utilizados articuladamente para a produção do produto a que se deseja chegar. Assim, a transformação do objeto em produto é dirigida pela finalidade do trabalho, consciência que preside este processo e mantém sempre presente o produto buscado, representando assim uma dada leitura daquela necessidade.

O saber é, portanto, a antevisão do produto, permitindo ao trabalhador articular a dimensão intelectual e manual, de modo a satisfazer as necessidades dos grupos sociais.

Marx (1985, p. 205) descreve o processo de trabalho afirmando que

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou.

De acordo com Varella e Pierantoni (2008), essa capacidade que o ser humano possui de adaptar ou transformar a natureza para atender às suas necessidades, e também a de outros, produz valor de uso que, em princípio, não possui a finalidade de produzir excedente. Mas, como o modo de produção capitalista visa essencialmente à acumulação de capital, nele o trabalho passa a se constituir em valor de troca, assumindo a condição de mercadoria, e sujeito à regulação do mercado. Assim, o trabalho passou a ter uma dupla finalidade: a de produzir valores de uso e valores de troca.

Nesse sentido, podemos então caracterizar o trabalho como sendo um processo de produção e reprodução que ocorre porque a pessoa apresenta, no decorrer de sua história, necessidades construídas histórica e socialmente, e que precisam ser atendidas.

Rocha (1990) explicita duas características essenciais do trabalho humano. A primeira diz respeito à sua socialidade, já que

O homem não vive, não existe, não trabalha se não organizado em conjuntos de homens. Os carecimentos que transformados intelectualmente em finalidades guiam todo o processo de trabalho não são os carecimentos dele, são os carecimentos do grupo que deve se reproduzir enquanto grupo. A capacidade de separar projeto e execução no processo de trabalho faz do homem um animal infinitamente mais produtivo do que todos os outros e por isso capaz de uma variação infinitamente maior em seus esforços de adaptação e reprodução (ROCHA, 1990, p. 10).

A segunda característica essencial do trabalho humano é a historicidade. Para Rocha (1990, p. 10),

As necessidades sociais, historicamente determinadas e presentes em uma dada sociedade compõem uma ampla rede estruturada de conexões de sentidos, de tal forma que sua satisfação através do trabalho reproduz a sociedade toda como uma totalidade relativamente integrada. É através do trabalho que o homem social acumula excedentes e saberes capazes de fazer a sociedade mudar enquanto se reproduz.

Assim, as necessidades que geram as finalidades não são necessidades individuais, mas de um determinado grupo social. São, portanto, necessidades coletivas. O produto gerado não decorre de um trabalho individual, mas de um trabalho social, dependendo de um conjunto de diferentes trabalhos que, ao final, expressarão a necessidade a ser atendida.

Mendes-Gonçalves (1994) afirma que o resultado do processo de trabalho reside no produto buscado, gerado no trabalho social de um grupo, enquanto expressão do trabalho na sociedade como um todo, pois cada produto depende sempre de vários trabalhos encadeados, cujas necessidades, formas de satisfação e as relações que os homens estabelecem entre si, por meio do seu trabalho, variam nas diferentes épocas históricas. Peduzzi (1998) complementa afirmando que não há uma ocorrência isolada de um dado processo de trabalho, mas sim uma rede de processos que se alimentam reciprocamente.

Considerando-se os relatos dos autores, identifica-se que o processo de trabalho modifica-se ao longo dos anos, sendo influenciado principalmente pelo modo de produção capitalista que foi fortemente solidificado após a Revolução Industrial, no século XVIII, e que move a estrutura social até o momento atual.

De acordo com Gorz (2007, p. 24)

A idéia contemporânea do trabalho só surge, efetivamente, com o capitalismo manufatureiro. Até então, isto é, até o século XVIII, o termo trabalho (*labour, Arbeit, lavoro*) designava a labuta dos servos e dos trabalhadores por jornada, produtores dos bens de consumo ou dos serviços necessários à sobrevivência que, dia após dia, exigiam ser renovados e repostos.

É com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, que se constitui a transformação de uma sociedade agrária para uma industrial, desencadeando, de acordo com Kantorski (1997, p. 7), profundas mudanças políticas e sociais, significando “uma grande mudança no processo de trabalho, não só pela introdução de uma base técnica, como pela função do trabalho assalariado”.

Com o modo capitalista de produção, o trabalhador detém a capacidade de trabalho e o capitalista passa a dominar os meios com os quais o trabalhador deve exercê-lo (VARELLA; PIERANTONI, 2008). Assim, o trabalhador vende a força do seu trabalho, não como uma quantidade de trabalho contratado, mas como força para trabalhar por um determinado período de tempo. Desta forma, o trabalho passa a ter valor de troca no mercado, e são as leis de mercado que estabelecem o valor da força de trabalho dos indivíduos.

A esse respeito, Gorz (2007, p. 21) afirma que

É pelo trabalho remunerado (mais particularmente, pelo trabalho assalariado) que pertencemos à esfera pública, adquirimos uma existência e uma identidade sociais (isto é, uma “profissão”), inserimo-nos em uma rede de relações e de intercâmbios, onde a outros somos equiparados e sobre os quais vemos conferidos certos direitos, em troca de certos deveres.

Desta citação podemos destacar que o trabalho é uma construção social; que esta legitimação social se fundamenta no valor de troca, na obtenção de uma remuneração; e que esta não depende do conteúdo da atividade, nem do que ela pode proporcionar em termos de realização pessoal, mas do que pode proporcionar em termos de salário. O trabalho moderno, nesse sentido, é o trabalho assalariado exercido na esfera pública e mediado racionalmente pelas leis de mercado.

Assim, com a racionalização deste modo de produção econômico chamado capitalismo,

O trabalho deixa de ser atividade privada submetida às necessidades naturais; mas no momento mesmo em que é despojado de seu caráter limitado e servil para tornar-

se *poiêsis*, afirmação de potência universal, ele também desumaniza aqueles que o realizam (GORZ, 2007, p. 28).

Nesse sistema, o trabalho humano é reduzido à condição de atividade, sem que a vontade do trabalhador seja subordinada ao projeto de resultado e ao objetivo pretendido, efetivando, assim, a condição objetiva das formas específicas de alienação do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992). Desta forma, Gorz (2007) afirma que no modo de operar capitalista, o trabalhador, ao adentrar no processo produtivo, despoja-se de sua personalidade, de sua singularidade e de seus próprios desejos, sendo simplesmente força de trabalho, servindo a fins que lhe são, por vezes, estranhos e indiferentes.

Não há, muitas vezes, nenhum tipo de identificação pessoal do trabalhador com a atividade que desempenha. Desta forma, realiza-a mecanicamente e sem mesmo entender por que a desempenha, já que consiste em seu único meio de subsistência. Torna-se, portanto, alheio a este trabalho.

Com este conceito de alienação do trabalho, Marx (1985) procurava demonstrar a injustiça social que havia no capitalismo, afirmando tratar-se de um regime econômico de exploração, cujo objetivo era a garantia do lucro aos detentores dos meios de produção. Este pensamento é enfatizado por Mendes-Gonçalves (1992), ao salientar que o trabalho torna-se alienado na vida do homem, concretizando-se como um mero meio para sua subsistência e, muitas vezes, insuficiente até mesmo para isso.

Isto nos permite afirmar que a racionalização capitalista imprime ao ser humano um sentimento de existência em função do trabalho que desempenha, descartando sua individualidade e suas motivações pessoais e sendo muitas vezes apenas um meio de subsistência. Desta forma, não há mais a conotação de satisfação pessoal, de valorização do ser humano, e o trabalho deixa de fazer parte da vida da pessoa, passando a ser um meio de satisfação de necessidades básicas.

Para Gorz (2007), um dos produtos da racionalização econômica do trabalho é a divisão social do trabalho em uma infinidade de trabalhos intercambiáveis e indiferentes, tendo como propósito, em última instância, a garantia da acumulação de capital. Esta divisão é, portanto, uma maneira cômoda e útil de utilização da força humana para a produção da riqueza social, debilitando, entretanto, as capacidades individuais de cada ser humano individualmente. Esse processo tem se refletido, até a atualidade, nos diferentes setores da

economia, inclusive no setor terciário, em que se encontram os trabalhadores da saúde, aonde a divisão social vem se expressando na relação entre a prática hegemônica, que é a prática médica, e as demais práticas sociais.

Para Antunes (1999) a divisão social do trabalho operou a subordinação estrutural do trabalho ao capital, e diante desta lógica de produção várias alternativas tecnológico-organizacionais foram empreendidas pelos detentores do capital, com vistas a controlar o trabalho e aumentar a margem de lucro, fazendo frente aos períodos de crise, como a introdução de inovações tecnológicas, através de novos equipamentos ou alternativas de organização do trabalho, extensão da jornada de trabalho ou redução da sua remuneração.

Assim, Kantorski (1997) e Pires (2008) afirmam que, em decorrência do modo de produção capitalista, instalou-se no mundo do trabalho e no trabalho em saúde modos de produção em massa, como forma de controle do trabalho alienado, da força de trabalho comprada e vendida, e do controle do tempo de produção com vistas a eliminar o tempo do trabalho improdutivo. Desta forma, instalou-se um processo de racionalização do trabalho que, com Taylor, se concretiza frente à proposta de execução de tarefas de acordo com tempo e movimentos previamente estabelecidos e controlados por uma gerência. Com o fordismo, além dos princípios adotados por Taylor, introduzem-se as linhas de montagem, em que o tempo de trabalho humano necessário para a operação de uma determinada tarefa não está mais sob o controle direto do gerente, mas é feito automaticamente pela máquina.

Esses padrões produtivos estruturaram-se com base em um trabalho parcelar e fragmentado, baseado em uma decomposição de tarefas que reduzia a ação do trabalhador a um conjunto repetitivo de atividades (ANTUNES, 1999). Isto nos permite afirmar que o modelo taylorista/fordista reduzia as atividades humanas a simples movimentos rotineiros, predeterminados, mecanicamente seguidos e rigidamente controlados, sem exigir grandes habilidades cognitivas para sua execução, favorecendo a alienação do trabalhador.

Esta forma de organização se expressa no setor saúde, contribuindo para um maior parcelamento do trabalho, onde, com o avanço tecnológico crescente, muitas tarefas até então realizadas por médicos foram designadas aos trabalhadores em enfermagem, acentuando-se a divisão entre o trabalho intelectual (médico) e o trabalho manual (profissões em enfermagem). Os estudos de tempo e movimento utilizados para estabelecer padrões do trabalho nas fábricas foram utilizados, por exemplo, para organizar o trabalho em enfermagem, passando o mesmo

a ser centrado em tarefas e procedimentos distribuídos conforme a competência e qualificação do pessoal (KANTORSKI, 1997).

Para a autora supracitada, essa rigidez, controle e homogeneização do trabalho implicaram em uma intensificação do consumo, desencadeando grandes transformações sociais e criando-se novas necessidades que não existiam na sociedade agrária ou mesmo no início do processo de industrialização.

Assim, esses modelos de desenvolvimento começaram a apresentar sinais de esgotamento a partir da segunda metade de década de 1960. Pires (2008, p. 45) descreve essa crise como sendo estrutural, onde

As taxas de lucratividade do capital são ameaçadas pela diminuição dos ganhos de produtividade, pela redução do poder de compra do mercado, pela elitização do consumo e pelo aumento da competição intercapitalista mundial.

Para Antunes e Alves (2004), com a retração do binômio taylorismo/fordismo ocorre a redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro desta era da indústria verticalizada. E, por conseguinte, novas formas desregulamentadas de trabalho têm surgido, ocasionando uma redução no conjunto de trabalhadores estáveis que se estruturavam por meio de empregos formais.

Ainda de acordo com Antunes e Alves (2004), há, contrariamente à tendência anteriormente apontada, outra muito significativa e que se caracteriza pelo aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado. São os terceirizados, subcontratados, entre tantas outras formas semelhantes, que se expandem em escala global.

No Brasil, a situação do setor saúde em muito se aproxima das tendências apontadas, evidenciando sobrecarga de trabalho, baixa remuneração e vínculos empregatícios precários, com contratos temporários, gerando insatisfação e estranhamento nos profissionais. Para Kantorski (1997), a lentidão na regulação do sistema de saúde brasileiro, com baixos recursos destinados ao setor e com a não implementação urgente do sistema demonstram como as mudanças ocorridas na macroestrutura, que redimensiona o mundo do trabalho, determinam o mundo do trabalho em saúde, inclusive limitando muitas das suas possibilidades de organização.

Outra tendência significativa no mundo do trabalho contemporâneo é o aumento da mão-de-obra feminina. No Reino Unido, por exemplo, desde 1998 o contingente feminino tornou-se superior ao masculino na composição da força de trabalho. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam um aumento, entre os anos de 2003 e 2008, no contingente de mulheres que passaram a integrar o mercado de trabalho. Esta expansão tem, entretanto, um movimento inverso quando se trata da temática salarial, na qual os níveis de remuneração das mulheres são em média inferiores àqueles recebidos pelos trabalhadores homens, o mesmo ocorrendo com relação aos direitos sociais e do trabalho, que também são desiguais. Desta forma, o mundo do trabalho aprofundou a divisão sexual do trabalho, reservando para as mulheres, por um lado, sobrecarga de trabalho, mudanças no formato da família com a redução do número de filhos, notável crescimento do emprego feminino industrial e também o seu confinamento às posições menores, além da precarização do trabalho feminino (ANTUNES; ALVES, 2004; ANTUNES, 1999; IBGE, 2009).

Hirata (2002) demonstra em seus estudos que, na nova divisão sexual do trabalho, as atividades de concepção ou aquelas de capital intensivo são realizadas predominantemente pelos homens, ao passo que aquelas de maior trabalho intensivo, freqüentemente com menores níveis de qualificação, são preferencialmente destinadas às mulheres trabalhadoras, e também a trabalhadores imigrantes, negros e indígenas.

Outra característica atual do trabalho, perceptível particularmente nas últimas décadas do século XX, é a significativa expansão dos assalariados médios e de serviços. Para Antunes (1999), a expansão desse segmento é um desdobramento direto da retração do mercado de trabalho industrial e de serviços, num quadro de desemprego estrutural.

Antunes (1999) afirma que tem crescido a subproletarização do trabalho, em decorrência das formas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal e ao setor de serviços, dentre outros. Em decorrência, constata-se o declínio da qualidade de vida como um subproduto destas condições.

É importante considerar o crescimento do setor de serviços, ou setor terciário da economia, que abarca atividades fora da esfera da produção material e que são fundamentais para a vida em sociedade. Para Nogueira (1994), hoje os serviços compõem um importante setor da acumulação capitalista, definidos essencialmente como atividades de utilidade imediata, realizando-se na esfera de um consumo privado, individual ou coletivo, e tendo uma

utilidade para os indivíduos enquanto consumidores. Nesse setor da economia inclui-se o trabalho em saúde, estudado a partir da década de 1970 no Brasil.

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Dentre os setores que constituem a economia, o trabalho em saúde insere-se no setor terciário, ou seja, aquele em que o trabalho humano é mais distante da relação direta com a natureza. Desta forma, “o trabalho em saúde configura-se como um trabalho reflexivo destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (a saúde) que é imprescindível ao conjunto da sociedade” (PEDUZZI, 1998, p. 42). Essa configuração ocorre devido à forma como são apreendidas e interpretadas as necessidades de saúde pelos sujeitos/agentes, trazidas pelos sujeitos/usuários, os quais as sentem e as levam ao serviço.

Para 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”.

Desta forma, as diferentes categorias profissionais, como, por exemplo, o médico, trabalhadoras em enfermagem, a fisioterapeuta, a nutricionista, o odontólogo, o farmacêutico, dentre outras, executam o seu trabalho aplicando características da divisão parcelar do trabalho, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas, de modo que, através da articulação dessas ações, o usuário possa ter suas necessidades de saúde atendidas.

Considerando-se a sociabilidade e a historicidade do trabalho em saúde, Nogueira (1997) apresenta três dimensões inter-complementares desse trabalho, a saber: que é um processo de trabalho geral, compartilhando das características dos processos que se dão na indústria e em outros setores da economia; que toda assistência prestada é um serviço; e que esse serviço se funda numa inter-relação pessoal profunda.

Assim, considera-se que o trabalho em saúde compartilha das características de todo trabalho humano como a intencionalidade, a subjetividade, a intelectualidade, o potencial de socialização e seu processo sistemático. Peduzzi (1998, p. 24) afirma que “a dinâmica intrínseca do trabalho entre objetos, saberes e instrumentos materiais e atividades só é possível pela ação do agente”. A autora apresenta uma distinção entre duas formas de trabalho em saúde. A primeira como atividade genérico-assistencial, “quando resulta útil a outras pessoas, quando em uma dada sociedade cumpre uma função necessária ou satisfaz uma necessidade social”; e outra como atividade cotidiana, justificada pelo fato de a vida cotidiana ser considerada como a reprodução do ser particular.

Para Peduzzi (1998, p.47), “ao se falar em trabalho em saúde contemporâneo fala-se de trabalhos peculiares a uma dada conformação social, o capitalismo, inerentes às práticas de saúde na modernidade e articulados às demais práticas sociais da época”. Pode-se, portanto, considerar como objeto de estudo do campo da saúde as necessidades demandadas pelas populações nas dimensões individuais e coletivas, por entendermos que essas necessidades são decorrentes do processo social emergente dos meios de produção.

Desta forma, torna-se importante destacar que o trabalho em saúde não é realizado sobre coisas, sobre objetos, e sim sobre pessoas, ocorrendo uma inter-relação entre quem presta o serviço e quem o consome. Assim, o usuário é tido como co-participante de todo o processo de trabalho, fornecendo os valores de uso necessários a esse processo. Pelo fato de os objetos de trabalho, no âmbito do trabalho em saúde, sempre se referirem ao ser humano, faz-se importante apreendê-los na objetividade e subjetividade que lhes são inerentes, assim como a aplicação dos vários instrumentos (saberes ou materiais) são sempre permeados pelas relações interpessoais entre o usuário e o agente (NOGUEIRA, 1997; PEDUZZI, 1998).

Rocha e Almeida (2000) afirmam que o setor saúde é responsável por dar resposta a uma pluralidade de necessidades, seja por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade, seja nos espaços da vida cotidiana. Desta forma, apenas a intervenção e recuperação do corpo biológico não tem respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além, tornando-se, para isto, necessária uma abordagem integral ao ser humano, promovendo, assim, qualidade de vida e saúde.

Assim, os profissionais de saúde devem ter a compreensão de que as necessidades de saúde não se resumem às necessidades fisiológicas, sanadas por procedimentos técnicos. É preciso que se leve em consideração que estas necessidades estão permeadas por um amplo

conjunto de aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, que repercutem diretamente na vida individual e coletiva das pessoas. Portanto, o trabalho deve estar pautado em ações que prezem pela integralidade, respeitando as características individuais de cada um.

Nesse sentido, Rocha (1990) resgata o conhecimento como um dos momentos importantes do processo de trabalho, sendo determinado historicamente pelas características do objeto e pela finalidade do trabalho. E isto nos permite afirmar que nem sempre as finalidades do trabalho em saúde são atingidas através do arsenal tecnológico do qual é dotado, mas através do conhecimento que se processa nas relações subjetivas entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

A esse respeito, Merhy et al. (2006, p. 120-121) elucidam que

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades.

Abordando essa discussão das tecnologias do trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves (1994) amplia a concepção de tecnologia, não a restringindo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas constituída pelos saberes e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde. As tecnologias expressam, portanto, relações entre os homens e entre os objetos sobre os quais trabalham, que não se ligam só a eficácia útil dos instrumentos, mas dizem respeito às relações sociais que os homens estabelecem e modificam na sua relação com a natureza e a história.

Para Merhy (2005, p. 46), o termo tecnologia refere-se diretamente à temática do trabalho, e desta forma, à sua “ação intencional demarcada pela busca da produção de “coisas” (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos (que também portam valores de uso) que satisfaçam necessidades”.

Ampliando essa discussão, Merhy et al. (2006, p. 121) propõem a possibilidade de mudanças no processo de trabalho em saúde, a partir da mudança na intersubjetividade, ou seja, nas relações intersubjetivas entre os sujeitos que trabalham e entre estes e os que utilizam os serviços de saúde. Com isso, classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

[...] leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Assim, a utilização das tecnologias leves pelos profissionais de saúde, que são as tecnologias relacionais, possibilita a criação de espaços de fala, de escuta, vínculo e acolhimento, por meio de uma relação de intercessão com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde.

Essas tecnologias possibilitam ainda a criação de espaços de cooperação e partilha de saberes entre os diferentes profissionais da saúde, permitindo o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, articulado e coletivo dentro da própria equipe, objetivando, sobretudo, a partilha de conhecimentos e experiência de cada indivíduo envolvido no processo de assistência à saúde da população.

Entretanto, Ayres (2000, p. 118) contesta a classificação supracitada, trazendo o conceito de tecnologia proposto por Lalande (1993) como um termo que substitui o termo técnica, o qual designa o "*conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis...*". Assim, Ayres (2000) põe em questão se a ideia de "procedimentos bem definidos" e "destinados a produzir certos resultados" não implica em um impedimento para a criação de espaços em que se expressem as relações de subjetividade entre os indivíduos envolvidos no processo de assistência à saúde e os usuários.

