



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JAINÉ DA SILVA BATISTA

AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: Percepção dos enfermeiros na
estratégia de saúde da família

CAJAZEIRAS-PB

2016

JAINE DA SILVA BATISTA

AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS-PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

B333a Batista, Jaine da Silva.
Ações de gerência na atenção básica: percepção dos enfermeiros na
Estratégia de Saúde da Família/ Jaine da Silva Nascimento. - Cajazeiras,
2016.

69p. : il.
Bibliografia.

Orientadora: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Saúde da família. 2. Enfermagem. 3. Atenção primária á saúde. 4.
Cuidados de enfermagem. 5. Enfermeiros em saúde da família. I.
Fernandes, Marcelo Costa II. Universidade Federal de Campina Grande.
III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.


JAINE DA SILVA BATISTA

AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

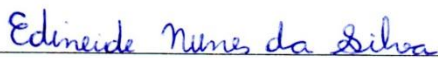
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem-UAENF, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros.

Aprovado em 06 / 10 / 16

Banca examinadora:



Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
(Orientador – UAENF/CFP/UFCG)



Prof. Ma. Edineide Nunes da Silva
(Membro UAENF/CFP/UFCG)



Prof. Dra. Aissa Romina Silva Nascimento
(Membro – UAENF/CFP/UFCG)

Dedico este trabalho ao meu Deus pelo amor infinito e bondoso que tens por mim, e aos meus pais, Luiz e Edna, os grandes amores da minha vida e exemplo de seres humanos, pelo incentivo e paciência comigo. Obrigada por me apoiarem e não desistirem de mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, pelo amor imensurável e inenarrável que tem por mim, que mesmo diante das dificuldades nunca me abandonou, provando que jamais estarei sozinha nesta vida. Agradeço a honra de ter passado no Curso de Enfermagem, e que mesmo diante dos obstáculos que surgiram pelo caminho, jamais me fizeram desistir de realizar um sonho. “Quando estamos de joelhos é mais difícil nos derrubarem”. Obrigada meu Deus por tudo.

À minha família que, apesar da distância, nunca mediu esforços para me apoiar nos meus estudos, em especial, ao meu pai e a minha mãe, Luiz e Edna, pessoas as quais tenho imenso amor e gratidão eterna, por tudo o que fizeram e fazem por mim! Agradeço vocês do fundo do meu coração por todo amor, carinho, dedicação, confiança e respeito que depositaram em mim; sei que nada desse sonho seria possível se vocês não estivessem ao meu lado. Obrigada por tudo!

Aos meus irmãos, Jamison e Jadson, que mesmo com a distância jamais deixaram de torcer e apoiarem nas minhas decisões. Obrigada por entenderem minha ausência, e por sempre me acolherem de braços abertos nas voltas pra casa. Sei que sou a irmã mais nova, mas graças a Deus tive bons exemplos dentro de casa. Onde quer que estejam, continuem seguindo e lutando por seus sonhos, sei que irão longe. Obrigada meus meninos!

Quero agradecer, a duas pessoas em especial, que Deus colocou na minha vida, que foram dois anjos, Osilene Oliveira, minha Osi e Lilian Brandão, minha Cunha, como nós nos chamamos, futura esposa do meu irmão Jamison. Agradeço incansavelmente à vida de vocês e por Deus ter as colocado em minha vida. Pessoas as quais tenho eterna gratidão, cumplicidade, respeito e amor! Saibam que podem contar comigo pra sempre. Agradeço a oportunidade de ter convivido em sala de aula com você, minha Osi, por tanto tempo, e termos perpassado os muros da universidade, me deixando adentrar na sua vida e na sua casa, ter conhecido seus pais, seu esposo Daniel, pessoa amável que admiro muito, suas tias, primas e sogros, e agora os dois amores da sua e das nossas vidas, Dan e Damara. Obrigada pelas palavras de cuidado e amor que teve por mim durante esses anos de curso. A distância não irá nos separar, creia nisso.

Minha Cunha, depois de tantas idas e vindas, tantos choros e saudade de estarmos longe, logo logo estaremos pertinho! Agradeço à Girleide Xavier esposa do meu irmão Jadson, pelas palavras de incentivo, conversas boas e apoio durante toda minha vida

acadêmica e por ter me presenteado com o amor mais lindo e puro, que foi minha primeira sobrinha e afilhada Amarílis Xavier, que é a alegria da nossa casa. Pena que estejam longe. Mas, mesmo assim obrigada por tudo!

Às minhas amigas e companheiras de jornada, Natália Azevedo, Rayanne Rilka, Paula Barbosa e Mariana Rocha, as quais agradeço por tornarem os trabalhos em grupo mais descontraídos, como também a minha vida. Levarei pra sempre comigo o laço que construímos durante toda essa jornada, e recordarei com alegria das pesquisas, apresentação de trabalhos, seminários, estágios, TCC e tudo o que sempre fazíamos juntas. Obrigada pelas brigas e reconciliações de todos os dias. Amo vocês! Além da convivência na universidade tive o prazer de morar com Paula e Mariana, experiência essa que foi importante nas nossas vidas para tornarmos pessoas mais maduras e aprender a lei da convivência. Momentos alegres, tristes, de raivas, estresses e tantos e tantos momentos que passamos juntas. Sentirei muito a falta de vocês! Apesar de morarmos cada uma em um estado, o amor e o respeito irá nos unir sempre!

À Thaline Ingrid, pessoa maravilhosa e paciente que também tive o prazer de morar por quase dois anos. Obrigada minha amiga por tudo o que vivemos em nosso apartamento e fora dele também, momentos maravilhosos dos quais jamais esquecerei. E Camila Rolim, um dos inúmeros presentes e exemplo de ser humano, da qual a levarei pra sempre em meu coração. Exemplo de pessoa, de amiga, de filha e de irmã. Obrigada por tudo o que fez por mim nesse tempo de convivência.

Aos amigos e familiares distantes, presentes e onipresentes, aos amigos que conheci na cidade de Cajazeiras- PB, muito obrigada por tudo que me proporcionaram durante esse tempo de crescimento pessoal e profissional, todos os momentos de alegrias e de tristeza também, sei que nunca me abandonaram, o meu muito obrigada.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes, pela confiança, respeito, paciência, disponibilidade, apoio e dedicação. Sem dúvidas, a construção deste trabalho não seria possível sem você. Obrigada pelos seus valiosos ensinamentos, cuidado, compreensão, pelas palavras de incentivo e por acreditar em mim e no meu potencial. Que Deus te proteja e te abençoe sempre e que você continue sendo esse poço de amor, esse exemplo de professor, de pessoa, de amigo e de profissional também. Que você possa alçar voos cada vez mais altos, e realizar todos os seus sonhos. Obrigada por tudo!

À Prof.^a Edineide Nunes, por me ajudar a descobrir um amor pela Cirúrgica II, por me proporcionar ensinamentos durante suas aulas, e por conseguinte como sua monitora, momento este, o qual me orgulho muito de dizer que fiz parte da tão disputada e queridíssima

Enfermagem Cirúrgica II. Obrigada professora pela paciência, pelas aulas teórico-práticas, pelo cuidado e delicadeza a qual tens por todos os seus alunos. Obrigada por ter sido minha professora em sala de aula e por me ajudar, enquanto sua monitora. Que Deus te abençoe grandiosamente por onde andares, muito obrigada!

Aos demais professores do curso de graduação em Enfermagem, e aos meus colegas de sala, os quais tive o prazer de conhecer, aprender e conviver, o meu agradecimento eterno por todos os ensinamentos, brigas, conselhos, conversas, risos e acima de tudo, por contribuírem na construção de um sonho, sei que nada disso seria possível se não fossem os professores. Muito obrigada mestres e doutores pelos cinco anos de aprendizado.

*Temos o direito de esperar pela alegria,
Quando não paramos de lutar.
Esse é o segredo dos campeões!
O caminho que nos leva a alegria
É a esperança.*

Pe. Fábio de Melo

BATISTA, JAINE DA SILVA. **Ações de gerência na Atenção Básica: percepção dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família.** 2016. 64p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

Dentre uma das principais atribuições do enfermeiro, destaca-se a dimensão gerencial, a qual possibilita a organização do serviço, bem como a viabilização do processo de trabalho cuidar. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 15 enfermeiros da Atenção Básica da cidade de Cajazeiras-PB. A coleta de dados aconteceu entre os meses de julho e agosto de 2016, por meio da realização de entrevista semiestruturada, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Para a análise de dados optou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre, obtendo-se três temáticas e nove Discurso do Sujeito Coletivo. Todas as etapas da pesquisa seguiram fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados apontaram que entre os enfermeiros predominaram as mulheres, na faixa etária de 27 a 37anos, em relação ao tempo de atuação da Atenção Básica a média foi de cinco anos, tendo a maioria cursos de pós-graduação relacionados ao cenário que atuam a saúde coletiva. No que diz respeito às ações e percepções dos enfermeiros sobre o processo de trabalho de gerência na Atenção Básica, identificaram-se ações influenciadas pelo modelo tradicional de assistência à saúde. Os enfermeiros relataram a importância da articulação entre os saberes específicos do cuidado e da gerência na Estratégia de Saúde da Família. Dentre as práticas principais de gerência citadas pelos enfermeiros foram a articulação entre a dimensão saber-fazer cuidar com a dimensão saber-fazer gerenciar, a supervisão da Atenção Básica e a organização do cronograma de atendimento. Identificaram-se também os principais fatores dificultadores da execução dessas ações, como por exemplo, a burocracia excessiva, os conflitos interpessoais e a deficiência de recursos materiais. Esses resultados demonstraram que o enfermeiro realiza no seu dia-a-dia a gerência do cuidado, isto é, a relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, dando continuidade as ações programáticas conforme a demanda local, já que há uma interface entre esses dois objetos na execução das práticas profissionais de saúde. Por fim, acredita-se que ao revelar as dificuldades e facilidades que permeiam a gerência evidentes nesse estudo, possa despertar o interesse dos enfermeiros acerca do conhecimento da realidade do processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica, sendo útil para o aprimoramento e condução das ações nessa área de atuação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família; Gerência.

BATISTA, JAINE DA SILVA. **management actions in primary care: perception of nurses in the Family Health Strategy**. 2016. 64p. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center. Academic Unit of Nursing. Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

This study investigates the process of the work the managerial dimension of nurses in the Family Health Strategy. The objective was to investigate the nurses working process in the context of Basic Attention with emphasis on management actions. It is a descriptive research with a qualitative approach, carried out with 15 nurses of Basic Attention in the city of Cajazeiras-PB. The data collection took place between the months of July and August 2016, through the realization of semi-structured interview, after the approval of Ethics Committee and Research. For data analysis we chose to Collective Subject Discourse (DSC) proposed by Lefèvre e Lefèvre, obtaining three thematic and nine Collective Subject Discourse . All stages of the research have faithfully followed the Resolution 466/2012 of National Health Council. The results appointed that among the nurses there were more women, in the age range of 27-37, in relation to the operation time in the Basic Attention the average was five years, and the majority have postgraduate courses related to the scenario that working, the collective health. In respect of the nurse's actions and perceptions about the process of management in the Basic Attention, have been identified actions influenced by the traditional model of health assistance. The nurses reported the importance of articulation between the specific knowledge of the care and the management in the Family Health Strategy. Among the principals practices of management mentioned by the nurses was the articulation between the knowing-doing dimension of caring with the knowing-doing dimension of management, the supervision of the Basic Attention and the organization of the schedule service. Have also been identified the main factors that hinder the execution of this actions, for example the excessive bureaucracy, the interpersonal conflicts and the material resources deficiency. This results showed that the nurse perform in their day to day the manage of care, this is, the dialectic relation between the knowing-doing management and knowing-doing of caring, continuing the programmatic actions according to the local demand, since there is an interface between these two objects in the execution of the health professional practices. Lastly, it is believed that when revealing the difficulties and facilities that permeate the management evident in this study, can be awakening the interest of the nurses about knowledge of reality of the work process of the nurse in the Basic Attention, being helpful for the enhancement an conduction that actions in this area of action.

