



ARTIGO DE PESQUISA

PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE WORK PROCESS OF THE MID-LEVEL PROFESSIONAL NURSING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL PROCESO TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE NIVEL MEDIO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Hellen Ariane Ribeiro¹, Heloisa Maria Siqueira Rennó², Tarcísio Laerte Gontijo³, Ricardo Bezerra Cavalcante⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção do profissional de nível médio de enfermagem sobre o seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Método:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em unidades de saúde da família, em um município de médio porte brasileiro. Realizaram-se entrevistas abertas, com oito profissionais de enfermagem. Utilizou-se a Análise de Conteúdo para organização e análise dos dados coletados. **Resultado:** verificou-se que os profissionais valorizam um processo de trabalho norteado para a realização de procedimentos visando às ações curativas em detrimento de ações de prevenção e promoção. Perceberam-se dificuldades, como a falta de estrutura, grande demanda espontânea para ser atendida e burocratização do processo de trabalho. Também apresentam uma dualidade de sentimentos representados pela satisfação e a frustração com o seu processo de trabalho. **Conclusão:** é preciso repensar a formação deste profissional, bem como sua inserção na equipe de saúde da família em uma perspectiva de valorização do seu conhecimento.

Descritores: Processos de enfermagem; Auxiliares de enfermagem; Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of the average level of nursing professionals about their work process in the Family Health Strategy. **Method:** this is a qualitative study. It was developed in Family Health Units in a municipality of Brazilian midfielder size. There were open interviews with eight nurses. We used the Content Analysis for organizing and analyzing the collected data. **Results:** it was found that professionals value a guided work process for performing procedures to curative actions to the detriment of prevention and promotion activities. They realized to difficulties such as lack of infrastructure, large spontaneous demand for care and bureaucratization of the labor process. They also have a duality of feelings represented by satisfaction and frustration with your work process. **Conclusion:** it is necessary to rethink the formation of this professional as well as their integration into family health team with a view to increasing their knowledge.

Descriptors: Nursing process; Nurses' aides; Family health strategy.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción del nivel medio de los profesionales de enfermería acerca de su proceso de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** se trata de un estudio cualitativo. Fue desarrollado en las Unidades de Salud de la Familia en un municipio de tamaño centrocampista brasileño. Hubo entrevistas abiertas con ocho enfermeras. Se utilizó el análisis de contenido para organizar y analizar los datos recogidos. **Resultados:** se encontró que los profesionales valoran un proceso de trabajo guiada para realizar procedimientos de los curativos acciones en detrimento de las actividades de prevención y promoción. Se dieron cuenta de las dificultades como la falta de infraestructura, la gran demanda espontánea de la atención y la burocratización del proceso de trabajo. También tienen una dualidad de sentimientos representados por la satisfacción y la frustración con su proceso de trabajo. **Conclusión:** es necesario repensar la formación de este profesional, así como su integración en el equipo de salud de la familia con el fin de aumentar sus conocimientos.

Descriptores: Procesos de enfermería; Auxiliares de enfermería; Estrategia de salud familiar.

¹Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del Rei - UFSJ. ²Graduada em Enfermagem. Doutoranda pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor a adjunta I da Universidade Federal São João Del Rei, Brasil. ³Graduado em Enfermagem. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto da Universidade Federal de São João Del-Rei, Brasil. ⁴Graduado em Enfermagem. Doutorado em Ciência da Informação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil (2011). Professor da Universidade Federal de São João Del-Rei, Brasil.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde compartilha características comuns com outros processos, tendo como diferencial o objeto da ação e as pessoas que são

coparticipes e corresponsáveis pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica⁽¹⁾. Os processos de trabalho tanto reiteram as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las quanto podem criar novas necessidades e respectivos processos de

trabalho e modelos de organização de serviços. E o saber é o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho⁽²⁾.

Nesse contexto, o modelo de atenção centrada na concepção biomédica tem por finalidade a produção da cura, orientado pela fragmentação e tecnicidade da assistência. Já um modelo assistencial produtor de saúde deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade⁽³⁾. Tem-se como exemplo de modelo assistencial produtor de saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui o objetivo de reorganizar a Atenção Básica, ampliando o acesso da família à saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua⁽⁴⁾.

Na ESF, as atividades são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Possui uma nova forma de vínculo entre os membros, baseada na multidisciplinariedade, diferente do modelo tradicional, dando maior diversidade às ações, o que traz uma nova forma de trabalho⁽⁵⁻⁶⁾.