De acordo com Nogueira (1997), outra característica inerente ao processo de trabalho em saúde é a fragmentação dos atos, pois a saúde não se configura como uma área que opera na lógica da substituição de tecnologia por trabalho. Então, na maioria das vezes é necessário ao usuário dos serviços de saúde passar pela intervenção de diferentes profissionais, de modo a alcançar a resolução de seu problema, o que caracteriza uma desarticulação de ações, contribuindo para a realização de atos isolados, levando a não concretização dos cuidados em saúde.

Assim, é esperado pelos profissionais da saúde que o usuário vivencie essa experiência da fragmentação como algo inerente à prestação dos serviços de saúde, onde o usuário vê-se, na maioria das vezes, obrigado a deslocar-se fisicamente de um setor a outro, ou até mesmo

entre serviços, sem muitas vezes saber o porquê de tudo isto, implicando em uma fragmentação tanto na prestação quanto no consumo destes serviços, prejudicando a efetivação da integralidade.

Para Nogueira (1994, p. 88), essa fragmentação é resultado da própria estrutura organizacional dos serviços, que trazem consigo essa decomposição extrema de tarefas, como no Brasil, onde “grande parte dos serviços privados de exames complementares que mantêm contratos com o setor público são bastante especializados em certos tipos de exame, o que obriga o usuário a transitar entre um grande número deles e a se submeter a rituais fatigantes”. O autor complementa citando o caso dos Estados Unidos, onde, ao contrário do Brasil, esses serviços são proporcionados de forma integrada ao atendimento ambulatorial, e frequentemente um único profissional de nível médio, como um assistente médico, realiza diferentes procedimentos, como a coleta de amostras de sangue e a realização de um eletrocardiograma.

No entanto, Nogueira (1994) afirma que ao mesmo tempo em que a reintegração física e funcional dos serviços de saúde implica na aplicação de princípios organizacionais que resguardam o conforto do usuário, implica também, por outro lado, na centralização de atribuições em um único profissional, mais qualificado. Vale questionar, nesse sentido, se a reintegração de tarefas parcelares é o melhor caminho, visto que viabiliza a hierarquização das ações, no sentido taylorista, com a repartição dos atos entre os de destreza manual e os que envolvem maior capacidade de raciocínio.

Essa herança de Taylor ainda é visível na organização do trabalho em saúde, principalmente na estruturação do trabalho médico e no trabalho em enfermagem. Peduzzi (1998, p. 28), referindo-se à divisão do trabalho no setor saúde, ressalta que esta se dá de forma processual e complexa, onde

Cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares. Reflete, dessa maneira, não apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde que engendra subdivisões sistemáticas dos trabalhos, assim como parcelamentos das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez “mais manuais” que vão sendo delegados sucessivamente.

Peduzzi (1998) ressalta ainda que este processo reproduz uma divisão técnica do trabalho, com uma valoração social desigual deste, quer sejam de médicos e demais

profissionais universitários, quer sejam dos profissionais de nível médio ou sem formação específica para atuar no setor saúde. Assim, por razões históricas, há uma distinção e elitização do profissional médico, considerado como o executor do trabalho intelectual no setor saúde, sendo dado a este trabalhador maior valor social. A este são agregados os trabalhos parcelares dos demais profissionais, repercutindo negativamente na realização do trabalho na perspectiva da integralidade, já que cada profissional isoladamente não consegue atender às necessidades de saúde dos usuários.

Nesse sentido, Matos e Pires (2006), referindo-se ao trabalho médico e em enfermagem, afirmam que o modo de operar médico, dotado de autonomia e detentor do controle do processo assistencial em si, é resistente às mudanças organizacionais no trabalho, o que ocasiona, cotidianamente, conflitos entre este e os profissionais em enfermagem, com quem disputa o projeto assistencial dos usuários. Referindo-se a este aspecto, Peduzzi (2001) afirma que os profissionais devem realizar intervenções próprias de suas respectivas áreas, e também executarem ações comuns, nas quais são integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos e grupos operativos.

Podemos também afirmar que, por sua própria natureza, o trabalho em saúde não ocorre isoladamente, mas no coletivo institucional, se desenvolvendo com características do trabalho profissional e da divisão parcelar do trabalho. Assim, cada profissional isoladamente não consegue atender às necessidades de saúde dos usuários. Desta forma, é preciso criar condições para se evidenciar e processar as articulações entre as ações dos diferentes agentes, configurando um trabalho interdependente e complementar, que possibilite melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades.

Desta forma, considera-se a importância do reconhecimento, por cada profissional da saúde, dos limites da sua atuação, saberes peculiares e características inerentes ao seu trabalho, de modo que esse trabalho não se processe de forma individual, mas coletiva, estando permeado por diálogo, acolhimento, escuta qualificada, criação de vínculos, ou seja, por tecnologias leves, independentemente da necessidade da utilização de outras tecnologias.

Considerando-se as características referidas para o trabalho em saúde, veremos no próximo item que as que se referem à divisão do trabalho, à inserção de trabalhadoras com formação média, dentre outras características, são as que mais se acentuam nas profissões em enfermagem. Assim, procuraremos explicitar como e porque esses fatos ocorrem.

2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Desde os tempos antigos, os cuidados aos doentes eram prestados por distintas categorias, como sacerdotes, feiticeiros e mulheres, até a institucionalização das profissões da saúde. Melo (1986) salienta que as mulheres, ao longo das épocas, estiveram ligadas a atividades tidas como de bruxaria e de curandeirismo, e que os cuidados prestados por estas mulheres aos doentes sempre eram feitos em domicílio. A autora associa o trabalho da enfermagem, nessa época, ao trabalho que as mulheres desempenhavam como cuidadoras, e que era pouco valorizado socialmente.

No século XVIII as ações de cuidados aos doentes passam a ser desempenhadas nos hospitais pelas religiosas, sem que estas tivessem, no entanto, conhecimentos próprios que fundamentassem suas atividades. Desta forma, a enfermagem foi constituída, nesse período, como um sacerdócio, ao contrário da medicina, que se constituiu como profissão. Tem-se, a partir do século XIX, o início da divisão social do trabalho entre os elementos designados para prestar os cuidados de enfermagem, onde uns dirigiam o serviço de enfermagem, atividade de coordenação e supervisão, e outros eram encarregados pelas enfermarias, atividade de execução de cuidados. Dá-se, portanto, o início da divisão intelectual e manual do trabalho em enfermagem (MELO, 1986).

A institucionalização das profissões em enfermagem acontece na Inglaterra no século XIX, onde se organiza como profissão, saindo do âmbito familiar, privado e doméstico e organizando-se nos preceitos do modo capitalista de produção. Assim, a enfermeira passa a desenvolver suas ações de cuidado no espaço institucional hospitalar, integrando o trabalho coletivo em saúde, e com subordinação ao trabalho médico (PIRES, 2008; MELO, 1986).

É a partir de 1860 que, na Inglaterra, Florence Nightingale cria o modelo de formação e de prática assistencial cujas atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial passam a constituir genericamente o trabalho em enfermagem. Ainda considerado socialmente inferior e tradicionalmente exercido por mulheres, este trabalho nasce reproduzindo uma divisão social entre duas categorias distintas: as *ladies-nurses*, de classe social mais elevada, preparadas para o ensino e a supervisão de pessoal, e as *nurses*, prestadoras dos cuidados diretos aos doentes (PIRES, 2008; MELO, 1986).

Entretanto, para Florence, a enfermagem era compreendida tanto como vocação quanto como ocupação, devendo esses dois aspectos estar unidos. Assim, qualquer mulher poderia vir a ser uma boa enfermeira, devendo para isto “ser estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada” (NIGHTINGALE, 2005, p. 169). Concebia o trabalho das enfermeiras como sendo subordinado ao trabalho médico, assim, “seria um grande auxílio, ao invés de obstáculo, se os médicos soubessem fazer com que as enfermeiras obedecessem às suas ordens” (NIGHTINGALE, 2005, p. 177).

É sob este aparato que o padrão de formação de enfermeiras de Florence Nightingale passa a ser difundido pelo mundo, e a enfermagem como corpo instituído de uma nova profissão passa a reproduzir-se de modo a atender aos interesses da sociedade capitalista, estando revestida de um trabalho que, apesar do aparato técnico, dá-se sob a ótica da hegemonia médica. E da mesma forma que o trabalho em enfermagem submete-se ao trabalho médico, o trabalho em enfermagem que realiza os cuidados diretos aos doentes passa a ser submetido aos das enfermeiras supervisoras, caracterizando-se como um trabalho hierarquizado e parcelar.

No Brasil, a partir das duas primeiras décadas do século XX, o Estado, através do Departamento Nacional de Saúde Pública, traz enfermeiras americanas treinadas no sistema Nightingale para preparar pessoas para atuar em saúde pública, com o intuito de atender a nova política sanitária, cujo objetivo era a tentativa de controle das epidemias que prejudicavam as exportações e o crescimento econômico do País (MELO, 1986; PIRES, 2008).

No entanto, a formação profissional em enfermagem no Brasil só passa a ser independente em 1923, quando foi criada a Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, financiada pela Fundação Rockefeller. As profissionais ali formadas assumiam os cargos de chefia do serviço de saúde pública ou o ensino para a preparação de auxiliares, reproduzindo a base do modelo norte-americano, com a divisão entre o trabalho intelectual e o manual (PIRES, 2008).

Desta forma a enfermagem, que ao longo dos anos foi vista como um campo profissional relacionado à caridade, à benevolência, no final do século XIX e início do século XX modifica-se, em particular a respeito das atribuições profissionais, se ampliando enquanto profissão, e se tornando complexa com a incorporação de novos conhecimentos e técnicas, até

chegar ao momento em que busca nos princípios científicos a fundamentação para a realização do seu processo de trabalho (ROCHA, 1986; ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Para Kantorski (1997), com o avanço tecnológico crescente, algumas influências tayloristas na organização do processo de trabalho contribuíram com o parcelamento do trabalho em saúde, onde muitas tarefas realizadas por médicos foram designadas às profissionais de enfermagem, acarretando uma divisão entre o trabalho intelectual (do médico) e o trabalho manual (das profissões em enfermagem). Já no interior da equipe de enfermagem acentuou-se a divisão anterior entre as *nurses* (cuidado direto) e as *ladies-nurses* (atividades de supervisão, administração e ensino), sendo a equipe cada vez mais estratificada em função da complexidade das tarefas a ser realizadas, da qualificação exigida, da hierarquia e da remuneração.

No Brasil, a configuração do trabalho em enfermagem mantém essa divisão, cabendo às enfermeiras as atividades gerenciais e de ensino, e aos auxiliares e técnicas de enfermagem as ações de cuidado (PEDUZZI; HAUSMANN, 2004). No entanto, essa forma de organização e divisão do trabalho reproduz a fragmentação do trabalho estabelecida pelo taylorismo, onde os trabalhadores executam as mesmas tarefas individuais e parcelares estabelecidas para um determinado período de trabalho e para um determinado conjunto de pacientes. Aproxima-se, desta forma, de um trabalho alienado, mecanizado, muitas vezes indefinido, distanciando-se das relações de subjetividade e do emprego das tecnologias leves que devem predominar nas relações entre todos os sujeitos envolvidos. Entretanto, é possível encontrar, no trabalho em saúde, diferenciações com maior ou menor aproximação a um trabalho cooperativo, mais criativo e menos alienado.

Essa indefinição revela muitas vezes a falta de identificação do trabalhador com as atividades que realiza, tornando-o alheio ao seu processo de trabalho. Para Gorz (2007) é preciso que os indivíduos, no plano existencial, identifiquem-se pessoalmente com a totalidade de seu trabalho, de modo que este não se realize no plano individual, mas no coletivo.

Além da alienação, a divisão do trabalho em enfermagem implica também na centralização de poder no interior da profissão, com relações hierarquizadas e subordinadas entre seus agentes. Para Peduzzi e Hausmann (2004), essa divisão no trabalho tem consequências muito graves, comprometendo a qualidade do cuidado em enfermagem e dos serviços de saúde prestados à população.

Peduzzi e Hausmann (2004, p. 1) afirmam que os efeitos dessa cisão podem ser observados em diferentes aspectos do trabalho cotidiano como:

a) Nos dilemas e no sofrimento dos enfermeiros frente à frustração da expectativa de cuidar diretamente dos pacientes; b) No sentido meramente burocrático que é atribuído, tanto pelos enfermeiros quanto pelos auxiliares e técnicos, às atividades gerenciais e inclusive à sistematização da assistência de enfermagem; c) Na rígida cisão que se estabelece entre o planejamento, sob a responsabilidade dos enfermeiros, e a execução do cuidado de enfermagem, realizado majoritariamente pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio; d) Na ambigüidade da relação entre enfermeiro e demais agentes de enfermagem, na qual o enfermeiro coloca-se como mandante ou amigo/camarada, o que tende a aumentar as incertezas e os conflitos nas relações de trabalho, pois ora os auxiliares e técnicos de enfermagem estão completamente subordinados e sem autonomia, ora colocam-se como executores de um trabalho equivalentes aos enfermeiros, embora inseridos em processos de trabalho diversos com esferas de responsabilidades distintas; e) O estranhamento ou alienação tanto em relação ao respectivo trabalho, quanto em relação ao trabalho do outro, ou seja, enfermeiros tendem a não apreender e reconhecer o trabalho executado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e vice-versa, estes tendem a não reconhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros e, sobretudo, há um estranhamento em relação a interdependência das ações que ambos os grupos executam.

Estas características do trabalho em enfermagem favorecem a intensificação dos conflitos e tendem a inviabilizar a implementação do trabalho em equipe. O trabalho em equipe requer a articulação de ações, comunicação e interação dos agentes na busca de um entendimento comum que permita o desenvolvimento de ações que, segundo Rocha e Almeida (2000), são atreladas ao desenvolvimento de cuidados a indivíduos, famílias e comunidades, cuidados estes que incluem a promoção à saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação, e também a promoção de conforto, acolhimento e bem estar aos usuários.

Pires (2009) acrescenta que as profissões em enfermagem, como profissões da saúde, apresentam dois aspectos que têm sido apontados como frágeis: a autonomia profissional e o reconhecimento da utilidade social deste trabalho profissional e do domínio de um campo específico/próprio de conhecimentos. Estes são dois aspectos que precisam ser investigados e aprofundados, pois há que se questionar os limites da propalada autonomia da enfermeira, dado que o processo de cuidado deve ser direcionado a partir da autonomia do sujeito cuidado. Apenas o poder técnico, configurado a partir dos saberes profissionais, e do papel social de cada um dos profissionais em saúde, tem assegurado a autonomia do médico em prescrever e diagnosticar, por exemplo, sem levar em conta o projeto de felicidade do sujeito cuidado (AYRES, 2000).

Assim, apesar de não haver consenso em relação à natureza do cuidado em enfermagem, há consenso no que diz respeito à estreita relação entre cuidado humano e o trabalho em enfermagem. E nesse sentido, na sociedade atual, que se apresenta fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global, centrada no consumo, nos valores mercantis e na biomedicina, valores como solidariedade, direito universal a vida digna e ao cuidado não são prioridade, dificultando a valorização de práticas como as em enfermagem (PIRES, 2009).

Ainda em relação aos atributos da profissão, Pires (2009) afirma que o campo de conhecimentos que confere à enfermeira a competência para cuidar das pessoas envolve três dimensões básicas que são o cuidado aos indivíduos e grupos, a educação e pesquisa, e a dimensão administrativo-gerencial. Assim, o desenvolvimento dessas dimensões envolve processos como o educar intrínseco ao processo de cuidar; a educação permanente no trabalho; a formação de novos profissionais; a produção de conhecimentos que subsidiem o processo de cuidar; a coordenação do trabalho coletivo da enfermagem; a administração do espaço assistencial; e a participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional.

Em 1997, um documento publicado pela Organização Mundial de Saúde descreveu o trabalho em enfermagem nas diversas partes do mundo, demonstrando que tanto a qualificação das profissionais quanto as atividades que desempenham diferem profundamente de um local para outro. Desta forma, o trabalho em enfermagem ao redor do mundo sofre diferentes influências políticas, econômicas e culturais, de acordo com o País e região em que se insere, assumindo diferentes papéis, funções e responsabilidades, e prestando cuidados a indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Esses cuidados envolvem ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de tratamento a pacientes crônicos e agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais.

Este documento descreveu ainda o campo da enfermagem como sendo o que contém a categoria profissional com o maior contingente de força de trabalho em saúde, sendo um campo de profissões constituído predominantemente por mulheres, as quais se encontram, em sua maioria, trabalhando em hospitais de grandes áreas urbanas. Entretanto, as décadas de 1980 e 1990 revelaram uma mobilização dos trabalhadores em enfermagem na reorganização do setor saúde em várias regiões do mundo, dando suporte à área de atenção primária à saúde e deslocando parte dessa classe trabalhadora para as zonas rurais de países pouco

desenvolvidos. Nesses locais, as profissionais em enfermagem coordenam serviços distritais de saúde e vários programas de controle de malária, tuberculose, hanseníase, diarreia, dentre outros. Além disso, muitos países mantêm a tradição de enfermeiras obstetras/parteiras trabalhando na assistência ao parto, nos cuidados preventivos e na educação em saúde (OMS, 1997).

No Brasil, o trabalho em enfermagem na atenção primária à saúde se configura desde o início do século XX, quando as enfermeiras formadas no sistema Nightingale exerciam, dentre outras atividades, aquelas relacionadas à educação em saúde, sendo muitas delas enfermeiras-visitadoras atuando junto à população. No entanto, a partir de 1950 as práticas da saúde pública, inicialmente inspiradas no modelo sanitarista, passaram a assumir características do modelo biomédico, com ênfases em práticas curativas.

Entretanto, a partir da década de 1980, e com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, buscou-se a adoção de uma concepção mais ampla de saúde, resultando em um modelo de atenção integral que tem na atenção básica um de seus pilares. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, que devem ser regidas por princípios democráticos e de forma participativa, sob a forma do trabalho em equipe, e este espaço tem se constituído como relevante para a diversidade de ações de enfermagem no País.

2.3 O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

As enfermeiras sanitaristas passaram a integrar a equipe de saúde pública no início do século XX, desempenhando um trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças em locais de grande concentração de imigrantes pobres na cidade de Nova York, nos Estados Unidos. Pouco tempo depois, publicações sobre a atenção primária à saúde mencionaram o trabalho das enfermeiras como sendo essencial e imprescindível para a saúde pública (HSO; HSP; OPS; OMS, 2004).

Com o transcorrer das décadas, o trabalho da enfermeira tem se tornado cada vez mais importante nos serviços de saúde, embora ainda apresente muitas dificuldades que impeçam o seu desenvolvimento. Publicações de alguns órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) têm dado grande importância ao trabalho em enfermagem, considerando seus conhecimentos e funções (ESPERON, 2004).

Uma declaração da *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice* descreve o trabalho em enfermagem na atenção primária à saúde como sendo a prática da promoção e proteção à saúde das populações, utilizando-se, para isto, de conhecimentos tanto das ciências em enfermagem como das ciências sociais e da saúde pública (HSO; HSP; OPS; OMS, 2004).

Assim, o trabalho das enfermeiras neste âmbito de atenção à saúde é descrito como sendo capaz de aliar os conhecimentos e habilidades que possui ao desenvolver sua prática cotidiana na comunidade; oferecer atendimento não apenas às necessidades individuais, mas coletivas; incorporar componentes tecnológicos, como a informática, ao trabalho, e também se utilizar destas tecnologias para divulgar este trabalho; se utilizar de conhecimentos da epidemiologia e também da comunicação; trabalhar em equipe; articular-se com a comunidade, de modo a atender suas necessidades, dentre outras coisas.

No Brasil, a inserção das enfermeiras em serviços de saúde pública ocorreu nas primeiras décadas do século XX nos programas de combate à tuberculose, com investimentos da Fundação Rockefeller (BARREIRA, 1992). No período compreendido entre 1925 e 1960, conhecido como período com predomínio do modelo médico-sanitário, o trabalho das enfermeiras relacionava-se ao treinamento e à coordenação do trabalho desenvolvido pelo pessoal auxiliar, que desempenhava a função de agente de enfermagem, e ao auxílio nas atividades técnicas. Nas décadas posteriores, processa-se a fase de industrialização, com expansão da rede previdenciária de assistência médica, fortalecendo e consolidando o modelo médico-assistencial privatista pautado em uma assistência individual e curativa concentrada no espaço hospitalar (VILLA et al, 1997).

Segundo Almeida (1991), no ano de 1977 uma publicação da OPAS e do Ministério da Saúde do Brasil, nomeada como Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade, indicou direcionamentos para o trabalho em enfermagem no âmbito da atenção primária à saúde, como adotar medidas para que o cliente e/ou comunidade participem na identificação

de suas necessidades de saúde e no desenvolvimento de programas, visando atendê-los; participar do processo de vigilância epidemiológica, informação, decisão, ação, no desenvolvimento das suas atividades em todos os níveis de atuação, para o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade; organizar e manter programas de educação em serviços para o desenvolvimento do seu pessoal, em todos os níveis, baseado nas reais necessidades de saúde da comunidade.