Keywords: Primary Health Care; Nursing care; Health Strategy for the Family; Management.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01-	Mapa do estado da Paraíba.....	26
Quadro 01-	Categoria e número de enfermeiros participantes da temática 01. Cajazeiras-PB,2016.....	33
Quadro 02-	Categoria e número de enfermeiros participantes da temática 02. Cajazeiras-PB,2016.....	35
Quadro 03-	Categoria e número de enfermeiros participantes da temática 03. Cajazeiras-PB,2016.....	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipal de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ECH - Expressão-Chave

ENF - Enfermeiro

ESF - Estratégia Saúde da Família

IC - Ideia Central

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RS - Representação Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidade de Saúde de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	ATENÇÃO BÁSICA	18
3.2	PROCESSO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	212
4	MATERIAL E MÉTODO	25
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	25
4.2	LOCAL DA PESQUISA	25
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	26
4.4	COLETA DE DADOS	27
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	298
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
5.2	APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	59
	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem com o passar dos anos, vem consolidando e ampliando as discussões sobre a temática do seu processo de trabalho com elementos que podem guiar com precisão o seu saber-fazer no cotidiano das práticas, proporcionando assim maior qualidade na assistência prestada e satisfação dos sujeitos que buscam os serviços de saúde a fim de sanar as suas necessidades numa perspectiva singular e multidimensional do indivíduo.

Entretanto, a compreensão das atividades cotidianas dessa profissão como uma etapa do processo de trabalho em saúde, é ainda um tema pouco discutido pela categoria. Dentre as complexidades e diversidades dos processos de trabalho, destaca-se a dimensão gerencial, considerada como um dos principais métodos para a viabilização, organização e execução das ações nos serviços e/ou instituições de saúde.

Neste sentido, faz imprescindível buscar o entendimento acerca do trabalho, o qual consiste em uma prática capaz de alterar o estado natural das coisas, visando à melhoria de sua utilidade, sendo o trabalho humano uma ação coordenada intelectual-mecânica de consumo de energias de acordo com o fim buscado, o que confere coerência na execução da tarefa, ou seja, antes de ser executado o trabalho já havia sido idealizado, de algum modo pelo trabalhador, sendo que esta intencionalidade é o que o diferencia do trabalho dos animais (GONÇALVES, 1992; BRAVERMAN, 1981).

Dessa maneira, entende-se que o trabalho possa ser realizado de inúmeras formas, sendo este, consequência do processo histórico, influenciado pelas culturas e crenças dos sujeitos que estão envolvidos nesse processo (MARTINS et al., 2009), sendo no campo da saúde uma configuração singular, onde ao tempo que ocorre o processo de trabalho, o produto final do mesmo é consumido em ato.

No cenário brasileiro, o processo de trabalho em saúde está diretamente implicado com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), já que novas configurações de trabalho começam a ser desenhadas, modificando a maneira de organizar os serviços e do fazer em saúde. Após a implementação do processo de municipalização, houve a descentralização dos serviços, o que possibilitou que a temática da gerência dos serviços de saúde começasse a ter maior visibilidade. Dessa forma, ampliou-se a responsabilidade no processo de trabalho da gerência, inclusive no âmbito local (ALMEIDA, 2007).

No campo da enfermagem, o processo de trabalho circunda a produção do cuidado, de modo que profissional e ator social se encontram em situação de doação e de recepção do cuidado. Esse processo sofre, no entanto, influências de fatores interligados não somente ao profissional, como também ao usuário, e ao ambiente em que os mesmos estão inseridos (SOUZA, 2011).

Agregando a estas discussões Bezerra et.al., (2011), afirmam que a gerência é entendida como atribuição de diversos atores sociais, na perspectiva de construção de um projeto que atenda às demandas da população, e que esteja voltado para integralidade num processo sensível e construtivo como proposta de mudança.

Já Mishima et. al., (1997), definem gerência como uma atividade cujo foco de ação mantém um caráter tanto articulador quanto integrativo. Ou seja, caracteriza-se como um instrumento condicionante e condicionado, determinante e determinado, ao passo que possibilita a transformação do processo de trabalho e é também passível de mudanças.

Nessa direção, introduz-se a temática no que diz respeito ao gerenciamento em saúde que consiste na arte de analisar, decidir e agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas devem ser alcançados através das pessoas e de uma interação constante entre as mesmas (MOTTA, 1998). Quando a gerência é utilizada no contexto da saúde, subentende-se que está referindo ao trabalho executado a nível local, ou seja, dentro de uma unidade ou instituição de saúde (BRASIL, 2006; CASTANHEIRA, 1996; MISHIMA, 2003;).

O processo de organização do trabalho em saúde tem sido edificado a medida que o SUS vem sendo construído. Atualmente, busca-se pelo oferecimento de maior autonomia aos municípios com relação ao planejamento, coordenação, acompanhamento e controle das políticas públicas e aos equipamentos em saúde com relação à gerência do trabalho, sobretudo quando se adentra à realidade vivenciada na Atenção Básica (AB) pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (QUINN et al., 2012).

A AB é definida como uma assistência sanitária para a qual todos os indivíduos e famílias da comunidade devem ter acesso, orientada de acordo com os problemas da população, sendo o primeiro nível de contato com a rede de atenção à saúde (NORMAN; JUNIOR, 2013).

A AB consolidou-se como modelo e principal porta de entrada para o SUS, é de extrema relevância conhecer e definir a dimensão gerencial e como a mesma é compreendida, como também realizada pelos enfermeiros, a fim de perceber se a mesma é condizente e alinhada com as diretrizes e princípios desse nível de atenção (FERNANDES et al., 2010).

O profissional enfermeiro pode e deve desenvolver o seu processo de trabalho gerencial em diversos estabelecimentos de assistência à saúde, porém, nesta pesquisa será abordado a ESF, que foi constituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como principal meio para a ampliação do atendimento nesse nível de atenção (FERNANDES; SILVA, 2013).

Diante desse novo quadro de sistematização dos serviços de saúde, o papel gerencial no processo de trabalho em saúde no nível local, ganha destaque (VANDERLEI, 2005), possibilitando que novos atores, especialmente o enfermeiro, sejam inseridos no contexto da gerência atuando como coparticipantes da condução do SUS (MELO; SANTOS, 2007) e colocando-o diante de um importante e considerável desafio, que é o de organizar o trabalho da equipe de enfermagem e mediar o trabalho da equipe de saúde (KIRCHHOF, 2003).

Desse modo, pode-se dizer que a enfermagem vem construindo um caminho de empenho, junto aos demais profissionais de saúde, de condução e viabilização do SUS e de incentivo a participação da equipe na organização e criação de serviços para atender às necessidades dos usuários, trabalhadores e instituições (FERNANDES et al., 2010).

Portanto, a gerência apresenta-se como um importante instrumento do processo de trabalho gerencial, de modo que possibilita a organização dos meios para prestação da assistência aos indivíduos, com eficiência, eficácia e efetividade, bem como pode desencadear uma produção de cuidados mais centrada e menos fragmentada (KAWATA et al., 2009), a fim de implementar e consolidar novas formas de se produzir saúde.

Porém, cabe destacar que há inúmeros fatores que interferem negativamente no cotidiano das práticas realizadas pelo enfermeiro na AB, tais como demanda excessiva, sobrecarga de atividades burocráticas, falta de insumos, influências dos modelos de assistência à saúde, que fomentam o distanciamento desse profissional com práticas gerenciais coerentes com a realidade no qual o mesmo está inserido.

Logo, aponta-se a seguinte questão norteadora para o desenvolvimento desse estudo: qual a percepção dos enfermeiros da Atenção Básica sobre as ações de gerência na Estratégia Saúde da Família?

A intenção de explorar essa temática está atrelada às vivências acadêmicas durante as disciplinas de Enfermagem Saúde Coletiva I e II, Administração em Enfermagem I e II onde despertou interesse de compreender melhor as ações do enfermeiro voltadas ao processo de trabalho gerencial na AB.

Durante os estágios “Supervisionado I - Rede Básica de Saúde”, foi possível perceber como é intrínseca as atividades gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que o mesmo é responsável por uma gama de atribuições e que dependem desse profissional para que as mesmas aconteçam, afluindo ainda mais o sentimento de emergir nessa complexa temática.

Acredita-se que esta investigação irá contribuir para a implementação de novas práticas gerenciais do enfermeiro, fortalecendo assim seu papel no âmbito da AB, afim de melhorar o convívio e bom funcionamento da equipe, como também qualificar os mesmos para desenvolver ações que fortaleçam seu papel social nas instituições de saúde. Servirá também como base para pesquisa e extensão, afim de colaborar para a melhoria da assistência prestada no decorrer das atividades, assim como contribuir para o aprimoramento de novas produções científicas acerca do trabalho gerencial.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Averiguar a percepção dos enfermeiros na Atenção Básica sobre as ações de gerência realizadas na Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a compreensão dos enfermeiros sobre a dimensão gerencial do seu cotidiano de práticas;
- ✓ Apreender quais práticas gerenciais são desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família pelo enfermeiro;
- ✓ Analisar os fatores intervenientes na realização das ações gerenciais no campo da Atenção Básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO BÁSICA

No decorrer da história, os sistemas de saúde, as organizações, as diversas corporações de trabalhadores e sua valorização social têm sido permeados por inúmeros modelos assistenciais. A verificação e comparação de sistemas de saúde existentes, ou que já existiram em diferentes localidades, não somente se baseavam nos princípios institucionais e organizacionais, como também nos pensamentos e paradigmas científicos que sustentam esses modelos até hoje (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Segundo Paim (2008), o modelo assistencial ou de atenção à saúde, é uma representação estruturada e simplificada de um sistema de saúde, no que tange ao oferecimento da atenção, a identificação de seus traços principais, seus princípios e suas lógicas de suas ações. Consiste em pactuar tecnologias a fim de solucionar as questões e atender as necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas.

A expressão Atenção Primária à Saúde utilizada em outros países foi traduzida para o português como Atenção Básica à Saúde (ABS). Os dois termos, primária ou básica, como uma definição “conservadora”, denotam um sentido essencial, a mínima condição para manter a saúde individual e/ou coletiva e a necessidade de encaminhamento para serviços especializados, a fim de solucionar situações de menor complexidade, uso de tecnologias simples, na qual a qualificação técnica é simplificada (VECCHIA, 2012; BRASIL, 2011a).

Discorrendo a respeito, a proposição inicial do termo Atenção Primária à Saúde (APS) data o início do século XX com a elaboração do Relatório Dawson que tratou da organização dos sistemas de saúde incluindo, inclusive, algumas das características básicas como a integralidade e a regionalização (STARFIELD, 2002; FAUSTO, MATTA, 2007).

Os programas de extensão de cobertura, difundidos na década de 1970, analisavam a atenção primária como um conjunto de ações básicas e fundamentais que todo serviço de saúde deveria ofertar, cujas ações estariam focadas na atenção médica e o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde ficaria sob responsabilidade de pessoas da comunidade, devidamente treinadas por profissionais de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

O que proporcionou a realização da Conferência de Alma Ata, foi o cenário mundial, o que favoreceu a discussão na APS na década de 1970. Em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, promovida pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância, onde a mesma buscava uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional (UNICEF) (CUETO, 2004)

Conduzida pela sociedade civil, a história da Reforma Sanitária no Brasil, iniciou muito antes da criação do SUS cujo objetivo era realizar transformações na área saúde, abarcando não só o sistema, mas todo o setor da saúde, dando continuidade através da sua consolidação ao longo dos tempos. (PAIM et al., 2011).

Na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, episódio marcado pela participação popular, foi proposta a criação de uma ação institucional relacionada ao conceito de saúde ampliado, que contempla a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a).

As propostas da 8ª CNS também culminaram na elaboração da Lei nº 8.080/1990, que define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Essa Lei Orgânica de Saúde e a Constituição Federal de 1988 constituíram as definições legais para que o processo de implantação e implementação do SUS fosse iniciado de forma pactuada entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2011b).

No Brasil, o modelo médico hegemônico voltado à demanda espontânea, e o modelo sanitaria que atende às necessidades que nem sempre são expressas pela demanda, ambos convivem contraditoriamente ou de forma complementar onde não se observa o princípio da integralidade e não está coerente com a doutrina da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008).

Na busca de romper ao modelo hegemônico, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que repercutiram positivamente na década de 1990. O PSF foi integrado ao PACS e previa equipes de saúde para uma determinada população adstrita, realizando ações nas Unidades de Saúde (US) e fora delas, com foco maior em atividades educativas de prevenção de riscos e agravos à saúde, priorizando ações para grupos específicos (PAIM, 2008).

Justificando que o PSF não tinha as características dos demais programas de saúde que interviam de maneira holística e na íntegra às atividades dos serviços de saúde, ele foi

redefinido como uma estratégia para reorientar a AB. Essa estratégia integraria e promoveria a organização das ações numa determinada localidade e substituiria a forma tradicional da rede básica com o uso de alta complexidade tecnológica relacionada ao conhecimento, habilidades e mudanças de atitudes tanto dos profissionais quanto da população. Assim, o PSF apresentado para desempenhar mudanças, de aproximação às propostas de vigilância em saúde relacionadas à identificação e quantificação dos riscos, organização da oferta e acolhimento – transformou-se em estratégia (PAIM, 2008; CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Posteriormente, foi realizada a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB. A Portaria nº 648/2006 aprovou então a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a). Atualmente a PNAB está regulamentada pela Portaria 2.488/2011 e avança no fortalecimento da AB e na organização das Redes de Atenção. Entre as alterações pode-se citar, a mudança do financiamento federal, beneficiando os municípios mais pobres e com poucos habitantes, e a criação de um componente com repasse de recursos financeiros de acordo com os compromissos estabelecidos e resultados atingidos. Essas alterações visam combinar a equidade e a qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2011a).

A PNAB expande as equipes de atenção para diferentes comunidades e realidades do Brasil, e amplia o número de municípios que podem ter os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa política facilitou as condições para a criação das Unidades de Saúde Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas. Progrediu também nas ações de promoção à saúde, na intersetorialidade, entre outras iniciativas (BRASIL, 2012a).

As pesquisas demonstram o impacto positivo da Atenção Primária para a população, sobretudo, na ESF (SOUSA; HAMANN, 2009; OLIVEIRA et. al., 2011). Logo, entende-se que esse primeiro nível de atenção possui como destaque a atenção aos sujeitos e não à doença. Oferece um cuidado longitudinal, isto é, no decorrer de todo ciclo de vida do sujeito e em todo tempo. A AB também coordena ou integra a atenção prestada com os demais níveis do sistema sejam eles secundários ou terciários, sendo o pilar que orienta o trabalho de toda rede de atenção à saúde, colocando-se como porta de entrada para os demais serviços (STARFIELD, 2002).

Para expandir e consolidar a ESF, é primordial que a (re)organização da atenção à saúde da população considere a observação dos fundamentos e diretrizes da AB. Entre essas, está a territorialização para planejar e desenvolver ações intersetoriais de forma equitativa, possibilitar acesso universal e contínuo acolhimento, vínculo, resolutividade e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população e tê-la como porta de entrada à rede de serviços. Propõe também a realização do trabalho em equipe, de forma

longitudinal, e na integral, e a organização do processo de trabalho focado no usuário e nas suas reais necessidades (BRASIL, 2012a).

Conforme Starfield (2002), o primeiro nível de atenção retrata as problemáticas mais comuns da população de uma área específica, disponibilizando serviços e ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura para potencializar a saúde e o bem-estar das pessoas. Aborda a atenção quando há mais de um problema de saúde, lida com o contexto no qual a doença está inserida e influencia ao empoderamento, ou seja, a resposta dos sujeitos a seus problemas de saúde.

Destarte, a AB é caracterizada por um conjunto de ações de saúde nas quais abrange não somente a promoção, a proteção e a prevenção de agravos, como também desenvolve ações de forma integral, e que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, onde realizadas de forma participativa e por meio de cuidados e gestão, possa priorizar as necessidades da população adstrita em determinada área. A utilização de tecnologias do cuidado variadas, irão proporcionar um manejo das demandas e necessidades de saúde, respeitando os critérios de risco e suas vulnerabilidades afim de otimizar o serviço e melhorar a assistência prestada (BRASIL, 2011b).

Ainda de acordo com o autor supracitado, apesar dos problemas enfrentados com os investimentos disponíveis pelo Ministério da Saúde, as unidades básicas desempenham um papel essencial e primordial, cuja finalidade é garantir acesso e uma atenção de qualidade, visto que, contemplar essas unidades de infraestrutura necessária, seja de profissionais ou materiais de insumos, é um desafio no Brasil, único país no mundo com mais de 100 milhões de habitantes que usufruem de um sistema de saúde público. Assim, a AB tem como objetivo oferecer, a partir do primeiro nível do cuidado, a integração dos diversos pontos de atenção à saúde, possibilitando uma assistência contínua e eficaz, com qualidade e principalmente com diminuição de gastos.

3.2 PROCESSO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A prática do profissional enfermeiro pode ser analisada a partir de inúmeras dimensões, como da educação, do cuidado, gerenciamento, pesquisa, ética e política. Ações afins são expostas ao analisar o processo de trabalho nas suas várias áreas de atuação.

Além disso, a enfermagem apresenta a possibilidade de atuar em diferentes dimensões práticas que envolvem o processo de trabalho, como cuidar, gerenciar, educar e pesquisar, sendo que estes não são isolados, pois se relacionam entre si e quase sempre simultaneamente (SANNA, 2007).

O exercício da profissão é regulamentado pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), mas o primeiro ato normativo na enfermagem foi o Decreto Federal 791 de 1890, que legislava sobre o ensino da Enfermagem no Brasil.

Apesar da legislação referente à enfermagem até a década de 1950 tenha sido direcionada principalmente ao ensino, em 1955, a Lei nº 2.604/55 regulamentou o exercício profissional, à qual atribui a assistência, gerência e o ensino ao enfermeiro (BRASIL, 1955). No entanto, prevalece a gerência, no que se refere à assistência, salientando a divisão intelectual e manual do processo de trabalho, onde a prática assistencial ficou sob responsabilidade do auxiliar de enfermagem.

Por sua vez, é na ESF que possibilita ao enfermeiro se fazer (re)conhecer como autor da assistência de enfermagem, inserido numa equipe multidisciplinar, de forma a cooperar e contribuir significativamente na consolidação do Sistema Único de Saúde (BACKES et al., 2012).

Na AB, de acordo com o autor supracitado, o enfermeiro é caracterizado e reconhecido por compreender o ser humano de forma holística e também por prestar assistência integral após o acolhimento e identificação das suas reais necessidades, sejam elas individuais ou coletivas. Esse profissional é capaz de integrar usuários, equipe e comunidade; fazer o vínculo com a pessoa sem intervir sob as condições econômicas, culturais, raciais ou sociais; integra também os diferentes saberes profissionais, dos usuários e da comunidade e busca a otimização das intervenções de cuidado com eficiência.

Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que refere-se à Política Nacional da Atenção Básica, dá ao enfermeiro às seguintes atribuições na AB: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, ações em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas, bem como solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando indicado, usuários a outros serviços; realizar atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, na residência ou nos demais espaços comunitários; contribuir, participar, e desenvolver ações de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participar do gerenciamento dos materiais necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde, planejar, gerenciar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários

de Saúde (ACS) em conjunto com os outros profissionais; organizar reuniões de equipes a fim de debater em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir do uso de dados disponíveis; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na AB e desenvolver atividades de educação em saúde a população adstrita (BRASIL, 2011).

Exibe-se que em alguns episódios o enfermeiro tem assumido sozinho a responsabilidade por melhorar o nível de saúde da população e intermediar a relação equipe-secretaria-usuário, ficando como comandante desse processo (CHRISTOVAM; SANTOS, 2004).

Frente às competências gerais propostas para a formação do enfermeiro, é possível constatar que o mesmo desempenha atividades nos âmbitos gerencial e assistencial na atenção básica, onde o primeiro diz respeito às atividades administrativas com a finalidade de garantir e implementar condições humanas e materiais, para desenvolver um serviço de qualidade; enquanto que o segundo toma como objeto as necessidades e cuidados de enfermagem de forma integral e contínua, vendo o usuário como um todo (HAUSMANN, 2009).

O enfermeiro tem desempenhado funções de gerência que não se limitam à dimensão teórico/prática, mas que também relacionam-se à coordenação dos trabalhadores que compõem a equipe.

Dessa forma, o enfermeiro na gerência em saúde coloca-se diante de importantes desafios, tais como, organizar o trabalho de outros profissionais da equipe, organizar adequada infraestrutura para o cuidado, realizar o planejamento do serviço, assumir-se enquanto líder no sistema de saúde e vencer os conflitos oriundos da desarticulação entre as dimensões administrar e cuidar, uma vez que permanecem dicotômicas, ou seja, separadas (CHRISTOVAM; SANTOS, 2001; PINHEIRO; MATTOS, 2003).

A prática gerencial do enfermeiro se encontra ainda fortemente vinculada aos modelos tradicionais de gestão, excludentes da participação comunitária e pouco estimuladora do trabalho interdisciplinar e da autonomia profissional (LIMA, 2013; SILVA, 2008).

Entretanto, salienta-se a necessidade do gerenciamento compartilhado do processo de trabalho nas equipes de saúde, a construção de novos modelos de gerenciamento da assistência centrados nos usuários com busca ativa para atender às suas necessidades e o trabalho multisetorial e multiprofissional, onde haja participação e colaboração de todos (ANTUNES, 2001; LIMA, 2013).

Percebe-se que os princípios que norteiam a gerência não são estáticos, neutros ou absolutamente racionais e também não se adaptam nem se moldam imediatamente à resolução

dos problemas que se apresentam no processo de trabalho do enfermeiro. Em vista disto, a atividade gerencial é extremamente dinâmica e dialética, o que torna possível que as suas dimensões estejam em constante articulação, o que exige permanente reflexão e tomada de decisão por parte dos seus executores (AZZOLIN; PEDUZZI, 2007).

Por fim, ressalta-se a necessidade de implementação de novas práticas gerenciais pelo enfermeiro, como forma de superação da divisão de suas atividades e, também, do trabalho das equipes na atenção à saúde, assim como o fortalecimento do seu papel social perante as equipes nas quais estão inseridos.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Apontando para a importância da pesquisa, Oliveira (2002) afirma que a pesquisa tem como objetivo principal estabelecer uma série de compreensões no sentido de descobrir respostas para as questões que existem acerca de todos os ramos do conhecimento. Com o intuito de atingir os objetivos formulados nessa análise, optou-se por trabalhar com um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

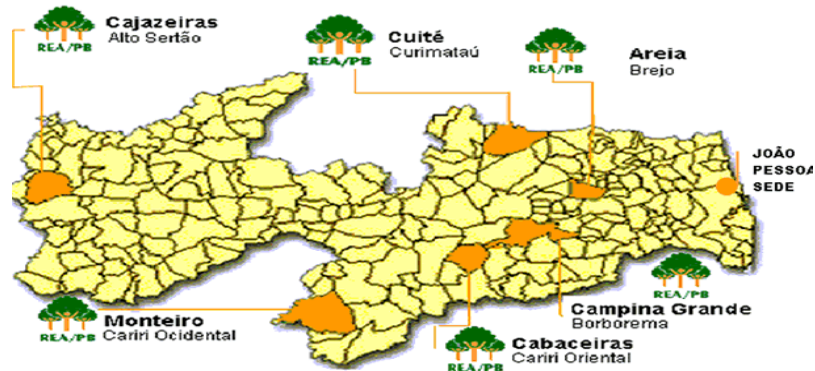
A pesquisa descritiva exige do investigador uma gama de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem qualitativa corresponde a questões especificamente singulares, onde a mesma se preocupa com as ciências sociais em investigar um universo de significações, aspirações, motivos, culturas, crenças, valores e atitudes, e não com níveis de realidades que podem ser mensuradas, ou seja, ela não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de determinado grupo. Dessa maneira, essa abordagem constitui a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem se limitar apenas à operacionalização de determinadas variáveis (GOLDENBERG, 1997; MINAYO, 2007).

Ainda discorrendo sobre isso, Minayo (2007) afirma que se deve cogitar também que o campo de saúde condiz a uma realidade complexa a qual engloba os aspectos sociais do ser humano como por exemplo, a sua essência e o seu saber, para um olhar além do aspecto biológico que percorre nas relações dos indivíduos com o meio, como também as dimensões profundamente pertinentes nas pesquisas de abordagem qualitativa.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Atenção Básica no município de Cajazeiras, no estado da Paraíba. A cidade que faz parte da 4ª Macrorregião de Saúde e da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba. Nela, constam, atualmente, cadastradas 23 Unidades de Saúde da Família.



Fonte: <http://www.prac.ufpb.br/reapb/ondeestamos.html> (acesso 29/06/2016)

FIGURA 01: Mapa do Estado da Paraíba

O município de Cajazeiras está situado na região oeste do estado, limitando-se, em sentido horário, com os municípios de São João do Rio do Peixe (norte e leste); Nazarezinho (sudeste); São José de Piranhas (sul); Cachoeira dos Índios; Bom Jesus (os dois últimos a oeste); e Santa Helena (noroeste). A área do município é de 565, 899 km², distante aproximadamente 468 quilômetros da capital estadual. Possui 58.446 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens (IBGE, 2010).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Antes de discorrer a respeito desse debate, é importante ressaltar que Minayo (2007) afirma que a ideia de amostragem não é mais apontado em alguns tipos de verificações, principalmente naqueles de caráter qualitativo, visto que, o universo em questão são as práticas, saberes, representações e atitudes dos sujeitos em si.