Nesse ínterim, com o movimento da Reforma Sanitária, que expressou um movimento de mudança na concepção e nas práticas de saúde, houve uma ampliação do conceito de saúde, passando a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado, decorrente da expansão estatal, da elaboração da legislação sanitária e da organização dos serviços de saúde, buscando instituir um novo modelo assistencial centrado no usuário, em suas necessidades integrais, baseado na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

Mas é a partir da implantação do Programa Saúde da Família, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, que o trabalho da enfermeira passa por uma série de transformações, deslocando sua atuação profissional predominantemente da área curativa, individualizada e vinculada às instituições hospitalares para um trabalho com ênfase na promoção e prevenção à saúde, em bases coletivas, sendo a equipe de saúde a unidade produtora dessas ações (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Neste sentido, para que possa desempenhar seu trabalho, a enfermeira se utiliza de meios e instrumentos que possibilitem uma aproximação ao seu objeto de trabalho, sendo essas tecnologias as que se relacionam aos aspectos subjetivos e também as tecnologias materiais. Envolve desta forma o estabelecimento de relações de acolhimento e vínculos, pautadas em tecnologias leves, mas se utilizando também do arsenal material necessário, de modo a repercutir na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidade.

Segundo Hausmann e Peduzzi (2009, p. 259), vários estudos sobre o processo de trabalho de enfermeiras permitem fundamentar o pressuposto de que este trabalho compõe-se de duas dimensões complementares: assistencial e gerencial.

Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral, no segundo, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em

enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores.

No entanto, as autoras revelam que o cotidiano de trabalho das enfermeiras tem demonstrado que, em alguns casos, há enfermeiras com bom desempenho na assistência e frágeis na administração em enfermagem ou o inverso, o que expressa a existência de uma dificuldade de articulação entre essas duas dimensões. Desta forma, percebe-se que a enfermeira que está na administração tende a valorizar esta ação como uma ação que subsidia a viabilização do cuidado, por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Isto se explica pela divisão social do trabalho inerente às profissões em enfermagem desde sua institucionalização, conforme já pontuado anteriormente. Assim, a divisão que existia entre as atividades de supervisão e as de cuidado direto aos pacientes se reflete ainda hoje no cotidiano de trabalho das enfermeiras, reproduzindo uma fragmentação taylorista do trabalho.

Contudo, considerando-se que o cuidado deve ser o eixo das ações no interior do trabalho da enfermeira, compreendemos que as atividades gerenciais da enfermeira deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado em enfermagem. A divisão artificial, dado que se gerencia os meios para possibilitar a produção do cuidado, entre a dimensão assistencial e gerencial compromete essa qualidade e gera conflitos não apenas no trabalho desta profissional, mas também nas relações que estabelece com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde.

Desta forma, consideramos que a enfermeira que atua na atenção primária à saúde precisa desenvolver um conjunto de habilidades que lhe possibilitem alcançar os objetivos a que se propõe enquanto profissional de saúde inserida numa equipe multidisciplinar. Para Almeida et al. (1997), o trabalho da enfermeira neste âmbito é diversificado, pois além do cuidado ao indivíduo, família e grupos da comunidade, compreende também ações educativas, gerenciais e participação no processo de planejamento em saúde. E este processo deve ser articulado e compartilhado com os demais membros da equipe, como na equipe de saúde da família.

Em pesquisa recente sobre a avaliação de redes de unidades de saúde da família realizada na cidade de Salvador, Bahia, Silva (2010) avaliou a dimensão das práticas profissionais tomando como base os seguintes indicadores: foco das ações dos profissionais; processo de cuidado; relação profissional-paciente e relação profissional-serviço. Nesse estudo, os achados, gerados a partir de dados quantitativos, apontam para um alto índice de orientação de usuários por profissionais, e alto índice de satisfação dos profissionais com o trabalho realizado, refletindo a existência de um processo de cuidado, apesar do contexto político desfavorável, o que é revelado pela baixa cobertura do PSF no município. Por outro lado pode-se questionar também a satisfação dos profissionais, dado que, como não foi aprofundado o estudo, estes expressam satisfação ainda que quase a totalidade deles mantenha uma inserção precária de trabalho no sistema municipal de saúde, como também apontam os resultados.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), algumas atribuições são conferidas à enfermeira que trabalha no PSF, como a realização de assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; a realização de consultas de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal; o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; a supervisão, coordenação e realização de atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; a contribuição e participação nas atividades de Educação Permanente da Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dentária; a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Consideramos, entretanto, que estas práticas precisam estar associadas a valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia, não reduzindo o trabalho em saúde e especificamente o trabalho que a enfermeira desempenha, às atividades assistenciais e gerenciais apenas.

É necessário reforçar que dentre atribuições citadas acima, a prescrição de medicamentos, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, tem sido continuamente impedida pela

corporação médica, agregando à arena do trabalho em saúde mais disputas e contribuindo para a manutenção do pouco valor social e econômico atribuído ao trabalho da enfermeira, construído nas experiências de sua atuação histórica no campo da Saúde Pública, desde a década de 1930.

Nesse sentido, o resgate histórico das práticas da enfermeira em Saúde Pública indica que é necessário que as enfermeiras adquiram uma capacidade técnica e política multifacetada, cujas ações abarquem a prática, o ensino e a pesquisa, com capacidade gerencial participativa, e articulação conjunta com os demais trabalhadores e a população. Nessa direção, ainda que não se desconsidere as críticas à formação dos profissionais de saúde, a formação da enfermeira parece ser a única que possibilita associar o cuidado coletivo e individual ao gerenciamento das ações de saúde, principalmente no campo da AB (SANTOS, 2007).

O autor supracitado afirma ainda a necessidade de estimulação do trabalho multiprofissional nas unidades de saúde, respeitando as especificidades de cada trabalhador, no intuito de reunir conhecimentos para enriquecimento da prática em saúde de modo que melhor se possa responder às necessidades da população (SANTOS, 2007). Isto implica, no entanto, em um trabalho com uma maior horizontalidade e interação social entre os trabalhadores, possibilitando maior autonomia e integração da equipe.

Assim, considerando-se os aspectos abordados, torna-se importante analisar o conhecimento produzido sobre o trabalho da enfermeira, considerando suas especificidades e como tem se organizado frente às necessidades de construção de novos saberes e práticas em saúde, de modo a proporcionar reflexões acerca desta prática.

3 METODOLOGIA

Neste estudo realizamos uma pesquisa de revisão sistemática da literatura, com abordagem qualitativa, acerca do trabalho da enfermeira na atenção básica, verificando, assim, o conhecimento produzido sobre este tema e obtendo elementos para analisá-lo.

Segundo Cordeiro et al. (2007), as primeiras referências à revisão sistemática datam do início do século XX, embora sua popularidade tenha crescido somente no final da década de 1990. Em 1955 foi realizada a primeira revisão sistemática, e as demais surgiram a partir da década de 1980. Na década de 1990 foi fundado o Centro Cochrane do Reino Unido, dando início à Colaboração Cochrane, organização internacional que surge em reconhecimento ao epidemiologista britânico Archie Cochrane, com o objetivo de preparar, manter e disseminar revisões sistemáticas na área de saúde. Nessa mesma década apareceram as duas primeiras teses que consistiam em revisões sistemáticas com metanálise, uma na Inglaterra e outra no Brasil.

Em Oxford, Alejandro Jadad defendeu sua tese de doutoramento, e em São Paulo, Jair de Jesus Mari defendeu sua tese de livre docência na Escola Paulista de Medicina. Em 1997, também na Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, foi defendida a primeira tese de doutoramento cujo tipo de estudo foi uma revisão sistemática com metanálise (CASTRO, 2002).

Este tipo de metodologia emergiu a partir do aumento da produção científica mundial e da necessidade de validar os resultados obtidos nesses estudos, a fim de subsidiar a tomada de decisão, seja ela clínica, gerencial, política ou epidemiológica (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Assim, a revisão sistemática de literatura, segundo Greenhalgh (1997, p. 672), é definida como “uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível”. Rother (2007) complementa relatando que a revisão sistemática deve atender a uma pergunta específica, se utilizando, para isto, de uma metodologia explícita e sistemática de identificação, seleção, avaliação e análise crítica dos estudos inclusos na revisão. Desta forma, esta autora considera que a revisão sistemática é um trabalho original, dado o rigor metodológico com que é elaborado.

Neste sentido, o principal alcance da revisão sistemática é integrar a informação existente sobre uma temática específica, através do agrupamento e análise dos resultados procedentes de estudos primários realizados em locais e momentos diferentes, por grupos de pesquisa independentes, permitindo a geração de evidência científica sobre a temática, que dê suporte para a implementação e execução de diversos programas de saúde (EGGER; SMITH, 1998; SIWEK et al., 2002).

De acordo com Bernardo, Nobre e Jatene (2004, p. 106), os estudos primários são aqueles publicados em sua forma original, servindo “primordialmente às atividades de pesquisa, elaboração de diretrizes ou à necessidade de informação mais recente para aplicação clínica”. Já os estudos secundários, são aqueles que foram reproduzidos, comentados e avaliados criticamente, de acordo com uma metodologia específica.

A metodologia para uma revisão sistemática pode ser encontrada nas publicações do Centro Cochrane do Brasil que disponibiliza, através do Laboratório de Ensino a Distância do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, um curso *online* de Revisão Sistemática no qual se baseará este estudo (Acesso livre pela UNIFESP virtual).

Segundo as publicações do Centro Cochrane do Brasil, existem alguns passos a serem seguidos para elaboração de uma revisão sistemática: a formulação da pergunta; a localização e seleção dos estudos; a avaliação crítica dos estudos; a coleta dos dados; a análise e apresentação dos dados; a interpretação dos resultados; e por fim, o aperfeiçoamento e atualização destes.

Na enfermagem, ainda é relativamente escassa as pesquisas de revisão sistemática. De acordo com Galvão, Sawada e Rossi (2002) e Galvão (2006), o desenvolvimento desse tipo de pesquisa em enfermagem possibilita a construção de conhecimento. Entretanto, a enfermeira necessita ter conhecimento e competência para interpretar os resultados destas pesquisas e integrá-los à sua prática, auxiliando-a na tomada de decisões, seja no âmbito da assistência de enfermagem bem como na gerência.

Além disso, a revisão sistemática proporciona uma síntese de conhecimentos baseados em pesquisas, servindo como um recurso para guiar a prática profissional e identificar a necessidade de futuras pesquisas (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Para o delineamento do estudo, a partir da questão sobre qual é o estado da arte da produção do conhecimento sobre o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde, sintetizamos as pesquisas relevantes acerca do trabalho da enfermeira na atenção básica, analisando-as criticamente, de modo que as informações extraídas dos estudos analisados possam ser aplicadas na produção de novos conhecimentos, contribuindo para a compreensão do trabalho da enfermeira, além de identificar elementos para reorientar a sua organização.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2010, com a consulta a artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período de 2000 a 2009, e indexados nas seguintes bases eletrônicas de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE e BDEF, que compõem parte do acervo da Biblioteca Virtual de Saúde, e também a base de dados PUBMED. Abaixo segue a descrição de cada base eletrônica:

A Literatura Latino-Americana e do Caribe e em Ciências da Saúde (LILACS) é uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME. Compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Contém artigos de cerca de 670 revistas mais conceituadas da área da saúde, atinge mais de 150 mil registros e outros documentos, tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congresso e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. Possui acesso gratuito aos resumos dos artigos.

A base SciELO/*Scientific Electronic Library Online* é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, sendo resultado de uma parceria da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo) com a BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), tendo, desde 2002, o apoio do CNPq (Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Possui acesso gratuito aos artigos completos.

A *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) contém dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (NLM) dos Estados Unidos. Contém referências bibliográficas e resumos de mais de quatro mil títulos de revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Inclui acima de 16 milhões de registros da literatura, desde 1950 até o momento, que abrangem as áreas de Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Odontologia, Veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal e o acesso aos resumos dos artigos é gratuito.

A Base de Dados de Enfermagem (BDEF) é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em enfermagem. Sua criação, operação, manutenção e atualização estão sob a coordenação da Escola de Enfermagem da

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem. Disponibiliza, desde 1988, artigos das revistas mais conceituadas do campo da enfermagem e outros documentos, por exemplo: livros, teses, manuais, folhetos, congressos e publicações periódicas geradas no Brasil ou escritas por autores brasileiros e publicados em outros países.

Já a base de dados PUBMED possibilita a pesquisa em mais de 17 milhões de referências de artigos médicos publicados em cerca de 3.800 revistas científicas, sendo desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (Centro Nacional para a Infomação Biotecnologia) e mantida pela *National Library of Medicine* (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América). Possui acesso livre pela pela *National Library of Medicine*.

Adotamos como critério para escolha dos artigos os publicados em periódicos nacionais e internacionais, relativos ao trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde, contendo resumo e escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Ainda como critério de inclusão optamos pelos artigos em formato completo e disponíveis *online*, ou em bibliotecas locais, como as bibliotecas da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e biblioteca da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Esse critério foi adotado em decorrência dos limites de tempo e recursos financeiros para a realização da pesquisa. Foram excluídos estudos secundários, como revisões de literatura, e também capítulos de livros, anais de congressos, dissertações e teses.

Iniciamos a busca dos artigos nas bases eletrônicas através da combinação dos descritores pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Trabalho; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde. Entretanto, ao aprofundar a leitura dos primeiros títulos e resumos sentimos a necessidade de buscar outros descritores que ampliassem a possibilidade de inclusão do maior número de artigos possíveis, sendo incluídos os que se seguem: Enfermeiras; Enfermagem em Saúde Pública; Prática Profissional; Papel do Profissional de Enfermagem; Prática Privada de Enfermagem; Serviços Básicos de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem Familiar; Programa Saúde da Família. Foram utilizados também descritores similares em espanhol e inglês. Os operadores booleanos (AND e OR) foram utilizados nas estratégias de busca, sempre que pertinentes.

Os registros encontrados na busca ativa dos artigos através das bases de dados eletrônicas totalizaram 2084 artigos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de artigos identificados e selecionados segundo bases de dados. Salvador, 2011.

Base de dados	Artigos	Artigos	Artigos
---------------	---------	---------	---------

	identificados	pré-selecionados	selecionados
LILACS	374	92	44
SciELO	101	52	29
BDENF	347	72	32
MEDLINE	901	87	87
PUBMED	361	50	50
TOTAL	2084	353	242

A pré-seleção destes artigos foi realizada inicialmente através da leitura do título e do resumo, a fim de nos aproximarmos da temática em investigação, sendo pré-selecionados 353 artigos. Assim, foi feita uma avaliação crítica dos artigos pré-selecionados, determinando a validade destes para o estudo, sendo selecionados 242 artigos. Destes, após serem excluídos os artigos repetidos entre as diferentes bases de dados pesquisadas, os que atenderam ao critério de seleção foram incluídos para a análise. Assim, finalizamos com um total de 193 artigos que deveriam ser obtidos para leitura integral e posterior análise.

A etapa seguinte – obtenção dos 193 artigos selecionados – foi realizada nos meses de junho e julho de 2010, através da busca ativa *online* e também nas bibliotecas da UFBA e biblioteca da UEFS. Pontuamos como dificuldade para a obtenção dos artigos a pouca disponibilização dos artigos tanto nas bibliotecas pesquisadas como na pesquisa *online*, principalmente dos artigos internacionais. Dos 193 artigos, foram localizados 68 (APÊNDICE A; APÊNDICE B), lidos entre o período de agosto a outubro de 2010 e classificados em nacionais (55) e internacionais (13). Para identificação dos artigos no processo de análise, utilizaremos a nomenclatura “artigo 1, 2, 3, ...*n*” para identificar os artigos nacionais e “artigo 1i, 2i, 3i, ...*ni*”, para identificar os artigos internacionais.

Devido às limitações de tempo, optou-se por submeter às dúvidas à orientadora, embora deva haver uma apreciação dos artigos, preferencialmente, por mais de duas pessoas, na qual apenas os artigos com indicação negativa de duas ou mais pessoas sejam excluídos. Desta forma, em reunião com a orientadora foram definidos os critérios de exclusão, determinando a amostra final. Para minimizar a possibilidade de viés na seleção dos artigos, procedeu-se a três rodadas de leitura na fase final, com o objetivo de documentar a decisão. Este procedimento mostrou-se bastante útil por se tratar de artigos em diferentes idiomas, uma vez que a leitura repetida traz novas percepções, dando luz à tomada de decisão.

A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009, p. 44), e definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens

indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Assim, a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados científicos. Para Bardin (2009), a inferência constitui-se como a intenção deste tipo de análise.

De acordo com Bauer (2002), a análise de conteúdo é uma construção social, trabalhando tradicionalmente com materiais textuais que são utilizados de forma a fornecer respostas às perguntas do pesquisador, à luz do referencial que incorpora o objetivo da pesquisa.

Para Minayo (2008), este tipo de análise deve ser objetiva, trabalhando com regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; e sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado às categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos.

Dentre as modalidades técnicas da análise de conteúdo desenvolvidas para atingir os significados no material qualitativo (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008), considerando-se a diversidade dos artigos selecionados para compor a amostra, optamos pela modalidade temática.

Minayo (2008, p. 315-316), citando Bardin (1979), define tema como “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Para a autora, a análise temática visa descobrir os “núcleos dos sentidos” que, pela presença ou freqüência, tenham significado para os objetivos do estudo. Na modalidade qualitativa, a presença de determinados temas “denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso”.

Minayo (2008) desdobra operacionalmente a análise temática em três etapas, as quais foram seguidas na realização desta pesquisa: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação destes.

A fase de pré-análise consistiu na escolha dos documentos que foram analisados e do objetivo inicial da pesquisa, sendo decomposta em três passos: leitura flutuante (permitiu o contato e diálogo com o tema e organização das hipóteses iniciais e emergentes); constituição do corpus (organização do material para validar a técnica pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); e formulação e reformulação do objetivo que, embora já definido, deveria ser flexível para admitir outros que porventura surgissem durante o decorrer do estudo.

A segunda fase consistiu na exploração do material, etapa classificatória que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Desta forma, procedemos à classificação e agregação dos dados em categorias que definiram a especificação dos temas, através da leitura exaustiva e aprofundada dos artigos. Através das categorias buscamos construir “mapas de conhecimento” (BAUER, 2002), com a construção de unidades de análise para representar o conhecimento não apenas por elementos pontuais, mas buscando relacioná-los.

A terceira fase foi a de tratamento dos resultados obtidos por meio da inferência e interpretação dos resultados, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente. Os temas foram classificados buscando-se trabalhar os significados ao invés de se investir nas inferências estatísticas.

Consideramos como temas para a análise sobre o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde as características do processo de trabalho, visto a importância que esta profissional assume nos serviços de AB/APS como profissional estratégica para a operacionalização do trabalho neste âmbito de atenção; a especificidade, dado que se discute a indefinição do que é próprio ou particular no trabalho da enfermeira; o valor econômico e social do trabalho, por ser pouco estudado e se revelar como um aspecto fundamental para definição do lugar social da profissão bem como a percepção dos diferentes agentes sobre o trabalho da enfermeira; as condições de trabalho da enfermeira, por ser um aspecto importante e que revela se as condições são compatíveis e adequadas ao desempenho de suas atribuições.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados na seguinte ordem: caracterização dos estudos e análise dos estudos incluídos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA

4.1.1 Período de publicação

Do total de 68 artigos analisados, verificamos que houve dois artigos publicados no ano 2000, correspondendo a 2,94% das publicações. O ano de 2001 contribuiu com quatro publicações (5,88%) e o ano de 2002 com três (4,41%). A partir do ano 2003 houve uma intensificação nas publicações, com sete publicações neste ano (10,29%) e quatro publicações em 2004 (5,88%). Destacaram-se os anos de 2005, com oito (11,76%) artigos publicados, e os anos de 2007 e 2009, com dezesseis (23,52%) e treze (19,11%) publicações, respectivamente. O ano de 2006 contribuiu com cinco (7,35%) publicações e o ano de 2008, com seis (8,82%).

Tabela 2. Distribuição dos artigos, segundo ano de publicação. Salvador, 2011.

Ano	n	%
2000	2	2,94
2001	4	5,88
2002	3	4,41
2003	7	10,29
2004	4	5,88
2005	8	11,76
2006	5	7,35
2007	16	23,52
2008	6	8,82
2009	13	19,11
Total	68	100

É notório o crescimento das publicações ao longo da década analisada. De acordo com o Relatório Final de Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil (2006), é consensual que o Programa Saúde da Família, como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do SUS, representou um importante incremento na oferta de postos de trabalho para as enfermeiras. Desta forma, atribuímos o aumento no número de estudos brasileiros a essa ampliação no mercado de trabalho, e conseqüentemente ao aumento no interesse para a produção do conhecimento nessa área, bem como a implantação e implementação de políticas que favoreceram a esta ampliação, como o próprio PSF e a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006.

Em relação às publicações internacionais, também houve um crescimento de publicações ao longo da década analisada, apesar da pequena quantidade de artigos disponíveis *online* na íntegra, indicando o fortalecimento deste âmbito de atenção à saúde em diferentes países.

4.1.2 Local e fonte de publicação

Quanto ao local de publicação, verificamos que a maioria dos artigos foi publicada no Brasil (55). O estado com maior número de publicação sobre o trabalho da enfermeira como objeto central de análise foi o Rio Grande do Sul, com dezesseis artigos. Os autores oriundos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolveram seis artigos, sendo cinco deles em parceria com outras universidades (um artigo com a Escola de Enfermagem da USP, dois artigos com a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), um artigo com o Centro Universitário FEEVALE, e um artigo com o Centro Universitário Franciscano de Santa Maria). Ainda no Estado do Rio Grande do Sul, autores da UFSM publicaram um artigo em conjunto com a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI); sete artigos foram publicados por autores da Universidade do Rio Grande (FURG); um por autores da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), e um artigo publicado por autores da Universidade Católica de Pelotas em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Segue-se ao Rio Grande do Sul o estado de São Paulo, com catorze artigos publicados. Autores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) publicaram nove artigos, sendo um deles em parceria com a Universidade de Marília (UNIMAR). Dois artigos

foram publicados por autores da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); autores da Universidade Estadual Paulista (UNESP) também publicaram dois artigos; e os autores oriundos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), um.