Deste modo, os participantes dessa pesquisa foram os quinze enfermeiros que compõem um total de 23 Equipes de Saúde da Família, lotadas nas 19 Unidades de Saúde da Família da Atenção Básica do município de Cajazeiras-PB.

Foi adotado como único critério de inclusão na pesquisa, trabalhar há mais de um ano como enfermeiro na Atenção Básica. Entendendo-se que esse seja o período mínimo para amplificar a relação entre profissionais/usuários na Atenção Básica. Foram adotados como critérios para exclusão, estar de férias, licença-maternidade ou afastado por alguma doença.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, com a finalidade de adquirir informações para a análise, a partir das impressões individuais sobre questões ligadas aos objetivos do estudo.

Discorrendo a respeito, Gil (2008) afirma que esse meio de coleta realça a presença do investigador ao mesmo tempo que viabiliza todas as perspectivas impostas para o entrevistado, proporcionando assim a espontaneidade necessária, enriquecendo a pesquisa.

As coletas foram realizadas individualmente, apresentando questões tanto objetivas (perfil dos sujeitos) quanto subjetivas (temática proposta), respeitando a livre expressão de suas representações e significações. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e transcritas, sendo indispensável que as mesmas fossem ouvidas repetidas vezes para uma melhor compreensão das falas (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para proceder a ordenação e sistematização dos dados empíricos produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos enfermeiros selecionados para esta investigação, recorreremos ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é um instrumento no qual favorece a representação do pensamento de um determinado grupo, obtidos através de depoimentos, fundamentada na teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos. Essa ferramenta propõe a soma de ideias, de maneira não numérica, que operacionalizadas metodologicamente expressam o pensamento de uma coletividade por meio do discurso. Ao finalizar esse processo, têm-se uma soma de discursos

subdivididos em várias circunstâncias, realizadas através de uma série de operações efetuadas sobre o material verbal coletado na investigação (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Fundamentalmente, consiste em analisar o material verbal (depoimentos) coletado para extrair deles as Ideias Centrais (IC) e suas correspondentes Expressões-Chaves (ECH). (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Esses depoimentos compõem a matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, visando expressar o pensamento de uma coletividade como se esta fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC objetiva figurar mais nitidamente uma determinada representação de uma forma concreta dos pensamentos das expressões dos sujeitos. Para sua elaboração, inicialmente, foram selecionadas as Ideias Centrais (IC) nos discursos individuais, para, logo em seguida, constituirlos em um único discurso, onde as ideias das expressões de todos poderão ser representadas por um único indivíduo, elucidando assim uma lapidação analítica de decomposição (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Para a construção do DSC, é indispensável que alguns passos sejam seguidos cuidadosamente, para que o resultado final tenha uma representação fidedigna do pensamento de uma coletividade daquilo que foi investigado, como sendo o emissor de um único discurso, onde a correta utilização destas figuras metodológicas (ECH, IC e DSC), descritas a seguir, proporcionarão ao pesquisador um campo seguro para a organização e tabulação dos depoimentos, como também uma análise e interpretações eficazes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As ECH correspondem a trechos, fragmentos ou transcrições exatas do discurso que devem ser destacados pelo pesquisador, permitindo retomar aquilo que é primordial no conteúdo de todos os discursos notados e correspondem, em geral, às IC da pesquisa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

É fundamental ter cautela ao decompor o discurso, onde sugere-se extrair das ECH tudo que seja inexpressivo, irrelevante ou secundário, além das singularidades das expressões dos indivíduos, resultando assim em um material rico e significativo, produzindo com mais facilidade o DSC correspondente. Caso não sejam retiradas essas particularidades da fala do sujeito, este virá repleto de atributos individuais que, possivelmente, irão impedir ou dificultar a construção de um discurso mais genérico que envolva a Representação Social (RS) sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Discorrendo ainda sobre o autor supracitado, a IC é entendida como as afirmações que permitem traduzir o principal conteúdo retirado do discursivo explicitado pelos entrevistados em seus depoimentos. É, portanto, a expressão linguística que vai revelar ou descrever, de forma direta ou indireta, de maneira precisa, o sentido e temas das ECH de cada um dos depoimentos orais. Portanto, pode-se dizer que a IC é a síntese do conteúdo dos depoimentos analisados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Torna-se claro que no DSC estão reunidas todas as possibilidades imaginárias do discurso dialético, oferecidas por uma cultura presente na sociedade e difundida entre seus membros numa determinada temporalidade e sobre um determinado tema (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Por meio do DSC busca-se a reconstrução, utilizando-se fragmentos dos discursos individuais, de discursos-síntese que expressem um determinado modo de pensar, particular de um determinado grupo presente em um mesmo contexto (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

Como não há uma quantidade limitada de discursos-síntese para expressar um pensamento, o DSC não existe uma limitação de uma simples categoria aos discursos advindos de cada sujeito, onde a ideia principal é reconstruir com trechos os discursos das ECH (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Assim sendo, para a avaliação do conteúdo extraído das entrevistas dos enfermeiros, realizou-se uma leitura das falas com o propósito de compreender o conjunto das transcrições dos depoimentos. Posteriormente, foram necessárias leituras sucessivas para que seja possível identificar os núcleos de sentido correlacionados às questões norteadoras que compõe o roteiro da entrevista semiestruturada. Após essa etapa, foi possível identificar as ECH correspondente à resposta de cada questionamento, representadas pelo discurso dos profissionais. A partir dessas expressões, elaborou-se as IC, que foram classificadas em categorias e agrupadas corretamente, como também divididas em temáticas para a construção dos DSC. É importante ressaltar que cada temática surgiu em decorrência das respostas às perguntas norteadoras realizadas pelo pesquisador durante as entrevistas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras, sob o número do parecer 1.642. 763 (ANEXO B), acontecendo, entre os meses de julho e agosto de 2016, em local reservado nas Unidades Básicas de Saúde. A participação no estudo iniciou-se mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), elaborado em duas vias, assinado tanto pelo participante da pesquisa, quanto o pesquisador responsável. Em ambas as vias, constaram o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

Os componentes éticos e legais estiveram presentes em todas as fases da investigação, respeitando a condição humana e cumprindo com todas as disposições de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade; implicando também ao respeito ao participante da pesquisa em sua autonomia e dignidade, reconhecendo suas vulnerabilidades, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, dentre tantas outras exigências explícitas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Como primeiro passo, foi encaminhado à Secretaria de Saúde do Município em que se realizou a pesquisa, um ofício solicitando a permissão para o desenvolvimento da pesquisa, abordando os objetivos e os riscos que o estudo envolve, além de destacar os benefícios da pesquisa.

Esclareceu-se aos participantes da pesquisa, os objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos do estudo, bem como a assinatura solicitada do TCLE, informando-os sobre a preservação do anonimato e a livre autonomia em participar ou não sob seu consentimento em qualquer etapa da investigação.

A pesquisa possuiu riscos mínimos, uma vez que não envolveu a realização de procedimentos invasivos, pôde ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre o seu ambiente de trabalho. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

Por outro lado, benefícios potenciais decorreram diante de sua participação tais como: maior compreensão sobre as práticas gerenciais desenvolvidas e conseqüentemente, espaços de produção do cuidado condizentes com as necessidades vivenciadas.

A fim de garantir o anonimato dos profissionais foram utilizados códigos para identificação dos enfermeiros por meio da sigla “ENF” seguida de um número respectivo à ordem das entrevistas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 15 enfermeiros, pertencentes às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras – PB, de um total de 23 enfermeiros lotados nas 19 UBS's. Dos 15 enfermeiros entrevistados, 14 eram do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino. Tal resultado corrobora com o encontrado por Rocha e Zeitoune (2007) em uma investigação desenvolvida na cidade de Floriano-PI, pois dos 24 enfermeiros da AB que participaram da pesquisa, 21 eram do sexo feminino.

Segundo Machado, Vieira e Oliveira (2012), a feminilização é uma característica marcante na área da saúde, pois, a maioria dos profissionais é do sexo feminino, chegando a representar mais de 70% de todo contingente. Na enfermagem, esse seguimento ultrapassa os 90%. No entanto, já se pode observar a inserção dos homens nesse contexto, demonstrando uma tendência crescente do sexo oposto na profissão de enfermagem.

No que diz respeito a faixa etária dos participantes da pesquisa, verificou-se que a maioria pertencia à faixa etária de 27 a 37 anos, 11 casos; e acima de 37 anos, apenas quatro; constatando-se que existe maior frequência de profissionais adultos jovens na enfermagem.

Em relação ao tempo de atuação dos enfermeiros no âmbito da Atenção Básica (AB), dos 15 enfermeiros, onze atuam de um a seis anos na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo cinco anos o tempo médio de atuação nesse cenário. Corroborando com essas informações, Oliveira e Tavares (2010) em investigação realizada na cidade de Uberaba-MG, encontraram que todos os 12 enfermeiros da ESF que participaram da pesquisa, apresentavam até três anos de atuação na AB. O que indica que de acordo com o período de formado, a ESF seja um indicativo de primeiro emprego de alguns destes profissionais.

Observa-se que a AB, especialmente a ESF, é um cenário de atuação relativamente recente e com tendência crescente para o enfermeiro, tendo em vista que os indicadores apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) evidenciam a contratação de muitos profissionais nos últimos anos. Instituída em 1994, a ESF assiste a mais de 101,3 milhões de pessoas em mais de 5.284 municípios, perfazendo aproximadamente 32.000 Equipes de Saúde da Família implantadas no país (BRASIL, 2011b).

Quanto à realização de cursos de pós-graduação, dos 15 enfermeiros participantes, 12 fizeram/fazem cursos de pós-graduação, enquanto três não fizeram/fazem. Dos enfermeiros que realizaram/realizam a pós-graduação, nove estão relacionados à Atenção Básica, sendo sete em Especialização de Saúde da Família e dois em Saúde Coletiva.

Os achados da pesquisa convergem com os encontrados na literatura, que pressupõe a preocupação desses profissionais em realizarem pós-graduação na área em que estão inseridos, afim de se qualificarem e melhorarem o serviço no qual estão atuando (FERNANDES, 2012; FERREIRA, SCHIMITH, CACERES, 2010; ROCHA, ZEITOUNE, 2007).

Para Fernandes (2012), a busca de especialização por parte do enfermeiro é reflexo da competitividade no mercado de trabalho no âmbito da enfermagem, uma vez que, esse tipo de qualificação é um diferencial na procura de emprego. Agrega-se também a essas discussões os incentivos por parte da gestão, por meio da educação permanente, em viabilizar a qualificação desses profissionais, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada na AB.

Os demais cursos de especialização identificados nesta pesquisa foram: Enfermagem do Trabalho (1); Urgência e Emergência (3); Obstetrícia (1) e Dermatologia (1).

Destaca-se ainda que oito, dos 15 enfermeiros, são funcionários efetivos, sendo que os outros sete possuem vínculo empregatício com a prefeitura do município por cargo comissionado. Esse tipo de cargo se refere a funções públicas, nas quais o funcionário detém de um vínculo transitório com o Poder Público, caracterizados pela confiança, não dependendo da habilitação de concursos (BORGES, 2012).

A precarização do processo de trabalho do enfermeiro, está relacionado com os cargos comissionados, uma vez que a precariedade do trabalho nas condições de um contrato provisório, não diz respeito só a redução da amplitude da proteção social no cargo exercido (menor número de direitos e benefícios), mas também ao fato desses contratos ter duração de tempo curta ou bem delimitada. Esses dois pontos podem refletir significativamente em sentimentos de instabilidade e insegurança no profissional (NOGUEIRA, BARALDI, RODRIGUES, 2004).

Com isso, ficou evidente neste estudo, que dos sete profissionais com esse tipo de vínculo, cinco prestam serviços em outras instituições de saúde, principalmente em serviços de atenção terciária, o que pode acarretar o desgaste tanto físico quanto psicológico, evidenciando assim, desmotivação em implementar em seu cotidiano práticas e outras possibilidades de produção do cuidado.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS

Temática 01- Compreensão dos enfermeiros sobre a dimensão gerencial na Atenção Básica

Quadro 01- Categoria e número de enfermeiros participantes da Temática 01 – Compreensão dos enfermeiros sobre a dimensão gerencial na Atenção Básica. Cajazeiras – PB, 2016.

CATEGORIAS	NÚMERO DE ENFERMEIROS
Categoria 01- Articulação entre a dimensão saber-fazer cuidar com a dimensão saber-fazer gerenciar	10

A primeira categoria aborda sobre o conhecimento dos enfermeiros acerca da percepção sobre o gerenciamento na Atenção Básica. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram dez enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF05; ENF08; ENF09; ENF10; ENF11; ENF13; ENF15).

Categoria 01 – Articulação entre a dimensão saber-fazer cuidar com a dimensão saber-fazer gerenciar

DSC 01: *A gerência que nos foi dada é a gerência de manter toda a parte administrativa da unidade. A gente tem essa questão de gerência tanto administrativa como assistencial, é mais uma coisa, uma atribuição do enfermeiro, fazer o gerenciamento de toda a unidade. Porque você tem que ser enfermeiro clínico na parte clínica e tem que se dividir na parte administrativa. É gerenciar o pessoal e toda a unidade em si. Tanto no âmbito físico, na estrutura física, a questão de pessoal, de recursos humanos [...]. Porque a gente sabe que o MS ele quer que o enfermeiro seja tanto assistente quanto gerente também e que desenvolva as atividades preconizadas pelo ministério. Considero enorme a responsabilidade do processo de gerenciar uma UBS, pois ao mesmo tempo que o enfermeiro atende os usuários, ele não pode deixar de assumir as atividades burocráticas do gerenciador [...] Então, é dirigir toda a unidade básica, em todos os sentidos no que diz respeito tanto o serviço propriamente dito da assistência, como também na resolutividade de toda a burocracia que*

diz respeito a funcionário, é muito papel pra você preencher demandando tempo, como também a parte assistencial, problemas externos estruturais, temos que manter a unidade sempre em ordem em todos os sentidos, gerenciar mesmo. É você fazer a unidade funcionar e envolver também não só os profissionais da saúde, como também a própria comunidade no processo de cuidado, ao ter essa visão gerencial do todo.

Nota-se nesse DSC que os enfermeiros relatam a existência da articulação entre as atividades de cuidado (direto) e de gerência (indireto), ou seja, a gerência do cuidado, a qual é tida como uma atividade fundamental para proporcionar a viabilização das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e que estão presentes nesse nível de atenção.

Apreende-se que a gerência do cuidado possibilita a organização do serviço, como também fomenta o desenvolvimento do processo de trabalho alinhado à filosofia da ESF, visto que esta estratégia surgiu com o intuito de reestruturar e melhorar o modelo de saúde do Brasil, proporcionando assim, um melhor acesso da população aos serviços de saúde e uma assistência prestada com qualidade.

Quando o enfermeiro realiza no seu dia-a-dia a gerência do cuidado, isto é, a relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, nota-se a continuidade das ações programáticas conforme a demanda local, já que há uma interface entre esses dois objetos na execução das práticas profissionais de saúde (FERNANDES, 2012).

Segundo Christovam, Porto e Oliveira (2012) a gerência do cuidado do enfermeiro é o entrelaçamento entre o gerenciar e o cuidar, ação esta que promove uma melhor satisfação por parte dos usuários, além de integralidade das atividades, propiciando uma visão crítica-reflexiva das atividades desenvolvidas. Portanto, o intuito da gerência é fomentar as atividades sistematizadas e prestação de serviço com qualidade, aos usuários.

Agregando a essas discussões, Fernandes et al., (2015a), mencionam que o enfermeiro da AB ao buscar a articulação do saber-fazer cuidar, com o saber fazer-gerenciar, incentiva a visão crítica e reflexiva do seu processo de trabalho, instigando a esta categoria se apropriar da filosofia de atuação da ESF e implementar transformações na melhoria de vida da população adstrita.

Além disso, nota-se também no DSC01 menção a uma gama de atividades que o enfermeiro busca desenvolver no seu cotidiano, visando com isso a superação das barreiras advindas da burocracia excessiva encontradas nos serviços de saúde. Entre tantas questões a serem desenvolvidas, o profissional enfermeiro não possui somente a obrigação de oferecer a

assistência prestada em consonância com os programas preconizados pelo MS, mas também resolver toda a parte gerencial da UBS, que envolve tanto a parte de supervisão dos demais profissionais sob sua responsabilidade, quanto dos materiais e estrutura física da UBS, como destacado no seguinte fragmento “Porque você tem que ser enfermeiro clínico na parte clínica e tem que se dividir na parte administrativa. É gerenciar o pessoal e toda a unidade em si. Tanto no âmbito físico, na estrutura física, a questão de pessoal, de recursos humanos”.

Neste sentido, entende-se que a AB requer do enfermeiro ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência teórico-prática do cuidado, desenvolvam também as dimensões de políticas públicas e de gestão do trabalho em saúde, assumindo o papel de autogestionários (HELETÍCIA et al., 2016) e protagonistas da gerência do cuidado na perspectiva da ESF.

Portanto, apreende-se com os DSC da categoria 01, as experiências em torno do processo de trabalho do enfermeiro na ESF, com ênfase na gerência do cuidado, onde oportuniza caracterizá-lo como dinâmico, por permitir a remodelação constante das práticas desenvolvidas no cotidiano de práticas; criativo, por suscitar possibilidades diferenciadas de intervenção; e democrático, ao propor o envolvimento do usuário, da família e da comunidade como corresponsáveis nas ações de promoção da saúde. Na ESF, enquanto membro da equipe mínima, o enfermeiro pode e deve desenvolver atividades essenciais da UBS (GLEIDE; ANGELA; DENISE, 2011), incentivadas pela gerência do cuidado, o que pode contribuir na maior visibilidade social dessa categoria, demonstrando a imprescindibilidade dessa profissão para a rede de atenção à saúde no Brasil.

Temática 02- Atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Básica

Quadro 02- Categorias e número de enfermeiros participantes da Temática 02 – Atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Básica. Cajazeiras – PB, 2016.

CATEGORIAS	NÚMERO DE ENFERMEIROS
Categoria 02- Supervisão da Atenção Básica	11
Categoria 03- Gestão de recursos materiais	12
Categoria 04- Organização do cronograma de atendimento	09

A segunda categoria aborda a supervisão como atividade desenvolvida no âmbito do gerenciamento na UBS. Para a construção dessa categoria, participaram onze enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF09; ENF10; ENF11; ENF12; ENF14).

Categoria 02 – Supervisão da Atenção Básica

DSC 02: Envolve várias coisas como supervisionar o pessoal, organizar o serviço, tanto quanto Atenção Básica como UBS, porque temos que manter a unidade sempre em ordem em todos os sentidos, gerenciar mesmo. É dar um rumo a cada um dos funcionários. Pra mim seria direcionar no que fazer, no que estar errado, entende? Gerenciamento se for no tocante a recursos humanos por exemplo, nós é quem coordenamos o pessoal subordinado, somos na verdade a chefia imediata. Você tem que supervisionar sua equipe, supervisionar o trabalho das ACS's, organizar materiais para funcionamento da UBS, a questão dos técnicos, a questão do médico, a questão do auxiliar de serviços gerais, da vacinadora, recepção, você tem que supervisionar eles, tem que fazer tudo isso, gerenciar a unidade e a equipe como um todo, que são nossas principais funções. A questão de resolver os problemas encontrados na ESF, que especificamente é exclusividade do enfermeiro da unidade atentar para avaliá-los e orientá-los no que se deve ou não fazer, supervisionar mesmo.

Percebe-se no DSC 02 que a supervisão é uma atividade gerencial desempenhada essencialmente pelo enfermeiro na AB. A mesma insere-se no contexto de trabalho do profissional como um instrumento gerencial, remetendo noção das diretrizes preconizadas pelo MS. A supervisão é a base na qualidade dos serviços a serem ofertados à população, pontuando questões que incluem o aperfeiçoamento dos trabalhadores em saúde, avaliação do desempenho e a dinâmica organizacional do serviço (BRASIL, 1986).

Para prestar cuidados aos atores sociais e orientar toda a equipe de saúde da família para o processo de trabalho com vistas à organização e execução do serviço, o enfermeiro necessita de conhecimentos e habilidades técnicas necessários ao desempenho de suas funções gerenciais e assistenciais. Supervisionar é buscar estratégias de cooperação, no intuito de concretizar de forma eficiente e eficaz os cuidados realizados pela equipe de saúde, priorizando melhorias nos serviços ofertados. Para desempenhar tal função, o enfermeiro utiliza

seus conhecimentos no âmbito da supervisão voltados para a equipe, tentando dessa forma contemplar às necessidades da população no território de abrangência da UBS.

Conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, é atividade privativa do enfermeiro a organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistências de enfermagem. Logo, entende-se que esse conjunto de ações estão inseridos nas atividades de supervisão. Portanto, a supervisão é uma atividade gerencial inerente ao enfermeiro, podendo exercê-la com respaldo legal, como apresentado no DSC 02 (BRASIL, 1986).

Os achados desta pesquisa convergem com o estudo de Fernandes et al., (2015b), onde as atividades de supervisão não são restritas a equipe de saúde e ao serviço, como também a toda estrutura e dinâmica de funcionamento da unidade de saúde, contemplando inúmeras áreas de atuação, incluindo recursos materiais, organizacionais e pessoais.

A supervisão é uma atividade específica do cotidiano do enfermeiro na AB, uma vez que essa atividade apresenta as dimensões de educação (tanto no que diz respeito ao ensino de outros trabalhadores, quanto no caráter de capacitação) e de controle (de atividades e de pessoal), podendo ainda ter o intuito não somente de conferir e corrigir, mas também de informar e educar (KAWATA et al., 2009).

Corroborando com o discurso da pesquisa, a portaria da Atenção Básica nº 2.488 traz como atribuições específicas dos enfermeiros, as quais estão atreladas a supervisão, o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011b).

Essa supervisão desenvolvida pelo enfermeiro, além do aspecto avaliador e disciplinador deve apresentar também caráter educativo (FERNANDES, 2012), com vistas ao crescimento coletivo, instigando a todos a alcançarem os mesmos objetivos de forma coletiva.

Em pesquisa realizada por Coelho et al., (2012) foi constatado ser esta prática também de referência do enfermeiro, a qual não deve focar somente na coleta de dados sobre o processo e a organização do trabalho para posterior intervenção, mas um momento propício de intervenção imediata, reflexão e mediação acerca das problemáticas encontradas e as alternativas de superação.

Assim, o enfermeiro ao supervisionar, deve buscar estabelecer relações dialógicas com os profissionais sob a sua responsabilidade com vistas a efetividade da atenção, ao propiciar maior horizontalidade de relações e a compreensão de pertencimento a uma equipe de trabalho, cujo objetivo é atuar com base nos princípios e diretrizes que estão atrelados a este

nível de atenção. Além disso, a supervisão deve visar articular as dimensões educativas e controle, objetivando, com isso, romper o condicionamento das ações dos trabalhadores, e, por consequência, fomentar o alargamento das opções de respostas às necessidades de saúde (LIMA et al., 2014).

A terceira categoria aborda a gestão de recursos materiais como atividade gerencial desenvolvida na AB. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram 12 enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF08; ENF10; ENF11; ENF14; ENF15).

Categoria 03- Gestão de recursos materiais

DSC 03: Fazer pedidos de insumos, vejo se os equipamentos da unidade se estão funcionando, se não, a gente solicita o conserto desses equipamentos o mais rápido possível se estiverem realmente com defeito [...] Pra isso, delego também o que está faltando em cada setor, ou seja, os insumos que estão faltando, peço pra técnica do ambulatório fazer uma lista do que está faltando todo mês, a pessoa responsável pela limpeza faz a lista dele e as minhas coisas eu sei o que está precisando, a dentista também faz a parte dela, ai eu faço um consolidado de tudo que está faltando e repasso pra secretaria, entendeu? Vemos também a questão de suprir os materiais de trabalho, os problemas de encanação, falta de água, material que está faltando em si, tudo é o enfermeiro que resolve. Nos é atribuída também as listas de medicamentos. Como gerenciamento eu vejo isso, é ter que dirigir a unidade em todos os sentidos, desde a assistência até a torneira quebrada, desde uma lâmpada à uma gaze. Se uma pilha de um relógio para, se a balança para de funcionar, tudo é a gente que é responsável; a feira do mês, a água, a energia, os papeis que chegam é a gente que tem que levar pra secretaria de saúde, entendeu? Tudo gira em torno da gente.

Para Azzolin e Peduzzi (2007) o enfermeiro gerencia a partir da integração do planejamento com a execução de suas ações, isto é, quando ocorre a articulação de todas as atividades planejadas previamente, com a concretização do cuidado, sendo que a organização dos recursos materiais deficiente das unidades, podem dificultar a implementação e a continuidade dessas ações.