O estado do Rio de Janeiro contribuiu com sete artigos publicados, sendo cinco deles desenvolvidos por autores da Universidade de Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e dois por autores da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Autores da Universidade Estadual de Maringá, no Paraná, publicaram três artigos, e os autores da Universidade Federal de Santa Catarina publicaram dois artigos, sendo um deles em parceria com autores da Universidade de Aveiro, em Portugal.

O estado de Minas Gerais contribuiu com dois artigos, sendo um deles publicado por autores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o outro por autores da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Autores da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) publicaram um artigo; e da Universidade de Brasília (UnB) em conjunto com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), publicaram também um artigo. Já os autores da Universidade Federal de Goiás contribuíram com dois artigos.

Os autores oriundos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) publicaram um artigo em parceria com a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); já os da Universidade Federal do Piauí (UFPI) publicaram um artigo, e os da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), dois artigos. Autores do estado do Ceará contribuíram com três artigos, sendo dois deles desenvolvidos por autores da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em parceria com outros autores da Universidade Estadual do Ceará (um artigo) e da Universidade Federal de São Paulo (um artigo); e um artigo onde não houve citação da instituição de origem.

É notório o grande número de publicações oriundas do Rio Grande do Sul e São Paulo, onde esses dois estados somam 54,54% das publicações nacionais.

Em relação à produção internacional, foram localizadas através do acesso *online* 13 publicações, sendo cinco artigos publicados na Austrália; três no Reino Unido; dois no Canadá; dois nos Estados Unidos da América e um na Nova Zelândia. Em se tratando dos países de origem dos estudos, tem-se o Canadá, com três artigos; a Austrália, quatro artigos, sendo um deles desenvolvido em parceria com estudiosos da Escócia e dos Estados Unidos

da América; a Grécia, com um artigo; o Reino Unido, com dois artigos, sendo um deles desenvolvido em conjunto com a Holanda; a Nova Zelândia, com um artigo; os Estados Unidos da América com um artigo em parceria com a China; e a Suécia, com um artigo.

Tabela 3. Distribuição dos artigos, segundo país de publicação. Salvador, 2011.

País	n	%
Austrália	4	5,88
Brasil	55	80,88
Canadá	3	4,41
Estados Unidos	2	2,94
Nova Zelândia	1	1,47
Reino Unido	3	4,41
Total	68	100

Quanto aos periódicos onde os artigos foram publicados, a tabela abaixo evidencia que os periódicos que se relacionam diretamente à área de enfermagem concentram 70,58% de toda produção.

Tabela 4. Distribuição dos artigos, segundo periódico de publicação. Salvador, 2011.

Periódico de Publicação	n	%
Acta Paulista de Enfermagem	1	1,47
Australia Family Physician	1	1,47
Australian Journal of Advanced Nursing	1	1,47
BMC Family Practice	1	1,47
British Journal of General Practice	1	1,47
Cadernos de Saúde Pública	3	4,41
Canadian Family Physician	1	1,47
Canadian Nurse	1	1,47
Ciência e Saúde Coletiva	2	2,94
Cogitare Enfermagem	1	1,47
Collegian	1	1,47
Community Practice	1	1,47

Periódico de Publicação	n	%
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	1	1,47
Interface	1	1,47
<u>International Nursing Review</u>	1	1,47
Journal of Nursing Scholarship	1	1,47
Nursing	2	2,94
Perspectives <u>in</u> Psychiatric Care	1	1,47
Revista Brasileira de Enfermagem	6	8,82
Revista da Escola de Enfermagem da USP	8	11,76
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	1	1,47
Revista de Saúde Pública	2	2,94
Revista Enfermagem UERJ	5	7,35
Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	1	1,47
Revista Gaúcha de Enfermagem	2	2,94
Revista Latino-Americana de Enfermagem	6	8,82
Revista Mineira de Enfermagem	3	4,41
Saúde e Sociedade	1	1,47
Saúde em Debate	1	1,47
Texto & Contexto Enfermagem	8	11,76
The Medical Journal of Australia	2	2,94
Total	68	100

Tendo em vista a vinculação dos estudos a Programas de Pós-Graduação, um artigo tem como origem uma tese de doutorado e treze foram originados de dissertações de mestrado, ou seja, um percentual ainda pequeno (20,5%) se comparado com o total das publicações. Dois artigos foram desenvolvidos a partir de relatórios de pesquisa. Nesse sentido, revela-se a importância e necessidade de maior interesse pela divulgação dos resultados das pesquisas oriundas destes espaços, dado que a os Programas de Pós-Graduação se constituem como centros de produção e divulgação do saber científico.

Em relação à autoria, os 68 artigos analisados totalizaram 168 diferentes autores. A maioria dos artigos (61) foi produzida por dois ou mais autores, sendo a maioria enfermeiras doutoras (51), pós-doutora (1), doutorandas (7), mestres (28), mestrandas (6), especialistas (5) e inseridas em serviços assistenciais (11). Estes dados evidenciam o grande quantitativo de

participação de docentes nos estudos. Discentes da graduação em enfermagem também participaram na construção dos artigos, sendo estes em número de nove. Além de enfermeiras, compuseram a amostra de autores uma doutora em fisioterapia, um doutor em sociologia, um filósofo bioeticista, uma arte educadora, duas psicólogas (uma mestre e uma doutora), cinco nutricionistas, três discentes da graduação em fisioterapia, e um discente da graduação em nutrição, demonstrando o crescente interesse pelo trabalho que a enfermeira desempenha no âmbito da atenção básica, visto que esta profissional passou a assumir um papel importante não apenas na prestação de ações e serviços, bem como na gestão deste âmbito de atenção à saúde. Não houve referência à formação e titulação de trinta e cinco autores.

4.1.3 Tipo de estudo e aspectos metodológicos

De acordo com o tipo de estudo, os artigos foram classificados em estudos empíricos qualitativos e/ou quantitativos, que são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisas científicas concluídas; relatos de experiência, que são descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão; reflexão teórica, que é um estudo de caráter opinativo ou de análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem.

Desta forma, verificamos que houve um predomínio dos estudos empíricos, com 56 artigos, equivalendo a 82,35% das publicações, seguidos pelos estudos de reflexão teórica, com 10 (14,70%) e pelos relatos de experiência, com dois artigos (2,94%).

Tabela 5. Distribuição dos artigos, segundo tipo de publicação. Salvador, 2011.

Tipo de Publicação	n	%
Estudo Empírico	56	82,35
Reflexão Teórica	10	14,70
Relato de Experiência	2	2,94
Total	68	100

As pesquisas empíricas qualitativas somaram um total de 48 publicações, equivalendo a 85,7% das pesquisas empíricas; as quantitativas totalizaram seis publicações (10,7%) e as quanti-qualitativas somaram dois estudos, equivalendo a 3,6% do total.

Entre os estudos com abordagem qualitativa, observamos que a maioria dos artigos (58,8%) não explicitou diretamente a abordagem teórica utilizada. Entre os que expuseram, oito deles se apoiaram no Materialismo Dialético; seis no Processo de Trabalho em Saúde; quatro na teoria das Representações Sociais; dois na Hermenêutica e Dialética; um na Fenomenologia e um na Determinação Social do Processo Saúde Doença e Processo de Trabalho.

A não utilização de uma abordagem teórica nos estudos evidencia que os estudos sobre o trabalho da enfermeira não foram aprofundados, pela ausência de embasamento teórico-metodológico coerente e consistente, o que possibilita pouco rigor conceitual.

Quanto aos objetivos, verificamos que estavam claramente explicitados em 65 artigos (95,5%), e a grande maioria convergiu para apresentação e discussão do perfil, prática e análise do trabalho da enfermeira na Atenção Básica.

4.2 ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA

Neste capítulo analisaremos a produção científica sobre o trabalho da enfermeira na APS/AB, abordando as seguintes variáveis: as características do processo de trabalho; o trabalho no contexto do trabalho em equipe; a especificidade do trabalho; o valor econômico e social do trabalho; a percepção dos diferentes agentes sobre seu próprio trabalho; e as condições de trabalho da enfermeira.

De início, apresentaremos alguns dados citados nos artigos que se referem às mudanças que têm ocorrido atualmente no mundo de trabalho. Um destes dados revela que há um predomínio de mulheres entre os sujeitos que compõem as amostras dos artigos analisados (artigos 6, 7, 8, 9, 12, 28i, 38, 45, 46, 47, 61, 63, 68), fenômeno conhecido como o crescimento do número de mulheres em diferentes áreas do mundo do trabalho.

No Brasil, estes achados confirmam os dados do Relatório Final de Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros (2006), que apontam para o alto índice de mulheres enfermeiras que atuam no PSF (90,91%). Em relação aos outros países, apenas um dos artigos cita o percentual majoritário de mulheres enfermeiras ocupando o posto de trabalho na Atenção Básica, no caso na Grécia (artigo 28).

Em relação à idade das profissionais enfermeiras, os estudos indicaram uma idade mínima de vinte e cinco anos e máxima de 65 anos (artigos 6, 7, 8, 12, 38, 45, 46, 47, 61). Quanto ao de tempo de permanência destas profissionais nos serviços de atenção básica no Brasil, os achados indicam um tempo mínimo de um ano e máximo de quatro anos (artigos 6, 7, 12, 46, 47). Não encontramos referências quanto à idade e tempo de permanência destas profissionais nos serviços nos artigos produzidos fora do Brasil.

É importante compreender que esse curto período de permanência da profissional em seu posto de trabalho, sendo logo substituído por outra, dificulta o estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional e entre estes e a comunidade onde se inserem. Assim, o estabelecimento de alguns processos como o trabalho em equipe, por exemplo, são comprometidos, dificultando também o desenvolvimento de laços de confiança, solidariedade, respeito, ética e responsabilização, implicando no desenvolvimento de um trabalho pautado no atendimento de necessidades pontuais e

individuais. Este fato pode retratar a dominância das relações precárias de trabalho no Brasil no campo da saúde, principalmente a partir de meados dos anos 1990. Mas os artigos não estabelecem nenhuma relação entre a rotatividade das profissionais e as mudanças no mundo do trabalho.

Em relação à capacitação das enfermeiras para o trabalho na Atenção Básica, alguns estudos revelam a realização de cursos de especialização pelas trabalhadoras, estando estes concentrados, em sua maioria, na área da Saúde Pública. Foram apontadas também cursos de especialização em outras áreas como Administração dos Serviços de Saúde, Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência (artigos 7, 8, 9, 12, 38, 45, 46, 47, 61, 68).

Esses dados evidenciam que o interesse por cursos de especialização tem aumentado. No entanto, muitas destas profissionais têm realizado esses cursos em áreas distintas do campo da Saúde Pública, implicando em capacitação para outros campos de trabalho, mas não para o trabalho na Atenção Básica. No entanto, os artigos não indicam quais os possíveis fatores que explicam a dispersão de áreas de capacitação pelas profissionais. Pode-se apontar como razões a tentativa das profissionais em estar sempre atualizadas para as áreas de interesse momentâneo do mercado nos países em que atuam. Isto também pode indicar que o trabalho no campo da Atenção Básica ou não é uma escolha/prioridade das enfermeiras ou não se constitui em um campo de trabalho estável, o que se apóia no fato da rotatividade das profissionais nesta área, já referido anteriormente.

4.2.1 A prática da enfermeira na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica

A prática da enfermeira que atua no âmbito da Atenção Básica foi abordada em um grande número de estudos (artigos 9, 10, 11, 14, 15i, 16, 23i, 27, 29, 32, 33, 34i, 38, 39, 43, 46, 49, 52i, 53, 57, 60, 61, 65, 66, 68).

Os achados apontam para a classificação da prática da enfermeira em atividades administrativas, assistenciais, educativas e de vigilância epidemiológica, englobando atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação do processo de trabalho das auxiliares e técnicas de enfermagem, e dos ACS; articulação do trabalho em equipe, considerando-se também a equipe multidisciplinar; consulta de enfermagem; ações programáticas (dirigidas à atenção integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente, do adulto e atenção domiciliar); controle das ações de imunização; ações individuais e coletivas,

controle da demanda espontânea e oferta organizada; atendimento e acompanhamento domiciliar; controle de material, medicamento e pessoal; reunião de equipes; programação local. Além dessas atividades, é demandado da enfermeira um perfil de liderança, criatividade, comunicação, habilidades para o envolvimento com a realidade social da comunidade e para o trabalho em equipe.

Com isso, podemos pontuar que os estudos indicam as duas dimensões que compõem o trabalho das enfermeiras: a dimensão assistencial e a gerencial. No entanto, os artigos registram que essas dimensões, que deveriam ser complementares, estão, muitas vezes, desarticuladas no cotidiano de trabalho das enfermeiras, comprometendo a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos.

Alguns artigos avaliam o trabalho da enfermeira no âmbito da Atenção Básica como uma atividade predominantemente gerencial (artigos 10, 27, 29, 49, 65). Estes achados evidenciam a divisão social do trabalho existente desde a institucionalização das profissões em enfermagem, com a existência das categorias das *ladies nurses*, preparadas para o ensino e a supervisão de pessoal, e das *nurses*, prestadoras dos cuidados diretos aos doentes, reproduzindo uma fragmentação taylorista do trabalho, implicando, muitas vezes, na execução de tarefas individuais e parcelares. Isto também pode significar que as ações que predominam no trabalho da enfermeira no campo da AB são as gerenciais, em detrimento do trabalho junto à comunidade local. No caso do Brasil, ainda que não existam diferenças significativas nas atribuições conferidas aos membros da equipe mínima no PSF, na prática cabe às enfermeiras, ou espera-se dela que assuma ações gerenciais no PSF.

Podemos afirmar que a própria organização do processo de trabalho na AB possibilita esse modo de divisão técnica do trabalho não apenas entre a enfermeira e os demais componentes da equipe de enfermagem, mas também entre esta profissional e os demais trabalhadores da equipe de saúde. Assim, as enfermeiras são as encarregadas pelo gerenciamento do processo de trabalho da equipe de saúde e também atividades de controle de materiais de rotina, preenchimento de fichas para o sistema de informação, dentre outras.

Dentre os estudos que avaliaram o trabalho da enfermeira no âmbito da Atenção Básica como uma atividade predominantemente gerencial, três expressaram o predomínio das atividades gerenciais sobre as assistenciais (artigos 27, 49, 65). Outros achados, entretanto, divergem desses resultados ao indicarem que as ações desenvolvidas pelas enfermeiras concentram-se em atividades assistenciais pautadas em ações programáticas dirigidas a

indivíduos ou grupos de indivíduos com determinada patologia, envolvendo, principalmente, a realização de consulta de enfermagem para a mulher, para a criança e para os grupos da população portadores de doenças crônicas, além da visita domiciliária e do acolhimento na unidade de saúde (artigos 14 e 32).

Um dos estudos indica que muitas enfermeiras percebem as atividades assistenciais, administrativas e educativas como práticas separadas umas das outras, sem nenhuma ou com pouquíssima articulação entre elas (artigo 4). Contudo, consideramos que a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial compromete a qualidade da assistência prestada aos indivíduos, devendo as enfermeiras levar em consideração que o cuidado deve permear as ações no interior de seu trabalho, compreendendo que as atividades gerenciais que desempenham devem ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem.

O trabalho da enfermeira muitas vezes se revela organizado sob a lógica da demanda espontânea, por meio de atendimentos individuais voltados para ações curativas, fragmentadas e que atendem apenas às metas de indicadores estatísticos de quantidade de atendimento (artigo 38, 45 e 57), contrapondo a necessidade de uma visão integral dos indivíduos (artigos 58i e 60), o que pode estar relacionado com a própria desarticulação das ações desenvolvidas.

É nesse sentido que se revela a importância de profissionais enfermeiras cuja visão extrapole o reducionismo das concepções hegemônicas de saúde cuja finalidade única é o enfrentamento da doença em busca da possível cura. Assim, dado que a enfermeira possui uma formação que a possibilita associar o cuidado coletivo e individual ao gerenciamento das ações de saúde, é mister que essa profissional se utilize dessas diferentes possibilidades desenvolvendo um trabalho diversificado, que vá além do cuidado ao indivíduo, família e grupos da comunidade, abarcando também ações educativas, gerenciais e participação no processo de planejamento em saúde, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos e comunidade.

Em se tratando da consulta de enfermagem, um dos estudos indica que esta se constitui como um espaço destinado à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, reunindo atividades realizadas separadamente, como a educação em saúde e a própria sistematização da assistência em enfermagem (artigo 19). Assim, nesse momento a enfermeira pode se utilizar de tecnologias leves, indo além das dimensões fisiopatológicas dos indivíduos, considerando

sua subjetividade e as condições socioeconômicas e culturais do meio onde se insere como condicionantes de sua qualidade de vida. No entanto, o estudo desconhece o poder em potência existente no ato da consulta de enfermagem, que, historicamente no campo da saúde pública foi produzida como um saber próprio da enfermeira, separada e distinta da prática médica. Esta característica tem se perdido ao longo das décadas, pela própria incompreensão política e técnica da enfermeira e das organizações da enfermagem.

Para as enfermeiras que compõem a amostra do estudo supracitado a educação em saúde deve ser a base da consulta de enfermagem, não se constituindo no mero repasse de informações sobre conceitos, aspectos de saúde, doença ou qualidade de vida, mas numa relação pedagógica e dialógica com os indivíduos assistidos de modo a torná-los autônomos em seu processo de viver.

Entretanto, o mesmo estudo indica que a prática da enfermeira contradiz sua fala, revelando a existência de relações hierárquicas que se expressam através de um poder oriundo do saber profissional que determina aquilo que é adequado ou não ao indivíduo. Assim, ao invés do diálogo, estabelece-se um monólogo pautado numa linguagem científica muitas vezes de difícil compreensão pelo senso comum (artigo 19).

Quando se processa desta forma, a educação em saúde se reduz a mera prescrição de ações que tendem a moldar comportamentos e estilos de vida, sob uma perspectiva preventiva, de caráter essencialmente curativo, tradicional e que restringe a concepção de saúde à ausência de doenças, não privilegiando a criação de espaços que estimulam a autonomia dos sujeitos.

Outro aspecto abordado em alguns artigos foi a prescrição de medicamentos pela enfermeira (artigos 15i, 19, 52i e 68). No Canadá a enfermeira possui autoridade prescritiva, conforme protocolos e legislação existentes, para a prescrição medicamentosa principalmente em áreas remotas do país, onde médicos não são facilmente encontrados. Entretanto, a implementação desta prática ainda é considerada como um desafio não só para as enfermeiras canadenses, mas também para outras que estão em outros países (artigos 15i e 52i). No Brasil, esta ação é respaldada por protocolos do Ministério da Saúde. Os dois artigos nacionais que abordaram esta temática revelam a preocupação das enfermeiras em não tornar a prescrição medicamentosa como um procedimento essencial em seu processo de trabalho (artigos 19 e

68), no entanto não se referem à disputa de poder com a corporação médica brasileira sobre quem deve deter, com exclusividade, o poder de prescrição.

Também foi demonstrado em um dos estudos que as enfermeiras muitas vezes não se sentem seguras em prescrever as medicações, apesar de existirem os protocolos do Ministério da Saúde regulamentando essa ação (artigo 68). Este tema estabelece um novo debate para a profissão, ainda que incipiente.

Compreendemos também que existem alguns embates quanto à realização desta ação por essas profissionais, dado que a prescrição medicamentosa constituiu-se, historicamente, como uma ação médica e ainda vivemos em uma sociedade cujo modelo de atenção à saúde é predominantemente médico-assistencial. Entretanto, os artigos analisados não suscitam discussões sobre esse cenário de conflitos e constantes disputas entre médicos e enfermeiras nesse campo de atenção à saúde, revelando uma visão descontextualizada por parte dos autores. Retomaremos esta discussão sobre a prescrição medicamentosa no tópico que aborda a especificidade do trabalho da enfermeira.

Ainda em relação à educação em saúde, outros artigos também se reportaram a essa discussão (artigos 3, 4, 6, 7, 10, 18, 20, 22, 26, 27, 32, 37, 51), convergindo, em sua maioria, para uma conceituação limitada por parte das enfermeiras do que seria esse processo.

Desta forma, a educação em saúde é identificada pelas enfermeiras como atividades de grupo ministradas através de palestras para manter e/ou promover a boa saúde. Atrelado a isto, revela-se uma concepção verticalizada de educador e educando, ou seja, de repasse de informações acerca de conceitos e aspectos da saúde, doença ou qualidade de vida, não estimulando o diálogo, a troca de saberes, a participação popular, e conseqüentemente a autonomia dos indivíduos (artigos 4, 19, 20, 27, 37).

Entretanto, dois artigos evidenciam a educação em saúde como um dos aspectos fundamentais do trabalho da enfermeira na Atenção Básica, reconhecendo a importância de se conhecer as condições de vida e saúde da comunidade onde se inserem, incluindo os aspectos ambientais que tanto influenciam a qualidade de vida da população e oferecendo possibilidades de um pensar conjunto de modo a que os indivíduos construam novas possibilidades de aprendizado na perspectiva da integralidade (artigo 6, 18, 32, 51).