A atuação do enfermeiro na gestão de recursos materiais, nesse nível de atenção, constitui-se uma conquista nas esferas de tomada de decisão, destacando a importância do seu papel na dimensão técnico-administrativa inerente ao processo de cuidar e gerenciar, bem

como garantir o suprimento de todas as áreas da organização, ao menor custo possível e de maneira que a prestação de serviços não sofra interrupções prejudiciais aos usuários (CASTILHO; GONÇALVES, 2010).

O gerenciamento de recursos materiais, ainda conforme os autores supracitados, é definido como o fluxo de atividades de programação (classificação, padronização, especificação e previsão de materiais), compra (controle de qualidade e licitação), recepção, armazenamento, distribuição e controle, com a finalidade de garantir que a produção de cuidados aos atores sociais não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou na qualidade de materiais, onde deste modo, o gerenciamento de recursos materiais torna-se fundamental para garantir a qualidade da assistência.

Assim, o enfermeiro na AB ao assumir o gerenciamento dos recursos materiais, acaba por envolver todo o fluxo de itens utilizados para o cuidado nesse nível de atenção. Entende-se que esta atividade é essencial para a garantia da qualidade, continuidade e integralidade do cuidado, a partir do desempenho gerencial efetivo do enfermeiro sob o foco do cuidado ao sujeito, família e comunidade do seu território de atuação.

Nota-se que os participantes desta investigação mencionam como função dos mesmos a gestão dos recursos materiais e/ou insumos. Porém, cabe destacar que, de acordo com a portaria nº 2.488, não é uma atividade privativa dos enfermeiros, já que é uma atribuição em comum com outros integrantes da equipe de saúde (BRASIL, 2011a) e que poderiam ser compartilhadas com outros profissionais, inclusive com os que não possuem curso de ensino superior.

É importante destacar que em certos momentos ao assumir a responsabilidade da gestão dos recursos materiais, os enfermeiros acabam também assimilando atribuições que descaracterizam os fundamentos desta ação, como demonstrado no seguinte fragmento: “Se uma pilha de um relógio para, se a balança para de funcionar, tudo é a gente que é responsável; a feira do mês, a água, a energia, os papéis que chegam é a gente que tem que levar pra secretaria de saúde, entendeu? Tudo gira em torno da gente”.

Fica nítido, nesta passagem, a sobrecarga de trabalho que o enfermeiro convive ao se responsabilizar por tais atribuições, ocasionando na maioria das vezes uma insatisfação frente a profissão, a desvalorização da categoria que interfere no bom convívio com a comunidade-unidade-secretaria, além de demandar tempo para ações e condutas que o mesmo poderia estar desempenhando com a própria comunidade ou território, se não houvesse a solicitação de tantas atividades.

A quarta categoria relata a construção do cronograma como atividade gerencial desenvolvida na Atenção Básica. Participaram dessa categoria nove enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF05; ENF06; ENF08; ENF10; ENF11; ENF13).

Categoria 04- Organização do cronograma de atendimento

DSC 04: A gente gerencia também organizando o cronograma da unidade, do funcionamento da saúde da família [...] O lado positivo do cronograma é a questão de facilitar o seu trabalho, é a questão de organizar mesmo, é a questão de você fazer um pré-natal no dia do pré-natal, toda a equipe já está certa que aquele dia é específico de tal coisa, a técnica já fica disponível pra vacinar também, as atividades de hiperdia, citológico, puericultura, pré-natal, fazer a consulta de enfermagem mesmo. Modificamos o cronograma de atividades caso seja necessário, como por exemplo um citológico a noite, uma vacinação em outro dia para atender a um público específico como gestantes, palestras, grupo de planejamento familiar, as ações desenvolvidas são todas basicamente. Um cronograma bom, assim da semana toda bem dividido, de forma que não prejudique ninguém e que atenda às necessidades da população, trabalhando com o mesmo objetivo, dar certo. Então seguir o cronograma também é uma coisa muito importante, organiza a demanda, tendo os dias específicos para os idosos, mulheres e crianças.

Relaciona-se conforme o discurso dos enfermeiros citados, a elaboração do cronograma de atendimento na AB, como uma atividade de cunho gerencial. Essa atividade desenvolvida, cujo intuito é organizar o serviço, visa tomada de decisões e de atitudes que afetam tanto a estrutura, o processo de produção e o produto do sistema que envolve o trabalho do profissional nesse nível de atenção (FERNANDES et al., 2015b).

O planejamento e a organização do cronograma, mencionado nesse discurso, estão convergindo com as normas e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), uma vez que esta portaria apresenta que a construção do cronograma pode ser desenvolvida pelo enfermeiro (BRASIL, 2011a).

Entende-se que a organização do cronograma, além de facilitar o planejamento das ações pelo enfermeiro, tem como objetivo também a realização de intervenções relevantes no processo de trabalho em saúde, ou seja, viabiliza meios para uma sistematização com os

usuários com eficiência e efetividade, a fim de possibilitar uma maior satisfação desses sujeitos (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Porém, percebe-se que ainda existe dicotomias na forma como o cronograma é elaborado, entre as novas ações de atenção à saúde e o modelo tradicional, principalmente voltado para as doenças e procedimentos, já que o cronograma é, como observado nos discursos, centralizados em grupos etários delimitados e doenças específicas. Desse modo, o enfermeiro deve romper com esse modelo de processo de trabalho na organização de seus atendimentos, no sentido de articular a realização de ações de cuidado ampliado, tanto no atendimento da demanda espontânea quanto da programada (DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005).

Logo, observa-se que o seguimento do cronograma é de fundamental importância para um bom funcionamento do serviço de forma harmônica, tendo como base os programas ministeriais como por exemplo, o hiperdia, a puericultura, consulta de pré-natal, porém não se restringe aos mesmos, tendo como eixo balizador da produção do cuidado as tecnologias interacionistas, como acolhimento, vínculo, escuta ativa e autonomia.

Portanto, compreende-se que as ações desenvolvidas, com base no cronograma de atendimentos, podem ser um potencial instrumento para a consumação de atividades não de cumprimento de tarefas fragmentadas, centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados, mas também de práticas voltadas para as reais exigências do serviço e do território adstrito à unidade de serviço. (FERNANDES, 2012).

Temática 03- Fatores intervenientes na realização das práticas gerenciais pelo enfermeiro na Atenção Básica

Quadro 03- Categoria e número de enfermeiros participantes da Temática 03 – Fatores intervenientes na realização das práticas gerenciais pelo enfermeiro na Atenção Básica. Cajazeiras – PB, 2016.

CATEGORIAS	NÚMERO DE ENFERMEIROS
Categoria 05- Conflitos interpessoais	04
Categoria 06- Burocracia excessiva	07
Categoria 07- Trabalho em equipe	10
Categoria 08- Sobrecarga de trabalho	07
Categoria 09- Deficiência de recursos materiais	08

A quinta categoria relata os conflitos interpessoais que intervêm na realização das práticas gerenciais na Atenção Básica. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram quatro enfermeiros (ENF02; ENF04; ENF07; ENF10).

Categoria 05- Conflitos interpessoais

DSC 05: Administrar as pessoas, que onde a gente tem muita dificuldade e complica muito, tem hora que ninguém quer lhe ouvir, nem lhe atender, aí fica complicado. O que dificulta muitas vezes é a falta de diálogo entre a equipe! Os problemas com funcionários, às vezes tem muita “picuinha” um com o outro e acaba prejudicando o andamento do serviço porque um não está gostando de alguma coisa, chega e não conversa, ainda tem esse problema, não com todos, mas com alguns. Minha dificuldade é essa. Tem coisas que deveriam ser realizadas, mas não mudam.

A partir do cotidiano do trabalho em saúde, nem sempre a interação entre os trabalhadores é harmoniosa, o que pode gerar conflitos, como demonstrado no DSC 05. Tal situação é necessário a intervenção do líder a fim de evitar prejuízos, seja na relação entre os próprios profissionais, quanto na segurança do paciente.

O conflito constitui característica intrínseca ao ambiente organizacional do ser humano, especialmente nas instituições em que os processos de trabalho são mediados, de forma imediata, pela interação social, como é o caso das instituições de saúde. Apresenta impacto positivo ou negativo, dependendo das experiências anteriormente vivenciadas, mas também da estratégia utilizada para a sua própria resolubilidade (BRIGIDA; MARINA; JOSÉ, 2014).

A interação dos membros da equipe de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho na AB, uma vez que, cada membro da equipe tem suas atribuições necessárias ao serviço. Dessa forma, é preciso algumas competências para a interação entre a equipe, tais como comunicação, negociação e trabalho em equipe (LUDMILA et al., 2015).

O gerenciamento do trabalho em saúde compreende o pensar e o fazer, que englobam o ser humano, o meio ambiente e a incorporação de diversos saberes. A ordem desse tempo atual é de repensar novas escolhas, não radicais e sim integrativas, que possam

agregar eficiência e, conseqüentemente, saúde aos seus profissionais e aos clientes (FERNANDES et al., 2010), viabilizando com isso uma cultura institucional harmoniosa, a qual possa perceber o conflito como algo necessário e positivo para o crescimento da organização de saúde.

O relacionamento no trabalho é um processo complexo, pois cada profissional possui uma história de vida, personalidades e experiências anteriores que são determinantes para o estabelecimento do tipo de convivência entre os membros da equipe de saúde. Quando essa convivência é permeada de conflitos, pode acontecer o comportamento destrutivo.

Para Oliveira (2015), o comportamento destrutivo no trabalho em saúde pode ser entendido como um conjunto de maneiras ofensivas praticadas pelo trabalhador de saúde, no local de sua prática, que podem ser evidenciadas por incivilidade, violência psicológica ou violência física/sexual, que podem afetar a segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, efeitos laborais negativos para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração, bem como do trabalho coletivo.

Neste sentido, faz-se necessário a criação de estratégias a fim de prevenir, conter e erradicar tais comportamentos. O relacionamento mais harmonioso no trabalho requer da gerência atribuições para resolver as diferenças, utilizando métodos úteis, visando a consolidação de fatores facilitadores, levando a construção coletiva de equipe, trabalho este significativo na equipe de saúde (ELZIAN; LILIAN; MARILENE, 2008).

Portanto, manter um bom relacionamento dentro do ambiente de trabalho é de extrema importância para o bom funcionamento da unidade e o bom desempenho dos funcionários, a fim de otimizar o cuidado com qualidade e priorizar os atores sociais, prestando um serviço de qualidade para realizar o processo de trabalho de forma harmoniosa e organizada. Para isso, é indispensável que o enfermeiro gerente tenha o olhar crítico-reflexivo sobre os profissionais para que haja diálogo e uma boa convivência entre os mesmos, evitando assim frustrações e conflitos negativos futuros.

A sexta categoria nos mostra que o excesso de burocracias interfere prejudicando o processo gerencial do enfermeiro. Participaram na construção do DSC, sete enfermeiros (ENF03; ENF04; ENF06; ENF11; ENF12; ENF13; ENF15).

Categoria 06- Burocracia excessiva

DSC 06: *Você vai perceber que a maior parte do nosso tempo o que toma mais é a parte do gerenciamento bem mais que qualquer outra. Então assim, é um trabalho que você tem que estar a pá de tudo, é muitas atribuições pra você, tem muita papelada, muita burocracia pra se resolver. Porque assim, eu acredito que na unidade deveria ter um administrador, uma pessoa responsável para gerenciar a burocracia da unidade, porque em alguns momentos que estou em atendimento tenho que pedir pro paciente muitas vezes aguardar um pouco pra resolver um problema e a burocracia na maioria das vezes fala mais alto que a assistência, no modo de falar [...] A burocracia é muita hoje em dia. E lidar com muita burocracia, muito papel, muita ficha dentro da AB é algo assim muito difícil.*

Percebe-se no DSC acima que os enfermeiros citaram como um fator dificultador na realização da gerência a sobrecarga de atividades burocráticas, as quais são associadas às ações de registro de trabalho, como preenchimento de formulários, protocolos e do consolidado das atividades realizadas durante o mês de todos os profissionais da equipe multidisciplinar (FERNANDES, 2012).

Nota-se uma influência da teoria burocrática de Marx, Weber da década de 40, cuja proposta tinha, como princípio, a eficiência organizacional, isto é, mantinha um caráter racional e uma sistemática divisão de trabalho, com excessivo apego às regras, normas e regulamentos, em detrimento da valorização do contingente humano (SOUZA; SOARES, 2006).

Segundo Merhy (2006) o contexto histórico e sociocultural atual, tem exigido das instituições de saúde, modelos cada vez menos burocráticos e mais complacência, permitindo maior flexibilidade às instituições, as quais serão capazes de assimilar o que ocorre no seu interior e à sua volta, como também capazes de produzir soluções adequadas para cada adversidade que possa surgir, podendo assim repercutir na desburocratização das ações dos profissionais da saúde.

Sendo assim, em determinadas situações, a prática do enfermeiro se fundamenta nas necessidades tanto burocráticas quanto formais das organizações de saúde, de modo a privilegiar os objetivos organizacionais em detrimento do cuidado de enfermagem propriamente dito, o que pode causar desmotivação, tensões, conflitos e descrenças no âmbito do processo de trabalho na AB (TREVISAN, et al., 2006).

Assim, ao admitir essa lógica burocrática, as ações de gerência praticados pelos enfermeiros, refletem uma prática mecânica, focada em tarefas, com atividades automáticas,

que dificultam a sensibilização do enfermeiro acerca dos reais problemas de saúde dos usuários que buscam assistência nesse cenário de atuação (FERNANDES et al., 2010).

Entretanto, compreende-se que o registro do enfermeiro é uma ferramenta essencial para a realização das ações em seu cotidiano de práticas, uma vez que a partir dessas informações obtidas, por meio das atividades burocráticas, o enfermeiro poderá construir um plano de ação que possa atender as reais necessidades dos usuários do serviço. Nota-se que a dificuldade está na forma remota com as fichas, notificações e mapas que são desenvolvidos, sendo o enfermeiro na maioria das vezes o encarregado por uma gama de informações (FERNANDES, 2012).

Um dos fatores desgastantes no trabalho do enfermeiro na AB é o excesso de exigências burocráticas, como debatido anteriormente, tendo como outras exemplificações as solicitações e encaminhamentos de exames, que são inúmeras, a questão das consultas com especialistas, o que proporciona maior lentidão encontradas nos serviços.

Em decorrência desse excesso de atividades burocráticas, há uma influência na assistência prestada aos usuários pois, de certa forma, o enfermeiro tem responsabilidades tanto burocráticas quanto assistenciais, impossibilitando assim uma melhor sistematização do cuidado de enfermagem, devido as inúmeras responsabilidades de registros, em que o enfermeiro demanda tempo para realizar, interferindo negativamente no processo de trabalho, onde notou-se no DSC dos enfermeiros, ausência em certas situações de cuidado direto aos sujeitos, família e comunidade, para resolver questões burocráticas.

A sétima categoria aborda a facilidade do trabalho em equipe para a atividade gerencial desempenhadas pelo enfermeiro. Na construção desse discurso foram utilizados dez enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF07; ENF09; ENF10; ENF11; ENF12; ENF14; ENF15).

Categoria 07- Trabalho em equipe

DSC 07: O que facilita o trabalho gerencial aqui na unidade é o pessoal que trabalha comigo. Tem que haver uma interação, um bom entendimento, uma boa relação e uma boa conversa. A equipe facilita muito meu trabalho, porque sozinha eu seria incapaz de fazer alguma coisa, mas essa compreensão deles, a participação ativa dos médicos, ter uma boa recepcionista, uma boa vacinadora, ajuda bastante no desempenho das atividades, o que acaba melhorando nosso serviço e conseqüentemente uma melhor assistência prestada. Minha equipe é muito boa. Já recebemos muitos elogios principalmente do secretário. Então, o que facilita mesmo nosso serviço é a vontade de trabalhar juntamente com a boa ação da

equipe. Porque apesar de tudo, temos que ter maturidade pra saber ouvir, receber um elogio, acatar opiniões de outras pessoas para uma melhoria, não somente como profissional, mas também como pessoa. Porque não adianta nada ter uma equipe muito boa e ter alguma “picuinha” entre um ou outro, aí acaba prejudicando toda a assistência.

Percebe-se no DSC 07 que os enfermeiros fazem menção sobre a importância do trabalho em equipe no contexto da AB, sobretudo no que diz respeito à divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, onde todos corroboram e participam, cada um com sua especificidade, contribuindo assim para uma qualidade na prestação das ações de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Para Fortuna et al., (2005) o trabalho em equipe interdisciplinar em saúde é definido como uma rede de relações entre os indivíduos, que envolve saberes, sentimentos e desejos. Sendo que a partir dessa equipe multidisciplinar em saúde, busca-se a reorganização do trabalho no âmbito da AB, aspirando uma abordagem mais integral e resolutiva, o que pressupõe mudanças da organização do trabalho e dos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo maior integração entre os profissionais e suas ações.

A compreensão do real significado de equipe, é fundamental para um atendimento em saúde, pois, para existir uma qualidade e eficiência na assistência prestada, é primordial a concepção coletiva do trabalho, assim como sua execução. Nesse sentido, o trabalho em equipe é um instrumento facilitador do cuidado, de modo que a prática e a eficiência sejam superiores aos resultados obtidos pela execução individualizada do trabalho. Para isso, são necessários a motivação, a criatividade, o entusiasmo, a participação, o envolvimento e o comprometimento da equipe, a fim de que a qualidade do serviço sejam alcançadas (ABREU et al., 2005; HERNÁNDEZ ORTIZ; GOMEZ TORRES, 2010).

Percebe-se que a presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os mesmos é crucial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha um lugar no processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos de cada um vão enriquecendo o campo de trabalho, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2011b).

Compreende-se, em vista disso, que o trabalho em equipe contribuirá para a efetividade e alcance dos princípios e doutrinas estabelecidos nesse nível de atenção, dado que o enfermeiro será capaz, ao trabalhar em equipe, de se apropriar com mais eficiência das ferramentas e instrumentos gerenciais, como o planejamento, avaliação, coordenação e

delegação de atividades, o que proporcionará a realização correta do processo de trabalho com vistas a longitudinalidade do cuidado.

A oitava categoria relata a sobrecarga de trabalho prejudicial ao enfermeiro. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram sete enfermeiros (ENF01; ENF05; ENF07; ENF08; ENF09; ENF13; ENF14).

Categoria 08- Sobrecarga de trabalho

DSC 08: O que dificulta é a sobrecarrega, está entendendo? [...] e às vezes acaba fazendo outros serviços que não lhe compete. Então a sobrecarga é o ponto negativo e acaba dificultando muito o serviço, aí implica também no andamento de atividades de todo mundo! Muito serviço que poderia ser dividido, né? Não ser só competência do enfermeiro.

No DSC acima os enfermeiros mencionaram como um ponto negativo, a execução de várias funções, inclusive as que não são de sua competência, tornando-o sobrecarregado, uma vez que agrega diversas atribuições ao seu cotidiano de práticas, distanciando, com isso, da sua essência que é o cuidado.

Assim, o enfermeiro ao realizar uma gama excessiva de atribuições na unidade de saúde, como demonstrado também nos discursos desses profissionais na investigação desenvolvida por Soares, Biagolini e Bertolozzi (2013) na AB de uma região do Município de São Paulo, acabam por ficarem com excesso de atividades, o que dificulta a implementação do cuidado junto à população do seu território, em decorrência da sobrecarga de função, como demonstrado em diversos estudos no cenário brasileiro (MACIEL, LAGE, 2011; RÊGO et al., 2015; SILVA et al., 2013; VISENTIN et al., 2015).

O excesso de atividades, como observado, vem contribuindo fortemente para a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, tendo em vista que o mesmo ainda assume responsabilidades que não lhe compete e acaba prejudicando todo o funcionamento do serviço em seu contexto de práticas.

Neste sentido, o trabalho em equipe na área de saúde é essencial para um bom andamento do serviço e divisão das ações, onde dessa forma, o enfermeiro não se deteria a realizar obrigações ou competências que não lhe cabem, diminuindo a sobrecarga de atribuições que o mesmo se responsabiliza.

Além disto, a constituição de uma equipe deve ser entendida como uma estratégia para racionalizar a força de trabalho, primordial no processo de inversão de modelos de atenção à saúde, em que a interação das relações começa a constituir o cotidiano do trabalho (SANTOS, SOARES; CAMPOS, 2007; ROSENTOSCK, 2011).

Com isso, a AB constitui-se de equipe multiprofissionais, que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar, de forma que os integrantes da equipe articulem suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções coletivamente, inclusive com relação a organização do serviço e participação na gerência. Assim, as ações desenvolvidas são de responsabilidade coletiva dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011) e não especificamente de um único membro da equipe, no caso o enfermeiro, onde o compartilhamento de responsabilidade é imprescindível para a qualificação e andamento do processo de trabalho.

Portanto, para que exista um bom funcionamento e andamento do serviço na AB, é indispensável que o enfermeiro gerente disponha de condutas que aprimorem o serviço, de maneira que haja uma distribuição das funções designadas por cada profissional da equipe, de forma que vise uma melhor assistência prestada e menos sobrecarga de trabalho.

A nona categoria aborda dificuldade na limitação dos recursos materiais, insumos e medicamentos que reverberam no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica. Participaram desse discurso oito enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF05; ENF06; ENF07; ENF09; ENF10).

Categoria 09- Deficiência de recursos materiais

DSC 09: Então são mais fatores que dificultam a gerência. Porque a gente se depara com ausência de insumos. Então, sinceramente é muito complicado. Falta material, equipamentos, às vezes o pessoal da secretaria mesmo avisa que o material vai demorar chegar e que não dispense algumas coisas ou que nem use. Então tudo isso a gente é informado e uma das principais reclamações dos ACS e das técnicas é falta de insumos que não têm. Às vezes você está lá pra gerenciar, mas você já recebe uma lista que diz que tem que ser assim e assim, aí fica complicado, está entendendo? E às vezes não tem nem sequer metade dos materiais que está na lista. A questão dos contraceptivos que estão sem vir também e tantos outros. Medicamentos é uma coisa séria. Sua falta atrapalha muito. Essa parte dos recursos é algo

que implica muito na gerência, pois tudo que acontece no posto seja da falta ou de excesso recai sobre a gente.

Apontou-se no DSC 09 que os enfermeiros referiram como um fator dificultador na realização da gerência na AB, a deficiência de recursos materiais, as quais interferem diretamente na viabilização da produção do cuidado do enfermeiro nesse nível de atenção.

Para a realização da prática na AB é necessária, entre outras condições, a garantia de recursos materiais e insumos suficientes à assistência prestada. Nessa perspectiva os serviços devem dispor de condições sociopolíticas, humanas e materiais que proporcionem um trabalho de qualidade, tanto para quem executa quanto para quem recebe a assistência.

A deficiência de recursos materiais, insumos e medicamentos foi considerada pelos enfermeiros como ponto mais citado no processo de trabalho gerencial. Isso em muitos momentos torna o atendimento inadequado, gerando insatisfação do usuário, sobrecarga e estresse da equipe de saúde com queda de rendimento, tornando a função gerencial ainda mais conflituosa e desgastante para o profissional.

Segundo Schimith (2004), considera-se esse aspecto, toda a programação, principalmente do consumo de medicamentos, como forma de garantir o acesso e a continuidade do tratamento, é importante contemplar uma margem de segurança para garantir a distribuição de medicamentos à população que demanda o serviço, evitando problemas futuros. A falta de medicamento é um fator que impossibilita a continuidade do atendimento e leva a equipe a sentir-se insatisfeita com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação diante do sofrimento do usuário e da dificuldade de agir a determinadas situações. Assim, as práticas profissionais do enfermeiro nas UBS sofrem influência da falta de materiais e insumos, o que dificulta o desenvolvimento das atividades previstas no que tange as ações definidas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) gerando assim insatisfação.

Com o intuito de solucionar as deficiências de recursos materiais, estruturais ou medicamentosos, é imprescindível que os enfermeiros gerentes tomem providências para suprir tais necessidades, principalmente a partir do trabalho em equipe, a fim de sensibilizar a gestão na manutenção periódica de recursos, com o intuito de manter os materiais necessários para o atendimento com qualidade e segurança da população do território de atuação da UBS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida neste estudo teve como objetivo geral averiguar a percepção dos enfermeiros na Atenção Básica sobre as ações de gerência realizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Cajazeiras-PB.

No decorrer da análise desta investigação foi possível perceber que os enfermeiros da ESF compreendem a importância da articulação e da complementaridade entre as atividades do processo de trabalho, tanto no que se refere ao cuidar como o gerenciar, ou seja, a realização de ambos no cotidiano, como prática imprescindível para o desenvolvimento de suas ações nesse nível de atenção à saúde foi evidente nos discursos dos mesmos.

Destaca-se, como principais atividades de gerência a articulação entre a dimensão saber-fazer cuidar com a dimensão saber-fazer gerenciar, a supervisão da Atenção Básica (AB), a gestão de recursos materiais e a organização do cronograma de atendimento, visto que, o conjunto dessas atividades otimizam o trabalho e conseqüentemente melhoram a assistência prestada aos usuários.