Assim, considerar a educação em saúde como eixo que norteia o trabalho significa dizer que o trabalho da enfermeira será orientado para atuar sobre o conhecimento das

peessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criem condições para se apropriarem de sua própria existência.

Outra temática abordada nos estudos foi a do acolhimento (artigos 11, 37, 38, 59), entendido como uma postura, diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos de produção dos serviços de saúde, e também como um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde.

Desta forma, a proposta do acolhimento, como processo de produção de saúde, diz respeito a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, e se processa numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes entre equipe e usuários dos serviços de saúde.

Entretanto, dentre os estudos analisados revela-se que a noção de acolhimento no âmbito da AB tem sido identificada, erroneamente, pelos profissionais, e aqui ressaltamos a enfermeira, como uma prática tradicional que se traduz em ações de triagem ocorridas geralmente no ambiente da recepção das unidades de saúde, com o objetivo de se definir se o usuário precisa ou não da consulta médica ou de enfermagem (artigos 11, 37, 38, 59).

Não se pode deixar de destacar que este tipo de procedimento restringe o processo de trabalho desta profissional a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo, pois o acolhimento não se constitui como uma etapa do atendimento, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Um dos estudos pontua que muitas vezes a auxiliar ou técnica de enfermagem é designada como a trabalhadora responsável pela realização do acolhimento nas unidades de saúde (artigo 59). As autoras desse estudo ponderam criticamente essa ação realizada pelos profissionais das equipes de saúde, pois o acolhimento não se constitui como um procedimento para que possa ser realizado individualmente por determinados trabalhadores.

Assim, este ato de transferir esta ação, não de acolhimento, mas de triagem a um profissional de nível médio demonstra a não compreensão por parte dos profissionais de saúde da importância de se estabelecer essa rede de relacionamentos com os usuários dos serviços. O fato de não ser considerado responsabilidade de todos os componentes da equipe revela que

o acolhimento não tem sido compreendido pelos profissionais da equipe de saúde como uma prática com potencial para reorganização dos processos de trabalho numa perspectiva crítica e comprometida com as necessidades dos usuários.

Ao reconhecerem estas deficiências, alguns autores propõem mudanças no processo de trabalho da enfermeira e demais trabalhadores em saúde de modo a incorporar elementos como o respeito, o interesse e a responsabilidade não só pelos atos profissionais, mas também pelos problemas e necessidades da população (artigos 37 e 38). Desta forma, como ferramenta tecnológica de intervenção, o acolhimento propiciará elementos para uma escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Diante destas considerações, para que as ações de saúde sejam transformadoras é preciso que sejam coletivas no sentido de convergirem para um ponto em comum: atuação conjunta de trabalhadores de saúde e usuários destes serviços.

Entretanto, como pressuposto para que isto ocorra, não se pode desconsiderar o saber popular, mas sim integrar os diferentes saberes, rompendo o modelo tradicional de repasse do conhecimento de forma vertical a usuários passivos, sem que haja o respeito a suas crenças e valores. Um dos estudos (artigo 44) evidencia que se as enfermeiras, e aqui estendemos a toda a equipe de saúde, estivessem mais atentas às necessidades dos indivíduos, ou seja, se se apropriassem de uma escuta qualificada como instrumento de trabalho, haveria mais espaço para a criação de vínculos.

Outro artigo reitera que o estabelecimento de vínculo com os usuários é um dos pontos centrais para a criação de laços de confiança, tido ainda como um instrumento para o estímulo da autonomia e cidadania da comunidade (artigo 60).

É nesse sentido que alguns estudos apontam a necessidade de reorganização do processo de trabalho da enfermeira, criando espaços para reflexão e organização do trabalho em função das necessidades coletivas (artigos 2, 11, 23i, 24i).

Para isto, consideramos a importância de investimentos nos processos de educação permanente (artigos 21, 32, 45), processo exigido pelo mundo do trabalho como um meio para renovação e mudanças no conhecimento, possibilitando a introdução de novas tecnologias e políticas que venham a contribuir para mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde, e aqui destacamos o processo de trabalho da enfermeira, ampliando o

conceito de saúde para além da ausência de doença, prática baseada em conceitos tradicionais, de modo que seu trabalho possa ser transformador de realidades sociais e de sua própria prática. No entanto, nenhum deles aprofunda como isto pode ser alcançado.

4.2.2 O trabalho da enfermeira no contexto do trabalho em equipe

Em se tratando do contexto do trabalho em equipe, os artigos analisados revelam que este é considerado como fundamental para a operacionalização da saúde neste âmbito de atenção. É considerado também como de significativa importância para a complementaridade das ações implementadas pelos diversos membros da equipe de saúde, se afirmando como eixo de sustentação da produção de serviços de saúde na rede básica (artigos 1 e 13).

Assim, o trabalho da enfermeira é apontado como uma parcela do trabalho em saúde, revelando a divisão do trabalho em enfermagem e também ao interior da equipe multiprofissional. Como componentes do trabalho da enfermeira são referidas as atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação do pessoal de enfermagem (artigo 10). Já o trabalho em equipe é referido como parte do contexto multidisciplinar do trabalho em saúde, onde o trabalho em equipe emerge como um espaço de busca de soluções para os problemas que envolvem a equipe de saúde e a comunidade; como necessidade de conhecimento entre seus componentes e reconhecimento das diferentes personalidades e valores de seus membros (artigo 13). Não há referências à divisão social e técnica do trabalho e ao conflito, inerente ao processo de trabalho multidisciplinar, em que profissionais com diferentes graus de formação, de saberes, reconhecimento e valor social e econômico devem necessariamente compartilhar do mesmo processo de trabalho.

Outros achados oriundos da análise dos estudos revelam que a noção de trabalho em equipe está associada à interação entre os agentes, co-responsabilidade e planejamento compartilhado pelo diálogo entre os trabalhadores integrantes da equipe, facilitando o processo de comunicação e de decisão, e fazendo com que os conhecimentos sejam compartilhados (artigos 2, 13 e 56i).

Assim, argumenta-se, de uma perspectiva ideal, que o trabalho em equipe deve pautar-se em relações dialógicas horizontais, na cumplicidade e no envolvimento de todos os partícipes com a organização do processo de trabalho, fortalecendo as relações interpessoais e a troca de conhecimento não só entre a equipe de trabalho, mas também entre esta e a

comunidade (artigos 2 e 7). Ao desenvolver um trabalho, seguindo essa lógica, os profissionais acrescentam ao significado da finalidade do trabalho um vínculo humanizado, entre o sentido de melhorar as condições de saúde e a qualidade da vida e o sentido instrumental/operacional do trabalho, centrado na mudança de comportamento de todos os envolvidos no processo. Mas os artigos não produzem uma análise crítica de como sim ou como não este discurso ideal se opera na prática, ou o que precisa ser feito para se alcançar os pressupostos afirmados como positivos.

Para os autores dos artigos, o trabalho na atenção básica propicia a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com a comunidade, quando realizado por toda a equipe. Assim, é importante que seus membros tenham boa interação (artigo 36). Nesse contexto, a enfermeira assume um importante papel na coordenação e integração dos trabalhos, incentivando os membros da equipe e planejando com eles as intervenções necessárias para o oferecimento de uma assistência integrada e com qualidade.

Entretanto, construir possibilidades efetivas de uma prática na qual a comunidade seja partícipe do trabalho em equipe, ou seja, integre-se ao processo de construção de um projeto assistencial comum ainda é um desafio para a maioria das equipes de saúde que atuam na atenção básica (artigo 13).

Alguns estudos demonstram que ao mesmo tempo em que o trabalho em equipe exige o estabelecimento de espaços de intercâmbio, exige por outro lado uma clara definição das competências profissionais, estando estas baseadas em conhecimentos sempre interligados e complementares (artigos 22 e 42i).

Esta definição de competências deve estar aliada à complementaridade dos diferentes trabalhos, que é discutida em alguns estudos (artigos 11, 29, 35, 40, 42i, 45, 56i). Evidencia-se através dos achados que um profissional depende do trabalho do outro para dar continuidade às suas intervenções, e para promover o desenvolvimento da assistência integral à saúde dos indivíduos, evitando a fragmentação das ações e, conseqüente, inviabilização do trabalho. Entretanto, esse ainda é um processo em construção.

No entanto, outros achados direcionam para um comprometimento na articulação das ações pela excessiva demanda de usuários em alguns serviços de saúde (artigo 11). Assim, relata-se que essa demanda excessiva, visando à produção quantitativa de atividades, acarreta sobrecarga de trabalho e falta de tempo para os profissionais planejarem em conjunto as ações

a ser implementadas, já que ficam envolvidos com o atendimento da demanda espontânea e com o atendimento nos consultórios. Em se tratando da enfermeira, estas limitações são postas como um agravante para a articulação entre as diferentes atividades no cotidiano de suas práticas, ficando essas questões restritas basicamente aos momentos de reunião de equipe.

Em contrapartida, nos questionamos se esse excesso de atividades e falta de tempo não deriva justamente das dificuldades que as equipes possuem de realizar um trabalho integrado, pois a cooperação pode contribuir para a organização do trabalho e, conseqüentemente, para o seu melhor desenvolvimento. Isto não se reflete nos artigos analisados, bem como não se discute o modo de organização do processo de trabalho da enfermeira na AB.

O respeito entre os profissionais e o desenvolvimento de uma relação de confiança são considerados as principais características de relacionamentos bem-sucedidos e duradouros entre os diferentes componentes da equipe, principalmente entre médicos e enfermeiras (artigo 42i).

Em se tratando das dificuldades para operacionalização do trabalho em equipe, um dos artigos (artigo 14) cita como sendo dificuldades de interação entre enfermeiras e os demais membros da equipe, onde se consideram estas dificuldades como de ordem pessoal e também de ordem profissional. Entretanto, os autores não explicitam os aspectos que compõem essas dificuldades. Foi destacado também que muitas vezes um trabalhador termina realizando ações de outros profissionais, como por exemplo, a enfermeira que incorpora ações que seriam cabíveis a um psicólogo ou assistente social.

Entretanto, colocamos em questão se uma escuta qualificada, por exemplo, é realmente uma tarefa especializada, devendo ser realizada por um psicólogo. Compreendemos que a enfermeira em seu processo de formação apreende diversos saberes de distintos campos do conhecimento, devendo utilizá-los em seu cotidiano de trabalho. Além disso, se sempre se precisasse lançar mão de outras especialidades, como da psicologia, da assistência social, da nutrição, dentre outras, a AB deixaria de exercer seu papel de primeiro nível de atenção à saúde e passaria a ser um ambulatório de especialidades.

Outro tipo de dificuldade identificada que compromete o desenvolvimento do trabalho em equipe é a centralidade do trabalho médico, onde todos os demais trabalhos desenvolvidos parecem estar à margem deste. A falta de planejamento conjunto e de coordenação de

cuidados também é percebida como fatores limitantes. A equipe percebe que não dá conta da coordenação de cuidados e as atividades acabam sendo focadas na doença, revelando um modelo clínico tradicional, cuja finalidade principal é atender à pressão da demanda imediata, de baixa complexidade e de alguns segmentos da população considerados mais vulneráveis (artigos 45 e 53).

Essa elitização do trabalho médico foi constituída historicamente, e esse profissional ainda é considerado como o executor do trabalho intelectual no setor saúde, sendo-lhe atribuído maior valor social. Isto ocasiona, cotidianamente, conflitos entre este e os demais profissionais da equipe de saúde, repercutindo negativamente na realização do trabalho na perspectiva da integralidade, dado que cada profissional isoladamente não consegue atender às necessidades de saúde dos usuários. Além disso, a existência de conflitos não explicitados tende a inviabilizar a implementação do trabalho em equipe, interferindo na articulação de ações, comunicação e interação dos agentes, contribuindo para a não efetivação dos cuidados em saúde.

Nesse sentido, a falta de preparo dos profissionais para o trabalho em equipe é apontada como um fator que reforça o atendimento individualizado e a dificuldade de articulação multiprofissional (artigo 61). Ressaltamos, portanto, a necessidade de incorporação de processos de educação permanente que facilitem o intercâmbio de conhecimento entre os diferentes trabalhadores que compõem a equipe de atenção à saúde, possibilitando momentos de construção e desconstrução de saberes com vistas a enriquecer as práticas em saúde. Assim, é possível que se criem condições para evidenciar e processar as articulações entre as ações dos diferentes agentes, configurando um trabalho interdependente e complementar, que possibilite melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

4.2.3 A especificidade do trabalho da enfermeira

Não se observou em nenhum dos artigos analisados uma definição do que seria a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito da atenção básica à saúde. É interessante perceber também que poucos artigos trataram desta temática, evidenciando a necessidade de novos estudos que tragam elementos a essa discussão.

Assim, alguns estudos apontam para uma falta de especificidade do trabalho da enfermeira (artigos 3, 17, 28i, 33, 48) e outros demonstram uma especificidade que se revela através da realização da consulta de enfermagem e da supervisão das auxiliares e técnicas de enfermagem (artigos 17, 19 e 33).

No caso da consulta de enfermagem, reconhecida como uma atividade exclusiva da enfermeira, considerando-se as atribuições próprias a esta categoria profissional, afirmou-se em um dos estudos que esta atribuição representa uma forma igualitária de distribuição de *status* e poder na divisão técnica e social do trabalho na área da saúde. Entretanto, no mesmo estudo surge outra opinião, a de que a consulta de enfermagem é percebida por algumas enfermeiras como a “medicalização da assistência de enfermagem”. Este termo é utilizado erroneamente no artigo no intuito de indicar uma apropriação inadequada de ações que não são próprias e nem a essência da profissão em enfermagem, como a prescrição medicamentosa.

Entretanto, nessa construção é importante destacar que a realização da prescrição medicamentosa é uma característica da ação médica, e sua realização pelas enfermeiras se torna possível de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão. Assim, a realização deste ato pelas enfermeiras não descaracteriza a profissão à medida que pode ser considerado como um instrumento que auxilia a prática desta profissional. Entretanto, é preciso considerar que esta ação, isoladamente, não fornece subsídios ao desempenho do trabalho da enfermeira, devendo estar acoplada a princípios de solidariedade, empatia, postura crítica e reflexiva e ao exercício da cidadania.

Assim, pontuamos a necessidade de se suscitar novas discussões a respeito da consulta de enfermagem, abrangendo aqui a prescrição de medicamentos pela enfermeira, para que esta ação se constitua como um meio para efetivação dos princípios propostos pela APS, não estando pautada na consulta individualizada, de pronto-atendimento, que atende a necessidades pontuais e não promove a saúde da coletividade.

Outro artigo revela que ainda não há um consenso entre as enfermeiras do que é ou não específico ao trabalho dessa categoria profissional. Assim, os sujeitos que compuseram a amostra estudada revelaram que ainda têm dúvidas quando questionados sobre as atividades que são exclusivas às enfermeiras. As respostas dos sujeitos variaram de um extremo, ou seja, aqueles que afirmam que não sabem ou que não existem atividades exclusivas da enfermeira,

até o outro extremo, citando prontamente as atividades, como a consulta de enfermagem e a supervisão das atividades dos auxiliares e técnicas de enfermagem (artigo 17). Demonstram com isso que a especificidade do trabalho ainda é uma temática não compreendida e debatida pela categoria profissional.

Um dos estudos apresenta resultados que direcionam para a falta de especificidade no trabalho da enfermeira refletida pela inexistência de uma separação nítida entre as ações que estas e as auxiliares e técnicas de enfermagem realizam. Isto pode ser verificado em situações como a triagem de clientes, na pré-consulta, a aplicação de vacinas, a realização de curativos, entre outras. Nestas situações, a enfermeira alterna papéis com a auxiliar ou técnica de enfermagem, especialmente quando trabalham em duplas. Nestes casos, a auxiliar realiza o procedimento e a enfermeira faz as anotações e orientações, ou vice-versa, não havendo uma diferenciação entre as ações dessas profissionais (artigo 3). É interessante perceber que esse tipo de ação ocasiona uma não diferenciação, por parte da sociedade, entre a enfermeira e os demais componentes da equipe de enfermagem, como os auxiliares e técnicas, ou seja, há uma falta de identidade profissional.

Outros estudos enfatizam que a não especificidade do trabalho da enfermeira se relaciona ao fato desta absorver diferentes papéis como sendo de sua responsabilidade, ou seja, não há uma especificidade de ação (artigos 17, 28i, 33, 48). Desta forma, a identidade profissional da categoria torna-se fragilizada, tendendo à invisibilidade.

Esta invisibilidade é apontada como sendo decorrente do trabalho invisível que realizam, ou seja, ao absorverem diversas parcelas do trabalho em equipe acabam assumindo um trabalho que não tem mensuração, que não está definido e nem pode ser classificado, aproximando-se do trabalho feminino e doméstico que acompanha a profissão desde suas origens (artigos 17 e 33).

Alguns autores apresentam o termo “polivalência do trabalho da enfermeira” para designar essa falta de especificidade. Afirmam ainda que “tudo” é considerado pelos usuários como motivo para procurarem as enfermeiras, e que muitas destas profissionais desenvolvem um perfil idealizado para não falhar, ou seja, precisam atender a tudo que lhes é solicitado. Entretanto, essa indefinição de papéis acaba sobrecarregando suas atividades cotidianas, já que despendem tempo com atividades que não fazem parte de suas atribuições (artigos 33 e 48).

Desta forma, as enfermeiras parecem não perceber que, quando assumem todas as atividades e funções como sendo de sua responsabilidade, tornam seu trabalho invisível à organização onde trabalham, à equipe de saúde, à sociedade e a si próprias, já que a sobrecarga de trabalho impede a devida realização das atividades, ou seja, imprime a sensação de incompletude, de que não se realizou tudo aquilo que se desejava e que era necessário ao processamento do trabalho.

Outro fator apontado como contribuindo para a não especificidade do trabalho da enfermeira é a falta de sistematização de sua prática, com dispêndio considerável de tempo em ações que não têm possibilidade de registro e de quantificação, que não são valorizadas por outros profissionais e que contribuem para a invisibilidade profissional. Essas ações, normalmente em forma de orientação, costumam ser realizadas nos corredores ou na sala de espera das Unidades Básica de Saúde, locais onde os usuários podem interpelar os enfermeiros para solicitar ajuda de forma verbal, sem possibilidade de registro formal no prontuário do usuário. Assim, a ação fica sem possibilidade de verificação posterior por outros profissionais e até por ela própria, não permitindo uma continuidade no cuidado (artigos 1 e 33). Desta forma, a sistematização da prática é considerada como necessária para dar uma maior visibilidade e conferir especificidade ao trabalho da enfermeira.

Considerando-se os estudos analisados, destacamos a falta de uma explanação conceitual sobre o que se considera por especificidade do trabalho da enfermeira. Assim, sem aprofundamento teórico torna-se difícil compreender e avaliar o que os estudos apresentam como sendo ou não específico a esse trabalho, impedindo que haja avanços no conhecimento.

Consideramos que são necessários novos estudos que aprofundem essa temática e que tenham como objetivo identificar o que confere especificidade e identidade ao trabalho da enfermeira de modo a proporcionar maior visibilidade social e econômica à profissão.

4.2.4 O valor do trabalho da enfermeira

O valor atribuído ao trabalho da enfermeira no âmbito da atenção básica, seja este social ou econômico, é um tema pouco discutido nos estudos analisados. A concepção do baixo valor social atribuído ao seu trabalho transparece como um sinônimo para a pouca visibilidade profissional da enfermeira, seja no interior da equipe de saúde ou na sociedade (artigos 1e 36).

A pouca visibilidade profissional da enfermeira é discutida nos estudos analisados como sendo proveniente da não distinção, por parte da sociedade, entre as ações das diferentes categorias profissionais da enfermagem (artigo 3), implicando em uma falta de identidade profissional; e também da invisibilidade que esse trabalho tem adquirido ao realizar ações que muitas vezes não são de sua competência mas que foram incorporadas ao seu cotidiano de trabalho, tornando-se um trabalho indefinido e com características do trabalho feminino e doméstico (artigos 17 e 33), que são pouco valorizados socialmente.

É interessante perceber que os elementos supracitados são os mesmos discutidos no tópico que trata da especificidade do trabalho da enfermeira, o que nos leva a considerar que a pouca valorização social desta categoria profissional é relacionada pelos autores à falta de especificidade deste trabalho. Não são consideradas as transformações no mundo do trabalho, a vinculação da atribuição monetária ao trabalho da enfermeira com a predominância de trabalhadoras do sexo feminino e nem a vinculação deste trabalho com o mesmo valor atribuído ao trabalho doméstico.

Em relação ao valor econômico atribuído ao trabalho da enfermeira, chamou-nos a atenção o fato de nenhum dos estudos abordarem esta temática. Os achados remetem implicitamente apenas a baixa valoração econômica da profissão através dos baixos índices salariais (artigos 12, 25, 29, 61), que revelam a insatisfação das trabalhadoras com a remuneração recebida, mas não explicitam o contexto que levou e leva a essa desvalorização.

Desta forma, é notório que a temática do valor social e econômico do trabalho da enfermeira ainda é uma temática que precisa ser discutida e explorada.

4.2.5 A percepção de diferentes agentes sobre o trabalho da enfermeira

A percepção que os diferentes agentes atribuem ao trabalho da enfermeira é um tema pouco abordado nos estudos analisados (artigos 3, 17, 28i, 49). Consideramos para a análise a percepção que os trabalhadores da saúde e os usuários destes serviços possuem sobre o trabalho da enfermeira na atenção básica e também a percepção que as próprias enfermeiras possuem sobre seu trabalho.