Esta pesquisa identificou não somente as facilidades como também as dificuldades na implementação das ações de gerência, ou seja, os fatores intervenientes na execução das atividades do enfermeiro na ESF.

Entre os fatores intervenientes encontrados nas falas dos enfermeiros, destaca-se como positivo, a equipe ser cooperativa e compartilhar responsabilidades, e entre os fatores dificultadores, os conflitos interpessoais, burocracia excessiva, deficiência de recursos materiais e a sobrecarga de trabalho.

Com isso, pode-se perceber o quão é importante que o enfermeiro detenha de conhecimentos teórico-práticos no desenvolvimento do seu trabalho frente à equipe multidisciplinar de saúde, cujo objetivo principal é priorizar o usuário do território adstrito a sua área.

Diante dos discursos, foi possível reforçar as possibilidades do enfermeiro gerente de UBS, visto que, protagonizar mudanças na sua perspectiva e compreendê-la como um instrumento do processo de trabalho em saúde, pode contribuir positivamente para a transformação deste processo de trabalho na direção de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários, família e comunidade.

Destarte, torna-se necessária a criação de outros projetos para o gerenciamento da enfermagem, que estejam subsidiados em princípios democráticos, éticos e que priorizem

acima de tudo, o processo de trabalho, a equipe multiprofissional e os usuários dos serviços de saúde, que são os atores sociais principais, com aspirações e necessidades a serem sanadas. Aspira-se também que sejam fomentados o engajamento de toda a equipe nos espaços de produção do cuidado, juntamente com o enfermeiro, com vistas a obtenção de bons resultados na assistência prestada.

Nesse sentido, o enfermeiro deve fortalecer a implementação de novos hábitos de trabalho, como a análise do processo de trabalho, a participação da comunidade, o diálogo e a discussão em conjunto com a sua equipe. Neste sentido, o seu cumprimento deve ocorrer de forma integral, participativa, educativa, e acima de tudo flexível, para dar seguimento a um processo dinâmico e contínuo.

Assim, os fatores intervenientes, facilitadores e dificultadores do processo de trabalho gerencial da enfermagem apresentados e discutidos no estudo, poderão ajudar na modificação da realidade, estimulando a profissão que tanto se almeja e oferecendo a toda sociedade os benefícios advindas dessas alterações.

Finalmente, espera-se que o estudo também possa despertar o interesse dos enfermeiros a pesquisarem e discutirem cada vez mais sobre novas ações gerenciais adaptas à realidade atual da profissão e que possam nortear os processos de trabalho na ESF com mais eficiência e eficácia.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, V. A. et al. A ação gerencial do enfermeiro situação ideal x realidade. **Rev. Téc. Enf. Nursing**, São Paulo, v. 4 n. 35, p. 16-21, 2001.
- ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-64, abr, 2007.
- AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 28, n.4, p. 549-55, dez. 2007.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012.
- BEZERRA, I. M. P. et al. Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 197-206, abr./jun. 2011.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de junho de 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 12p, 2012a.
- BRASIL. Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 1955
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília; 2012a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun 2011b.

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

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1987.

BRÍGIDA, G. C.; MARINA, P.; JOSÉ, R. C. M. A.; Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul, 2014.

BORGES, M. C. Das funções de confiança stricto sensu e dos cargos em comissão: abordagem constitucionalmente adequada. **Revista TCEMG**. v. 82, n. 1, pag. 45-54, 2012.

CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo**. 1996. Dissertação (Mestrado de Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina de São Paulo, 1996.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT P. Coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.3, p.734-741, 2012.

CHISTOVAM, B.P.; SANTOS, I. Os desafios da gerência do enfermeiro no nível de saúde. **Rev.Enferm.UERJ**, v.12, n.1, p. 66-70, 2004.

COELHO, M. M. F. et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 704-11, 2012.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-74, 2004.

Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DIAS, M. A. E.; CUNHA, F. T. S.; AMORIM, W. M. Estratégias gerenciais na implantação de Programas de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 527-31, ago. 2005.

ELZIAN, M. C.; LILIAN, T. R. W. Z.; MARILENE, F. B. P.; O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 13, n 2, p. 184-93, 2008.

FAUSTO, M. C. R; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSONI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org). **Modelo de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-68, 2007.

FERNANDES, M. C. et al. Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**. v. 16, n. 5: p. 664-71, set.-out. 2015a.

FERNANDES, M. C. et al. Actions Related to Care and Management of Nursing Work Process in Primary Health Care. **International Archives of Medicine**, v. 8, p. 1-7, 2015b.

FERNANDES, M. C.; et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, Fev. 2010.

FERNANDES, M. C. Fatores intervenientes na grência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online braz j nurs**. v.12, n. 2, p. 522-33, 2013.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2012.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-20, ago. 2010.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-68, abr. 2005.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 393-398, 2005.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO. E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n 4, p. 856-62. 2009.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor. 1992.

GLEIDE, M. L. P.; ANGELA, M. A.; DENISE, E. P. P.; A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis**, v. 12, n. 2, p. 258, abr-jun, 2009.

HELETÍCIA, S. G. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, Vitoria, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

HERNANDEZ ORTIZ, J.; GOMEZ TORRES, D. Una aproximación al concepto de gerencia y administración aplicado a la disciplina de enfermería. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 625-632, Sept. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 02 jul. 2016.

INÊS, C. F. P.; AUREA, C. P. C.; EDIR, N. T. M. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 1, p. 058-065, 2011.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, abr/jun. 2009.

KIRCHHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análises e perspectivas. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov/dez. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa(desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LERMEN, J. N.; NORMAN, A. H. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. **Medwave**, Chile, v.13, n.1,p.1-8, 2013.

LIMA, A. M. V. et al. Supervisão de trabalhadores de enfermagem em unidade básica de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 577-93, dez. 2014.

LIMA, G. P. **O exercício gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família**. 2013. 126 p. Tese (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013.

LUDMILA, M. X. G; THIAGO. L. A.B.; CARLA, S. O. S.; JOANILVA, R. L.; MAISA, T. S. L.; Prática gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 695-707, set/dez. 2015.

MACIEL, L. M.; LAGE, A. M. D. O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.**; v. 1, n. 4, p.445-461, out./dez., 2011.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MARTINS, J. T et al. Significados do gerenciamento de Unidade de Terapia Intensiva para o enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v. 30, n. 1, p. 113-119, 2009.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. **A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.16, n.3, p.426-432. jul-set. 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, p. 71-112. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10^a.ed. São Paulo: Hucitec--Abrasco, 2007.

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

MISHIMA, S.M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (orgs). **O trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez, Cap. 8, p.251-29, 1997.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** 9^a ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; NETO, P. M. S. (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 81 a 104, 2004.

OLIVEIRA, G. P. et al. Os desafios para a intervenção em saúde na estratégia de saúde da família segundo os profissionais. **Cogitare enferm.** Curitiba, v. 16, n. 3, p. 448-54, 2011.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-81, set. 2010.

OLIVEIRA, R. M. **Comportamento Destrutivo no Trabalho em Saúde: Análise de Conceito.** 2015. 221f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2015.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L.P.; SILVA, M. A.; O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enferm.** v. 61, n. 3, p. 306-11, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados Primários de Saúde. Brasília, 1979. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** TheLancet: Londres (GB), p. 11-31, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-8, Dez. 2006.

PAULA K. A.; PALHA P. F.; PROTTI S. T. Intersetorialidade uma vivencia pratica ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito oeste-Ribeirão Preto. **Rev Interface-Comunic Saúde Educ.,** Botucatu (SP), v. 8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de janeiro: UERJ, IMS - ABRASCO, 2003.

QUINN, R. E. et al. **Competências Gerenciais a abordagem de valores concorrentes na gestão.** Tradução de: Roberto Sócio de Almeida. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RÊGO, C. C. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem,** Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul./set. 2015.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev. bras. enferm.,** v. 60, n. 2, p. 221-4, mar./abr. 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. D. S.; Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saude Publica,** v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.

SILVA, C. C. S. et al. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba - Brasil. **Rev. Eletr. Enf.,** Goiânia, v. 15, n. 1, mar. 2013.

SOARES, C. E. S.; BIAGOLINI, R. E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 47, n. 4, p. 915-921, ago. 2013.

SOUZA, E. C. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em enfermagem**. 2011. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SOUZA, F. M.; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no microsistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 620-25, out. 2006.

SOUZA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-35, 2009.

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

TREVIZAN, M. A. et al. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 457-60, jun. 2006.

TRINIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, Mar/Abr. 2007.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2012.

VISENTIN, F. et al. A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 33, n. 3, dez. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Tempo de atividade profissional: _____ anos.
4. Tempo de atuação no PSF: _____ anos.
5. Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros
6. Pós-graduação: () S () N. Se sim qual? _____
- 7 Tipo de vínculo empregatício: _____
8. Outro vínculo empregatício: () S () N. Se sim qual? _____

Questões norteadas:

1. Descreva a sua compreensão sobre a dimensão gerencial do seu processo de trabalho na Atenção Básica:
2. Quais são as atividades gerenciais desenvolvidas em seu cotidiano de práticas nesse nível de atenção?
3. Quais os fatores que facilitam e dificultam na realização das práticas gerenciais na Estratégia Saúde da Família?

APÊNDICE B -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Trabalhador (a) de Saúde,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “Ações de gerência na Atenção Básica: percepção dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família” que tem como objetivo averiguar a percepção dos enfermeiros na Atenção Básica sobre as ações de gerência realizadas na Estratégia Saúde da Família. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar sobre as singularidades do seu trabalho. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: maior compreensão sobre as práticas gerenciais desenvolvidas e conseqüentemente espaços de produção do cuidado condizentes com as necessidades vivenciadas.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmica **Jaine da Silva Batista (87) 98101-1188**; e Orientador da pesquisa **Profº. Dr. Marcelo Costa Fernandes: (85) 9922-1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA" a ser desenvolvido pela aluna Jaíne da Silva Batista, sob orientação do Professor Dr. Marcelo Costa Fernandes, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

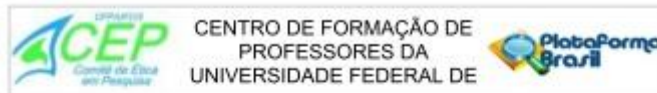
Cajazeiras, 01 de julho de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Régio

Renata Emanuela de Queiroz Régio
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escolar/Programa Rede Escola

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57736916.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.642.763

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 57736916.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes trata de um estudo que tem como objetivo averiguar a percepção dos enfermeiros na Atenção Básica sobre as ações de gerência realizadas na Estratégia Saúde da Família

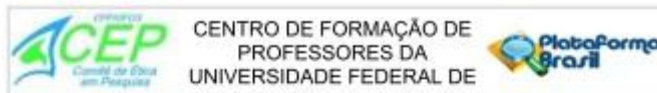
Objetivo da Pesquisa:

O projeto AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA tem por objetivo principal Averiguar a percepção dos enfermeiros na Atenção Básica sobre as ações de gerência realizadas na Estratégia Saúde da Família. Específicos: Identificar a compreensão dos enfermeiros sobre a dimensão gerencial do seu cotidiano de práticas; Aprender quais práticas gerenciais são desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família pelo enfermeiro; Analisar os fatores intervenientes na realização das ações gerenciais no campo da Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Endereço: Rua Sérgio Moreira do Figueiredo, s/nº
 Bairro: Casas Populares CEP: 56.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ufcg.edu.br



Continuação de Parecer: 1.642.703

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA é importante por contribuir para a saúde pública e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Marcelo Costa Fernandes redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

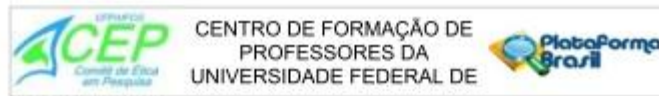
Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto AÇÕES DE GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, número 57736916.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_P OBJETO_757223.pdf	11/07/2016 21:17:33		Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.doc	11/07/2016 21:17:13	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	11/07/2016 21:16:37	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	11/07/2016 21:16:06	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	11/07/2016 21:15:55	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Orçamento	Orçamento.doc	11/07/2016 21:15:43	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	11/07/2016 21:15:31	Marcelo Costa Fernandes	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/nº
 Bairro: Casas Populares CEP: 56.900-000
 UF: PB Município: CAJAZERAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ufpb.edu.br



Credenciamento de Parecer: 1.642.763

Folha de Rosto	folhadecostocassinada.pdf	11/07/2016 21:15:14	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
----------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 20 de Julho de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casa Populana CEP: 56.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ufpb.edu.br