Desta forma, os estudos apontam que, para os usuários, a enfermeira é percebida como uma profissional de referência importante (artigos 3 e 28i), entretanto esta importância

relaciona-se ao fato desta profissional ser representada por estes agentes como aquela que vai resolver os problemas da comunidade, aquela que vai integrar o serviço à comunidade. Transparece que para os usuários dos serviços de saúde, as enfermeiras são as profissionais responsáveis por resolver todos os problemas demandados pela comunidade, aspecto já pontuado no tópico da especificidade do trabalho da enfermeira e que remete ao perfil idealizado por muitas enfermeiras de que não podem falhar, mas precisam atender a tudo o que lhes é solicitado.

Outro estudo refere à credibilidade que os usuários atribuem ao trabalho desta profissional, e que isto se demonstra através das relações que estabelecem com as enfermeiras, consideradas como profissionais acessíveis, boas, generosas e humanas (artigo 17).

É interessante perceber que muito dessa imagem atribuída às enfermeiras provém de um contexto histórico onde, ao longo das épocas, as ações de cuidado eram realizadas por mulheres cuidadoras, pouco valorizadas socialmente e vistas como bruxas, santas, prostitutas e com tantas outras imagens. A enfermagem constituiu-se socialmente não como uma profissão e sim como sacerdócio, e suas ocupantes não como trabalhadoras, e sim como mulheres abnegadas, quase anjos, originando uma identidade profissional fragilizada, sem especificidade e sem valor econômico.

Neste contexto, o mesmo estudo explicita outras representações que os usuários têm sobre o trabalho da enfermeira. Quando a enfermeira realiza a consulta de enfermagem, é representada como uma profissional da medicina ou um quase-médico; quando administra imunobiológicos, verifica sinais vitais ou realiza outros procedimentos técnicos, é representada e confundida como uma trabalhadora do nível médio (artigo 17). Assim, essas diferentes percepções dos usuários são decorrentes da falta de especificidade do trabalho da enfermeira, sinalizando para a representação deste trabalho como invisível e fortemente vinculado às origens históricas e sociais do papel das mulheres no cuidado em saúde, que se mantém na esfera pública e enfraquece a identidade profissional da enfermeira.

Outra representação das próprias enfermeiras para o trabalho que desenvolvem foi a de “argamassa”. Essa imagem traduz a representação de uma profissional que une parcelas do trabalho e ao mesmo preenche qualquer espaço vazio que foi deixado por outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional (artigo 17). Os autores expõem, entretanto, que essa imagem de “argamassa” é proveniente da indefinição de ações da enfermeira, remetendo mais

uma vez a falta de especificidade do trabalho desta profissional, o que, por sua vez, não é discutido nem explicado.

No entanto, o mesmo estudo pontua que a importância da enfermeira como coordenadora e centralizadora do processo tecnológico de trabalho nas unidades ganha destaque, e esta profissional tem se constituído como elo e referência para a equipe. Assim, o desempenho dessa função sobrevive à contradição com a inespecificidade e invisibilidade da ação profissional já pontuada (artigo 17). Porém, em um dos estudos revela-se que a enfermeira não se constitui como referência para as profissionais de nível médio, auxiliares e técnicas de enfermagem, pois quando estas trabalhadoras precisam de orientação, solicitam ao médico e não a enfermeira, mesmo que esta possua competência para realizar tal ato (artigo 49), refletindo a hierarquização do trabalho em saúde, sob a hegemonia do trabalho médico. Também expressam a divisão social do trabalho no interior do campo da enfermagem e os conflitos entre trabalhadoras oriundas ou representantes de interesses de classes sociais distintas.

Desta forma, é notório nos estudos analisados que os diferentes agentes considerados possuem percepções sobre o trabalho da enfermeira que estão permeadas pelas concepções herdadas ao longo da história, onde este trabalho se constituiu sob a ótica dos serviços de caridade e da subordinação ao trabalho médico, refletindo estas características no modo de pensar e perceber socialmente a profissão.

4.2.6 As condições de trabalho da enfermeira

As condições de trabalho da enfermeira no âmbito da atenção básica foi abordada por um número significativo de artigos analisados (artigos 2, 3, 8, 11, 12, 14, 22, 25, 27, 29, 31, 36, 39, 44, 47, 49, 53, 54i, 61, 63, 65).

Em um dos estudos que retratou o significado do trabalho no processo de viver humano, o trabalho foi destacado como uma fonte de remuneração; de segurança e satisfação das necessidades básicas, como alimentação, educação e saúde; de prazer e satisfação pessoal; de interação e reconhecimento social; de desafios; realização pessoal e transformação social (artigo 2). Assim, a partir destes significados, o trabalho emerge como um processo que potencializa o viver humano positivamente.

Salientou-se também que o trabalho pode proporcionar não somente a satisfação das necessidades individuais, mas também as coletivas, conferindo dignidade ao trabalhador e sua inclusão e valorização social. Além disso, o sentimento de satisfação pessoal foi identificado como advindo da valorização e do reconhecimento obtido através das ações efetuadas junto à comunidade, da melhoria das condições de saúde das famílias e, principalmente, dos vínculos de confiança e amizade que se criam, proporcionando enriquecimento profissional e pessoal (artigos 2 e 25). Trabalhar no âmbito da atenção básica significa, portanto, algo prazeroso, gratificante e enriquecedor. Toda esta análise é abstraída do contexto social e político onde se inserem os serviços de saúde e de atenção básica, e também expressa uma visão romântica e descontextualizada dos próprios autores.

Paradoxalmente, no mesmo estudo foi discutido que, aliados aos aspectos citados anteriormente estão a sobrecarga de atividades e estresse, e a ocupação do tempo que seria destinado ao convívio com a família, lazer e cuidado de si, ou seja, tempo destinado às demais esferas do viver humano (artigo 2). Assim, o trabalho também é compreendido como gerador de angústias pelas responsabilidades assumidas e impotência sentida na resolução dos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais presentes na comunidade.

Com base na discussão acima, um aspecto que se tornou evidente em muitos artigos foi a sobrecarga de trabalho (artigos 2, 3, 11, 22, 25, 27, 29, 39, 44, 54i, 65), percebida como um agravante para o desenvolvimento do processo de trabalho não apenas da enfermeira, mas também da equipe multiprofissional. A sobrecarga é um dos fatores que revela as precárias condições de trabalho. Outros aspectos serão discutidos ao longo deste tópico.

Alguns estudos revelam que a sobrecarga de trabalho está relacionada ao acúmulo de atividades, principalmente pela enfermeira, sendo este ocasionado pela inespecificidade de seu trabalho. Não se identifica nos argumentos dos autores nenhuma relação desta sobrecarga com a falta de legislação específica sobre o trabalho em enfermagem, com a desorganização política das trabalhadoras em enfermagem ou mesmo com a reestruturação produtiva do trabalho a partir das reformas neoliberais, que repercutiram negativamente sobre o trabalho em saúde. Para os autores, a inespecificidade do trabalho da enfermeira explica porque estas trabalhadoras vão acumulando tarefas, mesmo que não deliberadamente, o que lhes ocasiona desgaste pelo trabalho que se torna exaustivo. As mulheres são as mais penalizadas, pois enfrentam dupla ou tripla jornada de trabalho (artigos 2, 3, 25, 39). Um dos estudos analisados direciona-se para a divisão de tarefas entre a equipe de enfermagem e entre esta e a

equipe multiprofissional como uma estratégia para reduzir esta sobrecarga (artigo 54i), novamente expressando a visão descontextualizada dos autores.

Os artigos expressam também que a sobrecarga de trabalho e a conseqüente falta de tempo são elementos que podem dificultar a articulação das ações na equipe, na medida em que os profissionais não encontram espaço no cotidiano para operar as conexões entre os diversos saberes e práticas, sendo este um fator que gera insatisfação com o trabalho (artigos 11 e 29). Como resultado, as ações articuladas em equipe dão-se de maneira limitada, sem planejamento, atendendo a situações imediatas do cotidiano de trabalho.

Outro aspecto evidenciado pelos autores como predisponente à sobrecarga de trabalho é a excessiva demanda de serviços pelos usuários (artigos 11, 22, 29, 44), que acarreta sobrecarga de trabalho e conseqüente falta de tempo para os profissionais planejarem em conjunto as ações a ser implementadas. Dessa forma, não conseguem programar e desenvolver ações preventivas e de promoção à saúde, ficando envolvidos com o atendimento da demanda espontânea (artigos 11 e 44). Entretanto, pontuamos que esta visão descontextualizada contraria a proposta de atendimento e vinculação da atenção básica, ainda que não sejam referidos pelos autores os problemas na organização dos serviços de atenção básica, bem como os determinantes políticos nesta organização.

Um dos estudos analisados identificou alguns riscos a que os trabalhadores de saúde no âmbito da atenção básica se expõem em seu processo de trabalho. Os riscos a que as enfermeiras estão mais expostas são: risco para acidente de trabalho; risco para adoecimento e desgaste emocional; risco para desenvolvimento de trabalho não resolutivo; risco para violência (artigo 8).

A percepção do risco para acidente de trabalho foi identificada como condicionada pela constante manipulação de materiais perfuro-cortantes e fluidos biológicos, podendo resultar em contaminação por agentes infecciosos como os vírus das hepatites B e C, e o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Outra percepção evidenciada foi a do risco para adoecimento e desgaste emocional dos profissionais, relacionada ao ritmo exaustivo de trabalho.

Registra-se também a percepção do risco para o desenvolvimento de um trabalho não resolutivo. Tal risco expressa o sentido de incapacidade resolutiva das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na relação com os encaminhamentos para serviços referenciados

pelos mesmos, na necessidade de um trabalho integrado com outros setores municipais, e com vistas à resolução de problemas socioambientais das comunidades que extrapolam as ações da atenção prestada pelos trabalhadores.

A percepção do risco para violência foi levantada não apenas por este estudo, mas outros também versaram sobre esta problemática (artigos 31, 36, 39), onde a violência que assola muitas comunidades é posta como um fator que dificulta o acesso da enfermeira à comunidade e causa insegurança a essas profissionais para intervir em determinados problemas.

Outro elemento que merece destaque diz respeito aos vínculos empregatícios, que são considerados precários, gerando insatisfação profissional pela instabilidade no emprego e, conseqüentemente, insegurança para o trabalhador. Evidencia-se também a falta de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (artigos 12, 39, 44, 55, 63, 65).

Esses vínculos de trabalho foram citados como sendo por contratos temporários, por prestação de serviços, através de cooperativas e por regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). A minoria é por concurso público. Em muitos casos, o vínculo é estabelecido pelo simples convite a ocupar a vaga disponível (artigos 12, 14, 39, 44, 55). Desta forma, percebe-se a fragilidade contratual destas profissionais, o que compromete a qualidade e o sentido do seu trabalho.

Essas diferenças no estabelecimento de relações de trabalho são identificadas como fatores que favorecem a pouca vinculação e baixa responsabilização das trabalhadoras com os usuários, no sentido de que esta precariedade leva a uma instabilidade empregatícia, que implica em uma grande rotatividade de profissionais neste âmbito de atenção.

Outros achados apontam para o fato destes tipos de vínculos dificultarem a dedicação exclusiva do trabalhador à atenção básica, já que este não tem a garantia da continuidade no posto de trabalho (artigos 12, 22, 47, 61). Um dos estudos revelou que 43% das enfermeiras que compuseram a amostra pesquisada tinham outros vínculos empregatícios, sendo 72% destes no âmbito hospitalar (artigo 61).

Outro aspecto que justifica o acúmulo de mais de um vínculo de trabalho são os baixos salários pagos as enfermeiras (artigos 12, 14, 25, 29, 61). Alia-se a isto a inadimplência, ou

seja, ausência de pagamento pelos serviços prestados, que também é citada como um fator de estresse e insegurança a esta trabalhadora (artigo 55).

A falta de infra-estrutura adequada nas unidades produtoras de serviços de saúde também foi citada como sendo um agravante ao desenvolvimento do processo de trabalho da enfermeira (artigos 49, 61, 63). Além disso, a deficiência de recursos materiais, insumos e equipamentos foram considerados pelas enfermeiras como sendo um fato que dificulta a realização do trabalho, o que em muitos momentos torna o atendimento inadequado, gerando insatisfação ao usuário e estresse à equipe de saúde (artigos 12, 49, 65), implicando em conflitos e desgaste não só à enfermeira, mas a todos envolvidos no processo de trabalho.

Um aspecto que emergiu como um importante desafio para o alcance de uma maior qualidade nos serviços de atenção básica à saúde é o da capacitação profissional. Os achados analisados revelam que o que ocorre são reuniões entre os membros da equipe para discutir as condutas a serem adotadas, discussões que contribuam para uma melhora da assistência, ainda que de maneira incipiente, e treinamentos para por em práticas os programas do Ministério da Saúde (artigos 12, 36, 61). Deste modo, podemos afirmar que os estudos indicam a incipiência de ações de educação permanente, revelando também a necessidade de formulação e execução de políticas e até mesmo programas de educação permanente onde o trabalhador possa intercambiar conhecimentos com os demais trabalhadores que compõem a equipe de atenção à saúde e assim se qualificar com vistas a desempenhar da melhor forma o seu trabalho, sem desgastes à sua saúde física e emocional.

Considerando-se os estudos analisados, é notório que os aspectos apontados refletem as precárias condições de trabalho para as enfermeiras, implicando em estresse, sobrecarga e cansaço a estas profissionais e prejudicando sua saúde física e emocional. Outro aspecto que precisa ser explorado diz respeito aos vínculos trabalhistas destas profissionais, dado que há indicações de que as relações de trabalho se dão de forma precária, favorecendo a pouca vinculação e baixa responsabilização dos trabalhadores com os serviços onde atuam.

Desta forma, pontuamos a necessidade de estudos que sinalizem a necessidade de mudanças neste âmbito de atenção, de modo que o trabalho da enfermeira possa ser valorizado socialmente, constituindo-se em um processo que tenha significado para esta trabalhadora, não sendo apenas uma fonte de atendimento às suas necessidades básicas,

gerando muitas vezes angústias e insatisfações, conforme apontam os aspectos tratados a partir dos artigos aqui revisados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o estado da arte na produção do conhecimento sobre o trabalho da enfermeira na atenção primária/atenção básica à saúde.

Dentre os 353 artigos inicialmente selecionados para o estudo, após avaliação crítica e exclusão dos artigos repetidos, apenas 68 foram incluídos para análise, sendo 80,88% publicações nacionais e 19,12% publicações oriundas de outros países. Um dos requisitos para inclusão dos estudos foi a disponibilidade tanto em bibliotecas locais como *online*. Pontuamos, assim, a dificuldade para obtenção dos artigos internacionais.

Os resultados evidenciam alguns aspectos como o aumento de publicações ao longo da década adotada como parâmetro para o estudo, relacionada com o aumento de incremento da oferta de postos de trabalho para a enfermeira na atenção básica durante esse período e, conseqüentemente, aumento no interesse para a produção de novas pesquisas nessa área. Este impulso na produção de conhecimento pode ter sido, em parte estimulado pela implantação ou implementação de políticas no campo da Atenção Básica no Brasil.

Apesar dos autores dos artigos estarem vinculados às universidades, apenas 20,5% dos estudos foram resultados de pesquisas produzidas em cursos de pós-graduação, sinalizando a necessidade de maior produção científica no campo da atenção básica e conseguinte divulgação destes resultados.

Em relação aos aspectos metodológicos, houve um predomínio das pesquisas empíricas com abordagem qualitativa. Entretanto, a maioria dos estudos, 58,8%, não explicitou diretamente a abordagem teórica utilizada, refletindo um não aprofundamento teórico-metodológico que evidencia pouco rigor conceitual na construção e desenvolvimento dos estudos. Quanto aos objetivos, estes estavam explicitados em 95,5% dos estudos, convergindo, em sua maioria, para apresentação e discussão do perfil, prática e análise do trabalho da enfermeira na Atenção Básica. No entanto, as análises apresentadas revelam uma visão idealista dos autores, sem argumentos consistentes e com reflexões descontextualizadas, tanto em relação à realidade local onde se inserem as trabalhadoras, bem como as transformações do mundo do trabalho.

O trabalho, segundo as concepções expressas dos autores parece consistir na ação resultante da vontade das trabalhadoras, e não dos determinantes sociais da esfera pública onde se desenvolve o trabalho da enfermeira.

Em se tratando do perfil das trabalhadoras, verificou-se que os achados refletem dados já existentes sobre o aumento de mão-de-obra feminina no mundo do trabalho. Desta forma, este estudo evidencia um maior índice de mulheres enfermeiras a ocuparem os postos de trabalho não apenas no Brasil, mas também em outros países do mundo.

Outro aspecto importante e que merece reflexão é a evidência de pouco tempo de permanência destas profissionais nos cargos que ocupam, com tempo mínimo de um e máximo de quatro anos. Este dado revela a adoção de políticas neoliberais no campo do trabalho em saúde, em que os serviços de saúde, mesmo os de atenção básica, são organizados e operados numa lógica de mercado. É importante compreender também as consequências dos vínculos precários de trabalho sobre a produção de serviços e ações de saúde. Esse curto período de permanência da profissional em seu posto trabalho, sendo logo substituído por outra, dificulta o estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional e entre estes e a comunidade onde se inserem. Dificulta também o desenvolvimento de laços de confiança, solidariedade, respeito, ética e responsabilização, implicando no desenvolvimento de um trabalho pautado no atendimento de necessidades pontuais, individuais, que não primam pelo diferentes sentidos que compõem os indivíduos. Por outro lado, a fácil substituição das trabalhadoras indica a disponibilidade de mão de obra no mercado e a fragilidade na organização política das enfermeiras, que se submetem a qualquer condição de trabalho e a qualquer salário.

Em relação à busca das enfermeiras por capacitação, os achados evidenciam que o interesse por cursos de especialização tem aumentado. No entanto, muitas destas profissionais têm realizado esses cursos em áreas distintas ao campo da Saúde Coletiva. Isto posto, é evidente que estas ações comprometem o desenvolvimento do trabalho desta profissional, visto que a busca por capacitação revela o interesse do profissional por determinada área, e se este atua na Atenção Básica e se capacita para outra área, demonstra que seu interesse ou da organização que a emprega, não se revela pelo âmbito de atenção onde atua e, conseqüentemente, pouco interesse terá no desenvolver de práticas coletivas e comprometidas com o bem-estar de indivíduos e comunidade. Este achado indica também que não existe uma

política de educação permanente nas organizações que empregam as enfermeiras no campo da Atenção Básica.

No que concerne à prática da enfermeira na Atenção Básica, os artigos registram as atividades que compõem o trabalho da enfermeira, no entanto direcionam para práticas não comprometidas com os pressupostos estabelecidos por esse âmbito de atenção à saúde. Assim, revelam-se práticas fragmentadas, verticais, voltadas para ações curativas limitadas, de atendimento à demanda espontânea e com características predominantemente preventivas.

Evidencia-se também uma desarticulação no processo de trabalho em enfermagem e conseqüentemente no trabalho da equipe de saúde, ao passo que as enfermeiras percebem as ações assistenciais, administrativas e de educação em saúde como práticas separadas umas das outras, sem nenhuma ou com pouquíssima articulação entre si, comprometendo todo o processo de trabalho.

Um aspecto pouco definido nos estudos analisados diz respeito a autoridade prescritiva da enfermeira, considerada como um desafio para estas profissionais no âmbito mundial, e por outro lado, um ponto gerador de conflitos no sentido de que esta atribuição não se torne um elemento principal de seu processo de trabalho.

Em relação ao acolhimento, os achados revelam que esta prática tem sido traduzida pela enfermeira como ações de triagem que ocorrem geralmente no ambiente da recepção das unidades de saúde, sucumbindo à subjetividade que acompanha esse complexo processo de responsabilização e produção de vínculo que deveria ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Quanto ao trabalho da enfermeira no contexto do trabalho em equipe, poucos estudos trouxeram evidências de como este se processa, considerando-se as diferentes categorias que compõem essa profissão. Os achados revelam a necessidade de aprofundamento nos estudos sobre a necessidade de preparo profissional para a atuação em equipe e para o gerenciamento do processo de trabalho, tanto na formação quanto de educação permanente de modo a facilitar o intercâmbio de conhecimento entre os diferentes trabalhadores que compõem a equipe de atenção à saúde.

Outro aspecto pouco definido nos estudos analisados foi a especificidade do trabalho do trabalho da enfermeira. Alguns achados apontam para uma falta de especificidade do trabalho, outros ponderam que esta especificidade se revela pela consulta de enfermagem e

supervisão dos auxiliares e técnicas de enfermagem, e outros afirmam ainda a falta de um consenso entre as profissionais do que seria ou não próprio à profissão. Alia-se a estas questões a pouca quantidade de artigos que trataram desta temática, e a superficialidade com que é tratada, evidenciando a necessidade de estudos que acrescentem novos elementos a essa discussão.

Além da especificidade do trabalho, outra temática pouco explorada nos artigos foi o valor econômico e social que é atribuído ao trabalho da enfermeira. O que se observou foi uma atribuição de valor intrínseco à falta de especificidade profissional e baixa remuneração salarial, sem maiores aprofundamentos.

Em relação às condições de trabalho, evidencia-se que a falta de articulação nas ações, já pontuada anteriormente, é um fator que causa estresse, sobrecarga e cansaço às enfermeiras, prejudicando sua saúde física e emocional. Pontuou-se em um dos estudos a necessidade que estas profissionais apresentam de também serem cuidadas, entretanto nenhum dos estudos apresentou intervenções ou formas de cuidado à saúde destas trabalhadoras.

Outro aspecto que precisa ser explorado diz respeito aos vínculos trabalhistas destas profissionais, dado que há indicações de que as relações de trabalho se dão de forma precária, favorecendo a pouca vinculação e baixa responsabilização dos trabalhadores com os serviços onde atuam.

Esta revisão revela também o precário embasamento teórico dos autores para tratar do tema do trabalho e do campo da atenção básica. No entanto, as discussões aqui levantadas, apesar das suas limitações, contribuem para a divulgação do conhecimento e fornecem subsídios para a construção de novos temas de pesquisa, além de revelar a necessidade de aprofundamento dos aspectos que ainda são tratados de forma incipiente no estudo do trabalho da enfermeira na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo%202002.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2009.
- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. 297f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 783–836.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 335-351, mai. 2004.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface**, Botucatu, v.4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no país do futuro**: a aventura da luta contra a Tuberculose. 1992. 335 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte II – buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, jan. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000100045&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2009.

BRASIL. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1886, 18 dez. 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 31 mai. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil**. Brasília, 2006. 130 p.

CASTRO, A. A. **Revisão sistemática e meta-análise**. Disponível em: <<http://www.metodologia.org/meta1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão Sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2009.

CYRINO, A. P. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e do serviço de saúde**: estudo de um serviço de Atenção Primária à Saúde. 1993. 494 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

EGGER, M.; SMITH, G. D. Bias in location and selection of studies. **BMJ**, v. 316, n. 61, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.bmj.com/archive/7124/7124ed2.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2009.

ESPERON, J. M. T. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de la Habana, v. 30, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jan. 2010.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da UPS**, São Paulo, v. 39, n. spe, p. 597-602, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39nspe/v39nspe12.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2009.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 5-5, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação em enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 690-695, set. 2002.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 549-556, mai. 2004.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2007.

GREENHALGH, T. Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). **BMJ**, v. 315, n. 672, sep. 1997. Disponível em
<<http://www.bmj.com/archive/7109/7109ed2.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2009.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr. 2009.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa**. Rio de Janeiro, 2009. 201 p.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr. 1997. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 de abr. 2009.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.771-778, out. 2008.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 10. ed. Livro 1, v. I, São Paulo: Difel, 1985. p. 201-259.

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

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, jan. 2001.

MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde:** resultados da avaliação de dois estudos de caso. 2006. 269 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.12, n. 2, p. 204-213, abr. 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.8, n. 2, p. 218-219, jul. 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das políticas de saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o poder público. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o poder público. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr. 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. Loures: Lusociência, 2005.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P de (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde-SUS**. Brasília: OPAS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2005. Disponível em:
<http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2009.

PAGLIOSA, F.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; FILHO-NUNES, A. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDREIRA, B. A. M. **Análise do perfil dos coordenadores da vigilância epidemiológica municipal do estado da Bahia**. 2010. 49 f. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, jan. 2001.

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2004, Gramado. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Gramado: 2004. Disponível em:
<<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/palestrantes/Marina%20Peduzzi.php>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set. 2009.

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD; DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD;

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. **Revista de Enfermería IMSS**, v. 12, n. 3, p. 59-70, 2004. Disponível em: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BFCA9E-8592-41DA-B651-D424BA820F8D/0/3_159170.pdf> Acesso em: 16 jul. 2009.

PUCCIA, M. I. R. O enfermeiro como assessor federal, estadual e municipal. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. 63-80.

ROCHA, J. S. Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 297-303, jul. 1986.

ROCHA, S. M. M. **O processo de trabalho e a enfermagem pediátrica: sociabilidade e historicidade do conhecimento**. 1990. 174 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

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, dez. 2000.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2009.

SANTOS, A. S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. 41-62.

SCHIMITH, M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2004000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2009.

SHERER, M. D .A; MARINO, S. R. A; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

SILVA, M. A. **Avaliação da rede de Unidades de Saúde da Família com foco na integralidade**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SIWEK, K. J. et al. How to write an evidence-based clinical review article. **American Family Physician**, v.65, n. 2, p. 251-258, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20020115/251.html>>. Acesso em: 02 ago. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, set. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2009.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 27-60.

VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, n. 36, p. 398-402, jun. 1986. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1960528&pageindex=1>>. Acesso em: 9 mai. 2009.

APÊNDICE A – Artigos utilizados no estudo

	Autores	Título	Periódico
1	ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M.	As classificações de enfermagem na saúde coletiva - o Projeto CIPESC	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u> , Brasília, v. 55, n. 6, p. 644-651, nov. 2002.
2	AZAMBUJA, E. P. et al.	Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, mar. 2007.
3	BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R.	Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 177-185, jun. 2005.
4	CESAR-VAZ, M. R. et al.	Educação e produção de saúde: um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo Sul do Brasil	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 59-67, abr. 2003.
5	CEZAR-VAZ, M. R. et al.	Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva na atenção básica	Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 418-425, mai. 2007.
6	CEZAR-VAZ, M. R. et al.	Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 645-653, dez. 2007.
7	CEZAR-VAZ, M. R. et al.	Sistema de significados sobre a finalidade	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo,

		do trabalho na Saúde da Família: uma abordagem qualitativa	v. 43, n. 4, p. 915-922, dez. 2009.
08	CEZAR-VAZ, M. R. et al.	Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 961-967, dez. 2009.
09	CEZAR-VAZ, M. R. et al.	O trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde: assumindo uma forma programática para o conteúdo clínico-social	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 342-350, jul. 2003.
10	CHIESA, A. M.	A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família	Nursing, São Paulo, v. 64, n. 6, p. 40-46, set. 2003.
11	COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R.	Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, jun. 2008.
12	COTTA, R. M. M. et al.	Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde	Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.
13	CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M.	Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um	Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr. 2005.

		projeto comum entre trabalhadores e usuários?	
14	ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A.	O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, dez. 2006.
15	FORCHUK, C; KOHR, R.	Prescriptive authority for nurses: the Canadian perspective	<i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , Farmington, v. 45, n. 1, p. 3-8, jan. 2009.
16	FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y.	<i>Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde?</i>	Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, set. 2001.
17	GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.	A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais	Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1011-18, dez. 2005.
18	GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.	O processo de trabalho do enfermeiro no PAISC: uma análise a partir das representações sociais	Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 139-146, ago. 2003.
19	GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.	A representação social da consulta de Enfermagem: importância, ambiguidades e desafios	Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 109-115, jun. 2005.
20	HERINGER, A. et al.	Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família	Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 542-548, dez. 2007.

		no Rio de Janeiro	
21	HOOKE, E. et al.	Nurse practitioners: an evaluation of the extended role of nurses at the Kirketon Road Centre in Sydney, Australia	Australian Journal of Advanced Nursing, v. 18, n. 3, p. 20-28, mar. 2001.
22	JUNGES, J. R. et al.	Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 937-944, dez. 2009.
23	KELEHER, H. et al.	Practice nurses in Australia: current issues and future directions	Medical Journal of Australia, Sydney, v. 187, n. 2, p. 108-110, jul. 2007.
24	LAUDER, W.; SHARKEY, S.; REEL, S.	The development of family health nurses and family nurse practitioners in remote and rural Australia	Australia Family Physician, Sydney, v. 32 n. 9, p. 750-752, sep. 2003.
25	LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G.	Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais	Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 50-62, mar. 2009.
26	LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C.	Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 847-852, dez. 2007.
27	MARCON, S. S. et al.	Atuação do enfermeiro em unidades básicas de saúde: utilização do tempo versus atividades desenvolvidas	Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 20-24, jan. 2002.
28	MARKAKI, A. et al.	Primary health care nursing staff in Crete:	<i>International Nursing Review</i> , Oxford, v. 53, n. 1, p.

		an emerging profile	16-18, mar. 2006.
29	MARQUES, D.; SILVA, E. M.	A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u> , Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550, out. 2004.
30	MORENO, VÂNIA.	Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família	Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 9-18, mar. 2008.
31	MOURA, F. J. M.; LISBOA, M. T. L.	A violência e sua origem nas interfaces com o mundo do trabalho da enfermeira de saúde pública	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 108-115, abr. 2005.
32	NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A.	Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde	Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr. 2005.
33	NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S.	Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 889-894, out. 2008.
34	O'DWYER, P.	Public health nurses' contribution to maternal and infant health in Ireland	Community Practice, England, v. 82, n. 5, p. 24-27, may. 2009.
35	OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A.	A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, out. 2004.

36	OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C.	Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional	Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.
37	OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S.	Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, mar. 2007.
38	OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S.	Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família	Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 431-438, mai. 2007.
39	PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M.	Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família	Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.
40	PINA, J. C. et al.	Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos	Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009.
41	PINHEIRO, ROSENI.	Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde.	Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 174-178, jun. 2005.
42	PULLON, S.; MCKINLEY, E.; DEW, K.	Primary health care in New Zealand: the impact organizational factors on teamwork	<i>British Journal of General Practice, England</i> , v. 16, n. 2, p. 191-197, mar. 2009.
43	RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S.	O espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de Saúde de Porto Alegre	Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 21, n. spe, p. 45-55, 2000.

44	REIS, M. A. S. et al.	A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas	Interface, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, dez. 2007.
45	REIS, M. L.; PÜSCHEL, V. A. A.	Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1308-13, dez. 2009.
46	ROCHA, B. S. et al.	Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional	Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 229-233, abr. 2009.
47	ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G.	Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional	Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan. 2007.
48	SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.	A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo	Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 777-781, dez. 2008.
49	SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S.	Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família	Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, dez. 2004.
50	SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S.	O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso	Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, abr. 2009.
51	SENA, J. et al.	Saúde Coletiva: identificando instrumentos no processo de trabalho da enfermagem	Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 103-108, abr. 2005.
52	SHEER, B; WONG, F. K.	The development of advanced nursing	Journal of <i>Nursing Scholarship</i> , v. 40, n. 3, p. 204-211,

		practice globally	2008.
53	SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C.	As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u> , Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-429, jun. 2009.
54	SIBBALD, B; LAURANT, M. G.; REEVES, D.	Advanced nurse roles in UK primary care	Medical Journal of Australia, Sydney, v. 185, n. 1, p. 10-12, jul. 2006.
55	SOARES, B. A.	As relações trabalhistas no Programa Saúde da Família: a percepção de médicos e enfermeiros do município de Ipu-CE	Nursing, São Paulo, v. 64, n. 6, p. 15-20, set. 2003.
56	SOKLARIDIS, S.; OANDASAN, I.; KIMPTON, S.	Family health teams: can health professionals learn to work together?	Canadian Family Physician, Mississauga, v. 53, n. 7, p. 1198-99, jul. 2007.
57	SOUSA, K. K. B.; FERREIRA FILHA, M. O.; SILVA, A. T. M. C.	A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental	Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 14-22, jul. 2004.
58	STRANDBERG, E.L.; OVHED, I.; BORGQUIST, L.; WILHELMSSON, S.	The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study	BMC Family Practice, v. 8, n. 8, p. 1-8, jul. 2007.
59	TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M.	Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades	Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

		básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	
60	TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.	O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u> , Brasília, v. 53, n. 2, p. 193-206, abr. 2000.
61	THUMÉ, ELAINE.	Enfermagem em atenção básica na saúde coletiva: práticas da especialidade na região sul do Rio Grande do Sul	Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 64-73, dez. 2001.
62	TODD, C.; HOWLETT, M.; MACKAY, M.; LAWSON, B.	Family practice/Primary health care nurses in Nova Scotia	Canadian Nurse, v. 103, n. 6, p. 23-27, jun. 2007.
63	TOMASI, E. et al.	Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil	Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 193-201, 2007.
64	TURNER, C.; KEYZER, D.	Nurse practitioners: a contract for change and excellence in nursing	Collegian, Sydney, v. 9, n. 4, p. 18-23, 2002.
65	WEIRICH, C. F. et al.	O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, jun. 2009.
66	WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P.	O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 559-568, out. 2003.

		pública	
67	XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C.	Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u> , Brasília, v. 61, n. 1, p. 36-45, fev. 2008.
68	XIMENES NETO, F. R. G. et al.	Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família	<u>Revista Brasileira de Enfermagem</u> , Brasília, v. 60, n. 2, p. 133-140, abr. 2007.

APÊNDICE B – Caracterização dos artigos utilizados no estudo

	Título	Objetivo	Metodologia
1	As classificações de enfermagem na saúde coletiva: o projeto CIPESC	Identificar a prática de enfermagem nos espaços extra-hospitalares e compreender como o processo de produção da enfermagem acontece, seus determinantes e possibilidades de transformação do trabalho em saúde, direcionado para os princípios finalísticos da Saúde Coletiva, da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS).	Estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizado em 15 municípios brasileiros. Primeira etapa – aplicação de 09 instrumentos de coleta de dados (análise quantitativa). Segunda etapa – realização de 49 grupos focais com enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem (análise qualitativa). Foram formadas duas categorias: produção de uma nomenclatura de enfermagem em saúde coletiva; caracterização do processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Para decodificação das falas foi utilizada a técnica de análise do discurso.
2	Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família	Compreender os significados do trabalho no processo de viver humano de trabalhador(as) do PSF de um município do sul do RS.	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 02 enfermeiras, 01 médica, 02 auxiliares de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde. Utilizou-se dois métodos para coleta de dados: entrevista individual e grupo focal. Os dados foram analisados através do processo de codificação axial, seletiva e aberta, usando o programa para análise de dados qualitativos – QSR Nvivo.
3	Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de	Identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras que trabalham com a população dos municípios da 4 ^a Colônia de Imigração	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 09 enfermeiras, de sete municípios do RS, utilizando-se a entrevista, a observação participante e a análise documental dos Planos Municipais de Saúde e dos Regimentos dos serviços de

	enfermagem	Italiana do Rio Grande do Sul e identificar o preparo recebido pelas mesmas para o cuidado da população.	enfermagem de cada município. Para análise, utilizou-se a análise de conteúdo.
4	Educação e produção de saúde: um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo Sul do Brasil	-	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 30 enfermeiras da rede básica de serviços públicos de saúde do município de Rio Grande – RS. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-dirigida.
5	Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva na atenção básica	Identificar os significados de ambiente relacionados com a produção de saúde, expressos pelas enfermeiras atuantes na atenção básica, junto às Secretarias Municipais de Saúde, que compõem a Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), na zona sul do Estado do Rio Grande do Sul.	Estudo exploratório, descritivo, analógico e com abordagem dialética, realizado com 30 enfermeiras que atuam em UBS compõem a Terceira coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), na zona sul do Estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se a técnica da entrevista semi-dirigida, com um protocolo de questões norteadoras. Os depoimentos foram transcritos e selecionados em seus trechos de interesse que, na seqüência, ilustram o texto e motivam as análises. A seleção dos trechos foi desenvolvida por etapas seqüenciais na referência da análise temática.
6	Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à	Aprender como os trabalhadores atuantes na atenção básica à saúde, especificamente médicos e enfermeiros,	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado 55 trabalhadores (36 enfermeiros e 19 médicos) dos municípios de Rio Grande e São José do Norte (RS). Utilizaram-se entrevistas

	saúde: uma abordagem socioambiental	percebem as estratégias para trabalharem com a relação entre saúde e ambiente, que problemas ambientais identificam como influentes na saúde da comunidade e como atuam profissionalmente com as comunidades frente aos problemas ambientais identificados.	individuais, através de um questionário estruturado e pré-codificado, composto por 51 perguntas fechadas de múltipla escolha. Para a escolha das respostas foi utilizada uma escala de grau de importância contendo notas de 0 a 10. O banco de dados foi constituído a partir do software Epi Info 6.04.
7	Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na Saúde da Família: uma abordagem qualitativa	Desenvolver uma descrição qualitativa do sistema de significados da finalidade do trabalho no PSF, apreendido na análise de narrativas oferecidas por enfermeiros e médicos atuantes no processo, sobre suas ações no trabalho em equipes da Saúde da Família, nas cidades de Pelotas e Rio Grande, no extremo sul do Brasil.	Estudo exploratório-descritivo, analógico, compondo uma construção hermenêutica e dialética. Realizado com 82 trabalhadores (44 enfermeiros e 38 médicos) dos municípios de Rio Grande e Pelotas (RS). Utilizaram-se entrevistas semi-dirigidas individuais. Os dados foram analisados segundo análise temática.
8	Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil	Identificar a percepção dos trabalhadores da Estratégia em Saúde da Família (ESF) a respeito dos riscos a que se expõem no seu processo de trabalho, procurando relacioná-los aos elementos constitutivos desse processo de atenção primária em	Estudo transversal com abordagem dialética, realizado com 48 trabalhadores (13 enfermeiros, 10 médicos, 13 ACS, 12 auxiliares de enfermagem) de 13 equipes da rede básica de atenção à saúde da família do município de Rio Grande (RS). Utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas que foram analisadas no programa Nvivo 7.0.

		saúde.	
9	O trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde: assumindo uma forma programática para o conteúdo clínico-social	Analisar como as ações programáticas aparecem construídas na rede de significados que revelam o(s) conteúdo(s) e forma(s) do trabalho da enfermeira na atenção básica à saúde?	Estudo exploratório, analógico, com abordagem dialética, realizado com 30 enfermeiras da rede básica de serviços públicos de saúde do município de Rio Grande – RS. Utilizaram-se entrevistas semi-dirigidas.
10	A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família	Analisar as potencialidades de utilização dos conceitos e práticas do campo da Promoção da Saúde para a estruturação das ações das equipes de saúde da família, no contexto da reorganização da atenção básica brasileira.	Reflexão
11	Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família	Conhecer a concepção de enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, no que se refere à articulação das ações realizadas pelos diversos profissionais.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 23 enfermeiras de equipes da rede básica de atenção à saúde da família no município de Porto Alegre (RS). Utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas que foram analisadas segundo a técnica da Análise Temática.

12	Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde	Caracterizar o perfil dos profissionais que integram as equipes de saúde da família (ESF) e as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias, tendo por referência a ação do Programa Saúde da Família no município de Teixeira, estado de Minas Gerais.	Estudo com abordagem quanti-qualitativa realizado com 28 profissionais (03 enfermeiras, 18 ACS, 04 médicos e 03 auxiliares/técnicos de enfermagem) de 03 equipes de saúde da família do município de Teixeira (MG). Utilizou-se um questionário semi-estruturado aplicado em entrevistas individuais que foram analisadas pela aplicação do software Epi Info.
13	Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?	Busca conhecer o quanto o trabalho em equipe da saúde da família favorece o envolvimento e a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, visto que a população de referência é a destinatária do trabalho desenvolvido pela equipe.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado através da análise documental de documentos oficiais da Secretaria de Saúde do município de São Paulo sobre o PSF e da participação da comunidade e ou controle social no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002. Utilizou-se também a entrevista. Os sujeitos da pesquisa são trabalhadores de uma equipe de PSF, o gerente da unidade e representantes do Conselho Gestor de Unidade e do Conselho Popular de Saúde. Utilizou-se para análise a análise temática.
14	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.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 08 enfermeiras de equipes do PSF e o gestor municipal do PSF, no município de Marília (SP). Utilizaram-se a observação direta do trabalho das enfermeiras e entrevistas semi-estruturadas com as enfermeiras e com o gestor. Os dados foram analisados seguindo a articulação entre as dimensões

			(singular, particular e estrutural) e a técnica de análise do conteúdo.
15	Prescriptive authority for nurses: the Canadian perspective	Fornecer ao leitor uma visão geral da perspectiva canadense sobre a autoridade prescritiva dos enfermeiros.	Reflexão
16	<i>Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde?</i>	Discutir as potencialidades e as limitações do processo de trabalho de gerência para operar mudanças nos modelos tecnoassistenciais de saúde.	Estudo qualitativo com abordagem dialética, realizado com enfermeiras de UBS do município de Marília (SP). Utilizou-se a técnica do grupo focal para a coleta dos dados, sendo estes organizados sob a forma de fluxogramas analisadores, os quais subsidiaram a análise.
17	A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais	Descrever e analisar as imagens profissionais presentes nas representações sociais de enfermeiros de saúde pública que desenvolvem atividades de cuidado direto à clientela.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras que trabalham na rede básica de assistência e desenvolvem atividades de atenção direta à criança (PAISC). Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais. Foram realizadas 30 entrevistas em profundidade com os enfermeiros do município de Petrópolis (RJ). A análise dos dados foi realizada através da análise lexical pelo software Alceste 4.5.
18	O processo de trabalho do enfermeiro no PAISC: uma análise a partir	Caracterizar a representação social dos próprios enfermeiros acerca de seu trabalho no atendimento direto à clientela do PAISC.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras que trabalham na rede básica de assistência e desenvolvem atividades de atenção direta à criança (PAISC). Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais. Foram realizadas 30 entrevistas em

	das representações sociais		profundidade com os enfermeiros do município de Petrópolis (RJ). A análise dos dados foi realizada através da análise lexical pelo software Alceste 4.5.
19	A representação social da consulta de Enfermagem: importância, ambiguidades e desafios	Analisar a representação social da consulta de enfermagem construída por enfermeiros da rede básica de saúde.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras que trabalham na rede básica de assistência e desenvolvem atividades de atenção direta à criança (PAISC). Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais. Foram realizadas 30 entrevistas em profundidade com os enfermeiros do município de Petrópolis (RJ). A análise dos dados foi realizada através da análise lexical pelo software Alceste 4.5.
20	Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro.	Analisar as práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF das comunidades que compõem o Complexo do Alemão, localizado no Município do Rio de Janeiro.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 12 enfermeiros que trabalham nas unidades de Saúde da Família no Complexo do Alemão. Utilizou-se a técnica da entrevistas semi-estruturada para a coleta dos dados. Os dados foram analisados segundo análise de conteúdo.

21	Nurse practitioners: an evaluation of the extended role of nurses at the Kirketon Road Centre in Sydney, Australia extensão da Estrada	Avaliar formalmente a eficácia, adequação profissional e aceitabilidade do papel do enfermeiro no Centro Kirketon Road.	Estudo avaliativo, realizado com 1046 pessoas que compõem grupos de risco (trabalhadores do sexo e usuários de drogas injetáveis). A Enfermeira praticante (NP) esteve com 613 dos 1046 clientes que se apresentaram durante o período da pesquisa. A maioria dos participantes eram mulheres (77,3%). Cada enfermeira no KRC foi avaliada nas seguintes competências: testagem para o HIV com aconselhamento pré e pós-teste, amostragem de assintomáticos do sexo feminino e masculino, papanicolau, exame da mama, tratamento de verrugas genitais, testes de gravidez e aconselhamento, consulta de planejamento familiar, interpretação de microscopia e intoxicação por drogas.
22	Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades	Apontar alguns estrangulamentos nos processos de trabalho impeditivos para que a transversalidade do PSF seja efetiva.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 03 enfermeiras, 03 médicos, 02 técnicas de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde. Foi utilizada a técnica de discussão focal para coleta de dados. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo.
23	Practice nurses in Australia: current issues and future directions	Refletir sobre as questões que afetam a sustentabilidade da força de trabalho do enfermeiro, se não forem tomadas medidas de forma mais sistemática.	Reflexão

24	The development of family health nurses and family nurse practitioners in remote and rural Australia	Argumentar que a reorganização fundamental das práticas de cuidados primários de saúde nas comunidades remotas e rurais na Austrália precisa ser realizada.	Reflexão
25	Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais	Analisar as representações sociais que os profissionais constroem a respeito do Programa Saúde da Família e do trabalho nele desenvolvido.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 03 enfermeiras, 03 médicos, 04 auxiliares de enfermagem, 02 cirurgiões-dentistas, 02 assistentes sociais, 09 agentes comunitários de saúde e 01 auxiliar de consultório dentário. Utilizou-se Teoria das Representações Sociais. As técnicas utilizadas para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada e a observação participante. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo.
26	Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica	Construir um perfil de competências para ação educativa da enfermeira, a partir da perspectiva de todos os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.	Estudo exploratório, com abordagem dialética, realizado com 05 alunas concluintes do curso de bacharelado em enfermagem pela EEUSP, 10 enfermeiras (05 do HU e 05 do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa do Butantã), 02 gestores (um de cada serviço) 08 usuários (05 do HU e 03 do CSE). Foi utilizada a técnica do grupo focal para docentes e alunos e a entrevista semi-estruturada para enfermeira, gestores e usuários. Os dados foram analisados através da análise de discurso.

27	Atuação do enfermeiro em unidades básicas de saúde: utilização do tempo versus atividades desenvolvidas	Subsidiar a discussão sobre o papel do enfermeiro na unidade básica, oportunizando aos alunos a possibilidade de verificar <i>in lócus</i> os tipos de atividades realizadas por eles em algumas das unidades básicas de saúde (UBS) de Maringá e o tempo gasto com cada uma delas.	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiras de UBS no Município de Maringá (PR). Foi utilizada a técnica de observação para a coleta de dados, totalizando 57h 04min de observação que ocorreu no período de uma semana.
28	Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile	Descrever o perfil do pessoal de enfermagem na área rural de atendimento primário, identificar padrões de prática de enfermagem e avaliar os enfermeiros, seus valores bem como as suas atitudes em relação a satisfação no trabalho, educação continuada e treinamento.	Estudo com abordagem quantitativa, realizado em 14 Centros Rurais de Saúde na ilha de Creta, através de um questionário recém-desenvolvido, psicometricamente testado, aplicado a todo o pessoal de enfermagem. A população-alvo foram todos os 112 enfermeiros registrados (RNs), parteiras, enfermeiro de atendimento ao turista licenciado e técnico de enfermagem. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, constituído de 42 itens que representam quatro domínios, a saber: (1) características individuais; (2) as características do trabalho, (3) a satisfação no trabalho e (4) e as necessidades de aprendizagem.
29	A enfermagem e o Programa Saúde da	Analisar o trabalho desenvolvido pela enfermagem em Campinas, no período de	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras que atuaram nas ESF, ou foram coordenadoras ou supervisoras das

	Família: uma parceria de sucesso?	1998 a 2002.	equipes no período de 1998 a 2002 e ainda atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP). Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. Os dados foram analisados através da análise temática.
30	Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família	Apreender o que os enfermeiros tiveram de conhecimento sobre a família em sua formação acadêmica, como visualizam a mesma na condição de agente de cuidados, facilidades e dificuldades no relacionamento e quais as contribuições do profissional de enfermagem frente à formação do aluno.	Estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado com 07 enfermeiros que trabalham no serviço municipal, sendo cinco nas unidades básicas de saúde e dois no Centro de Saúde Escola, unidade da Faculdade de Medicina integrada ao município. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados.
31	A violência e sua origem nas interfaces com o mundo do trabalho da enfermeira de saúde pública	-	Reflexão.
32	Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde	Analisar a prática da enfermeira no PSF, considerando os agentes, os instrumentos, o objeto e a finalidade do trabalho em saúde no município em foco no período	Estudo com abordagem hermenêutica-dialética, realizado com 14 enfermeiras que trabalham em USF no Município de Jequié. Foram utilizadas as técnicas de entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise de documentos oficiais para a coleta de dados.

	versus as ações programáticas em saúde	de 1999-2002; identificar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e apontar avanços, limites e perspectivas do PSF no Município de Jequié.	A análise dos dados foi realizada a partir da análise hermenêutica-dialética.
33	Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil	Caracterizar e compreender as práticas dos enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 15 enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Porto Alegre. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo do tipo análise temática.
34	Public health nurses' contribution to maternal and infant health in Ireland	Este artigo considera o papel do enfermeiro em saúde pública na atenção à saúde materna e infantil, e explora a noção de que os enfermeiros de saúde pública oferecem oportunidades adequadas para contribuir para a saúde deste grupo de população.	Reflexão
35	A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira	Apresentar alternativa e trabalho que possibilite dar visibilidade aos portadores de transtorno mental.	Relato de experiência.

	construindo caminhos		
36	Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional	Analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais do Programa Saúde da Família.	Estudo com abordagem qualitativa, na perspectiva da fenomenologia, realizado com 02 enfermeiras, 02 médicos, 02 auxiliares de enfermagem, 02 agentes comunitários de saúde. Foi utilizada a técnica da entrevista para coleta de dados.
37	Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná	Identificar o conceito de família que o enfermeiro utiliza em sua prática de trabalho; identificar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro que são voltadas para família.	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 20 enfermeiras atuantes em Unidades de PSF do Município de Maringá (PR). Foram utilizadas as técnicas de entrevista semi-estruturada, observação de visitas domiciliares e análise de prontuários para a coleta de dados. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo.
38	Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família	Identificar o que é trabalhar com famílias na opinião dos enfermeiros do PSF de Maringá, PR; identificar quais competências os enfermeiros do PSF do município de Maringá, PR, acreditam ser necessárias para o trabalho com famílias no contexto do PSF.	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 20 enfermeiras atuantes em Unidades de PSF do Município de Maringá (PR). Foram utilizadas as técnicas de entrevista semi-estruturada, observação de visitas domiciliares e análise de prontuários para a coleta de dados. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo.
39	Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da	Identificar temáticas que promovam consenso e divergências entre médicos, enfermeiros e agentes que compõem a	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 22 agentes comunitários de saúde, 10 enfermeiras e 10 médicos da equipe do Programa Saúde da Família, em Teresina, PI. Foi utilizada para a

	família	equipe do Programa Saúde da Família.	coleta dos dados a técnica do grupo focal. Utilizou-se uma matriz de segmentação, instrumento analítico utilizado na análise institucional.
40	Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos	Descrever o acolhimento realizado por profissionais de enfermagem às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade da saúde da família, com vistas a repensar as práticas de saúde e as contribuições da estratégia AIDIPI na atenção básica à saúde da criança.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem e 30 crianças que buscaram atendimento não agendado na USF. Foi utilizada para a coleta dos dados a técnica da observação participante durante o acolhimento realizado pelos profissionais, com roteiro e diário de campo.
41	Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde	Apresentar uma reflexão crítica sobre a atenção à saúde, no que tange à efetivação dos princípios do SUS, ao papel da enfermagem e à atenção básica como um espaço fértil de atuação e formação profissional	Artigo de reflexão.
42	Primary health care in New Zealand: the impact organizational factors on teamwork	Explorar as percepções das relações inter-profissionais, trabalho em equipe, colaboração e assistência ao paciente na Nova Zelândia.	Estudo com abordagem qualitativa, onde os dados foram coletados através de entrevistas individuais em profundidade com enfermeiros e médicos que trabalham na atenção básica. Percepções e atitudes sobre relacionamentos interprofissionais, trabalho em equipe, colaboração e assistência ao paciente foram exploradas através de um processo

			interativo de análise de conteúdo.
43	O espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de Saúde de Porto Alegre	Fazer uma breve retrospectiva histórica da evolução do trabalho da enfermagem, na área de saúde coletiva, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, procurando caracterizar especialmente a prática do enfermeiro que atua na rede básica municipal de saúde, a partir da vivência adquirida em nossa trajetória pessoal na instituição desde 1980.	Relato de experiência.
44	A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas	Refletir sobre alguns aspectos do processo de trabalho em saúde, presentes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da rede pública de um município do interior de São Paulo.	Estudo de caso, com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o processo de trabalho em saúde. Foi utilizada para a coleta dos dados a técnica da observação participante das atividades de consultas, caminhadas, festas, visitas, grupos, reuniões de quarteirão, entre outras, em um período de quatro meses. Foram feitas anotações em diário de campo.
45	Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições	Identificar o conceito de saúde da família de profissionais da saúde de nível superior de uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar; Aprender as formas de atuação desses	Estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado com profissionais de nível superior (médico da família, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, assistente social) das quatro Equipes de Saúde da Família de uma empresa privada de autogestão no município de São Paulo. Foi utilizada para a coleta dos dados a técnica da

		profissionais na Estratégia de Saúde da Família; Identificar as possibilidades e os limites vivenciados pelos profissionais na implementação da ESF na empresa.	entrevista, sendo utilizado um instrumento para caracterização sócio-demográfica e para apreender o conceito de saúde da família dos profissionais, a descrição de um dia de trabalho, a percepção da atuação dos profissionais na Estratégia e da implantação da Estratégia na empresa. Para a análise dos dados foi realizada a análise de conteúdo.
46	Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional	Conhecer o perfil profissional e descrever a atuação dos enfermeiros do PSF e dos profissionais sob sua coordenação com base na avaliação para melhoria da qualidade (AMQ).	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com enfermeiros coordenadores de equipes de saúde da família, onde os dados foram coletados através de um questionário com perguntas fechadas de múltipla escolha, organizado em escala do tipo Likert e construído com base nos indicadores apresentados na AMQ. Os dados foram analisados pelo programa EPI-Info 3.3.2.
47	Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional	Identificar o perfil do enfermeiro que atua no PSF no município de Floriano – PI a fim de subsidiar pesquisa sobre o trabalho desse profissional nas unidades de referência do PSF nessa área.	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 24 enfermeiros que trabalhavam no Programa Saúde da Família no município de Floriano - PI, em 2006. Os dados foram coletados através de um questionário auto-aplicável, contendo as seguintes variáveis: faixa etária, situação conjugal, local de residência, tempo de trabalho no município, vínculo empregatício, tempo de graduação, título de pós-graduação e tempo de experiência com o PSF.
48	A relação trabalho-saúde de enfermeiros	Objetivos gerais: compreender as características do trabalho dos	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 16 unidades de PSF, com 16 enfermeiras das respectivas unidades. Os

	do PSF no município de São Paulo	enfermeiros do PSF e a relação entre os processos de fortalecimento e de desgaste que neles se expressam. Objetivos específicos: caracterizar o trabalho no PSF, discriminado pelos elementos que o compõem: objeto/finalidade, meios e instrumentos, organização e divisão do trabalho e localizar no interior do trabalho os problemas de saúde (potenciais de fortalecimento/fortalecimento, potenciais de desgaste/desgaste) dos enfermeiros que trabalham no PSF.	dados foram coletados através de entrevistas individuais semi-estruturadas.
49	Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família	Analisar o trabalho de uma equipe de saúde da família, no que se refere ao acolhimento dos usuários e à produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo construído, bem como as concepções dos trabalhadores acerca do usuário do	Estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado com 01 médico, 01 enfermeira e 03 auxiliares de enfermagem. Os dados foram coletados através da observação livre por amostragem de tempo, entrevista semi-estruturada e consulta a documentos. A análise dos dados foi realizada por intermédio de uma interpretação dialética.

		serviço.	
50	O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso	Analisar o processo de trabalho do enfermeiro inserido em uma equipe da ESF, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo construído.	Estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado com 01 médico, 01 enfermeira e 03 auxiliares de enfermagem. Os dados foram coletados através da observação livre por amostragem de tempo, entrevista semi-estruturada e consulta a documentos. A análise dos dados foi realizada seguindo-se as seguintes diretrizes: ordenação dos dados, classificação em estruturas de relevância, síntese e interpretação dos dados.
51	Saúde Coletiva: identificando instrumentos no processo de trabalho da enfermagem	Identificar os instrumentos utilizados no trabalho da enfermagem, de modo a participar da construção de uma lógica para sua organização, que privilegie a adequação dos sujeitos às relações que produzem, buscando potencializar, através do trabalho, a ação e a autonomia na interdisciplinaridade em saúde coletiva.	Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 28 enfermeiros inseridos na Rede Básica de Serviços Públicos de Saúde do município do Rio Grande. Os dados foram coletados através de entrevistas. A análise dos dados foi realizada seguindo-se as seguintes diretrizes: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.
52	The development of advanced nursing practice globally	Examinar o desenvolvimento global da prática de enfermagem.	Reflexão
53	As práticas	Analisar as práticas desenvolvidas no	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com os profissionais

	desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?	processo de trabalho na Atenção Básica – Programa Saúde da Família (PSF) a fim de verificar as suas potencialidades e limitações para o alcance da mudança do modelo de atenção à saúde.	(médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) da USF São Sebastião, uma das unidades da Regional Administrativa 6 do Distrito Federal. Os dados foram coletados através da observação e da entrevista semi-estruturada. A observação utilizando-se um roteiro com registro em diário de campo, contemplando: as ações e modo como são desenvolvidas pelos agentes, a interação e a articulação entre os agentes, a relação dos agentes com os usuários. A entrevista semi-estruturada foi realizada com 01 médico, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem e 04 ACS, com gravação de áudio. Os dados obtidos foram analisados seguindo-se os passos da análise de conteúdo.
54	Advanced nurse roles in UK primary care	-	Reflexão
55	As relações trabalhistas no Programa Saúde da Família: a percepção de médicos e enfermeiros do município de Ipu-CE	Descrever a percepção dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, sobre as relações trabalhistas no Programa Saúde da Família e as principais variantes existentes nessas relações.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 03 médicos e 06b enfermeiros de unidades de Saúde da Família do município de Ipu – CE. Os dados foram coletados através da técnica da entrevista semi-estruturada e analisados de acordo a técnica da análise de conteúdo.
56	Family health teams:	Saber o que os profissionais de saúde	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com uma amostra

	can health professionals learn to work together?	envolvidos na atenção primária à saúde pensam sobre o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família.	proposital de 36 participantes de enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, serviço social e medicina de família. Os participantes foram convidados a participar de grupos focais de 6 a 8 profissionais de saúde. Os temas eram derivadas da análise qualitativa dos dados coletados por meio de uma abordagem teórica-fundamentada.
57	A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental	Descrever as concepções dos enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família – PSF do município de Cabedelo – PB sobre o processo de trabalho em enfermagem, as características desse processo, e identificar os aspectos do processo saúde-doença que estes enfermeiros abordam com maior e menor frequência no cotidiano de sua prática profissional.	Estudo com abordagem qualitativa, cujo referencial teórico adotado foi o materialismo histórico e dialético. Realizado com 04 enfermeiras das unidades básicas de saúde do município de Cabedelo – PB. Os dados foram coletados através da técnica da entrevista semi-estruturada e analisados de acordo a técnica da análise do discurso.
58	The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and	Explorar a percepção do significado de uma visão holística pelos clínicos gerais e enfermeiros da atenção primária.	Estudo com abordagem qualitativa. As entrevistas foram realizadas em centros de cuidados de saúde primários, sendo utilizado um roteiro para a entrevista semi-estruturada.

	district nurses in Swedish primary care: a qualitative study		
59	Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	Relatar as transformações no trabalho em enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil, a partir de 2001.	Estudo com abordagem qualitativa realizado em cinco centros de saúde do Município de Campinas, sendo um por distrito de saúde, com 04 auxiliares de enfermagem, 07 enfermeiras, 04 coordenadoras (sendo 03 enfermeiras e 01 odontóloga). Os dados foram coletados através da técnica da observação participante e da entrevista semi-estruturada e analisados de acordo a técnica da análise do conteúdo.
60	O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família	Geral: Estudar a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto à configuração de sua prática assistencial na atenção à Saúde da Família, tomando por foco os trabalhadores que atuam no Programa Saúde da Família no município de Batatais. Específicos: caracterizar e analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao desenvolvimento das ações de enfermagem em atenção primária; analisar a percepção dos	Estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no município de Batatais, com profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam no PSF. Os dados foram coletados através da técnica da entrevista semi-estruturada e analisados de acordo a técnica da análise temática.

		trabalhadores quanto aos instrumentos e saberes utilizados em sua prática cotidiana de atenção à saúde da família.	
61	Enfermagem em atenção básica na saúde coletiva: práticas da especialidade na região sul do Rio Grande do Sul	Identificar as práticas que atualmente os enfermeiros desenvolvem na rede básica de saúde nos municípios que integram a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS) do estado do Rio Grande do Sul.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 42 enfermeiros da rede básica de saúde de municípios na região sul do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através da técnica de questionário, observação e grupo focal.
62	Family practice/Primary health care nurses in Nova Scotia	Descrever e entender o papel atual dos enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde e determinar o tempo que eles estão trabalhando para o alcance de sua prática global.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado em duas etapas: através do preenchimento de um questionário, e um entrevista, feita por telefone. Quarenta e um questionários devolvidos preencheram os critérios do estudo. Vinte e dois desses enfermeiros foram contactados para uma entrevista por telefone.
63	Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde	Avaliar o perfil das equipes de saúde de saúde da rede básica em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste, de acordo com características demográficas,	Estudo com abordagem quantitativa, realizado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, somando um total de 4.749 trabalhadores de saúde de dois Estados do Sul (1.730) e cinco do Nordeste (3.019) foram incluídos a partir de amostra das unidades básicas de saúde tradicionais e do Programa Saúde da Família (PSF). Após

	nas regiões Sul e Nordeste do Brasil	da formação profissional, do trabalho e da situação de saúde física e psíquica.	consentimento, os trabalhadores responderam a um instrumento auto-aplicado com informações demográficas, sobre o trabalho e a sua situação de saúde.
64	Nurse practitioners: a contract for change and excellence in nursing	Garantir a aplicação efectiva das ações especializadas de enfermagem nas comunidades remotas de New South Wales.	Estudo qualitativo, desenvolvido em cinco anos, abrangendo aspectos de desenvolvimento, apoio e avaliação do processo de mudança no trabalho da enfermeira em comunidades remotas. As fases identificadas no processo de transição ao longo dos cinco anos são o planejamento, preparação de locais e pessoas, a participação, delegação, transição, avaliação e manutenção.
65	O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde	Identificar elementos do trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde (RBS) como uma forma de pensar alternativas que possibilitem a reorganização da prática gerencial e a adequação do ensino de enfermagem.	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com enfermeiras dos serviços da RBS no município de Goiânia – GO. Os dados foram coletados através da técnica da entrevista semi-estruturada e analisados através do software Epi-Info 3.2.2.
66	O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na	Refletir a respeito da temática das competências profissionais, considerando as transformações ocorridas no mundo do trabalho, no setor saúde e na saúde pública, a fim de ampliar o debate e contribuir para a construção de	Reflexão.

	atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública	competências para a enfermagem, compreendendo que a aprendizagem das competências necessárias de instituições e profissionais retroalimenta todas as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).	
67	Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família	Caracterizar o processo pelo qual os gerentes de território da ESF ascenderam ao cargo e os limites e/ou facilidades encontradas por este em seu processo de trabalho.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 28 gerentes de território na ESF no município de Sobral - CE. Os dados foram coletados através de questionário e entrevista. Os dados foram analisados de acordo com o método de análise de conteúdo.
68	Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família.	Identificar a opinião de enfermeiros sobre a sua prescrição medicamentosa e verificar como estes enfermeiros percebem a regulamentação desta prescrição, no contexto da Equipe Saúde da Família em Sobral, Ceará.	Estudo com abordagem qualitativa, realizado com 04 enfermeiros da ESF no município de Sobral - CE. Os dados foram coletados através de questionário e grupo focal.