O trabalho dos profissionais de saúde é regido por legislações e sofre influências do contexto social, político e econômico. Além disso, o meio de trabalho onde o profissional está inserido pode influenciar no desenvolvimento de suas atividades, seja pela constituição física do ambiente, pelo conhecimento/habilidades que o serviço demanda ou pelas relações trabalhistas entre os membros da equipe. Assim, levando em consideração tais observações, ao ser inserido no modelo de assistência da ESF, o profissional de nível médio de enfermagem confronta-se com um contexto no qual vivencia novas relações de trabalho e contempla outras maneiras de agir⁽⁷⁾.

Na sua atuação profissional, as ações, as técnicas, os recursos diagnósticos e os instrumentos de que faz uso de acordo com cada realidade podem gerar uma marcante diversidade de atividades. Diante disso, faz-se pensar quais são essas diversas funções realizadas por este profissional na ESF perante esse amplo contexto e como elas interferem em seu processo de trabalho.

É preciso refletir sobre a inserção do profissional de nível médio na ESF e com isso conhecer sua condição de trabalho, atuação, bem como sua importância para a equipe. Dessa forma, este estudo tem o objetivo de analisar a percepção do profissional de nível médio de enfermagem sobre o seu processo de trabalho na ESF.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo descritivo desenvolvido em unidades de ESF de um município polo da região Centro-Oeste de Minas Gerais. Possui uma população de cerca de 217 mil habitantes. O município é dividido em 12 Setores Sanitários e a rede assistencial conta com 15 equipes de ESF, 02 Equipes de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e 15 Unidades Básicas⁽⁸⁾.

Para a seleção dos participantes do estudo, utilizou-se como critérios o fato de serem profissionais de nível médio de Enfermagem; atuarem em uma das 15 equipes de saúde da família do município; e terem mais de 6 meses de experiência na Estratégia de Saúde da Família.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista aberta com duração média de 20 minutos, em profundidade, utilizando-se de uma pergunta norteadora (“Quais atividades você desenvolve na ESF e como se sente em relação ao seu trabalho?”), sendo que as respostas foram áudio gravadas e posteriormente transcritas, havendo somente uma entrevista com cada participante⁽⁹⁾. A seleção da ordem dos entrevistados se deu por

sorteio, sendo agendadas previamente. Os entrevistados foram nomeados por um sistema de codificação de dados através da letra T na inicial e números cardinais de um a oito, aleatoriamente, de modo que não sejam identificados.

Para compor o rol de sujeitos entrevistados e finalização das entrevistas, foi utilizada a Saturação Teórica⁽¹⁰⁾. Assim, interromperam-se as entrevistas a partir da constatação de que os dados coletados apresentam repetições e que não são mais verificados novos elementos representativos para análise. Para a sistematização da constatação da saturação teórica, foram utilizados os oito passos definidos por Fontanella et al (2011): disponibilizar os registros brutos; imergir em cada registro; compilar as análises individuais; reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria; e visualizar a saturação⁽¹⁰⁾.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, modalidade Temática⁽¹¹⁾. A organização da análise de conteúdo realiza-se em três fases, sendo essas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Dessa forma, primeiro é realizada a transcrição das entrevistas gravadas e consequente leitura do seu conteúdo (leitura flutuante). Após a leitura, são transformadas as intuições em hipóteses a serem validadas ou não pelas etapas consecutivas, extraíndo critérios de classificação dos resultados obtidos em categorias de significação. Ao final desta etapa, passam-se as interpretações buscando sempre o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais⁽¹¹⁾.

Este estudo obedeceu aos princípios éticos da resolução 196/96 das pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres

Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del - Rei - CEPES/CCO segundo parecer número 132/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da análise dos dados coletados, emergiram três categorias temáticas, sendo elas: Processo de trabalho norteado pelo modelo biologicista; Dificuldades enfrentadas no processo de trabalho; e Dualidade de sentimentos (Satisfação e frustração).

Processo de trabalho norteado pelo modelo biologicista.

Identifica-se nas falas dos entrevistados grande preocupação quanto às ações de promoção e prevenção, mas, ao descreverem suas atividades na ESF, destacam principalmente ações curativistas e focadas no indivíduo. Observa-se uma dicotomia entre discurso e realidade. “[...] A gente tenta trabalhar com prevenção né, mais muitas vezes o técnico parece que trabalha mais é com o processo assim de cura, curativo, porque assim é técnicas né [...]” (T2). “[...] a equipe de PSF atende como função a prevenção, a reabilitação da saúde do paciente e tal..., atender o paciente como um todo então a gente como técnico de enfermagem nossa função no PSF é mais função de vacinação né, fazer a triagem pro médico, geralmente pressão, glicemia pra fazer, tem curativo né, mais essas questões técnicas, e às vezes também fica por conta do técnico fazer as atividades na área administrativa [...]” (T1).

Outro discurso emergente é a percepção de que as atividades administrativas também fazem parte de seu processo de trabalho, sendo essa questão bastante frisada nas entrevistas. “[...] E às vezes também fica por conta do técnico fazer as atividades na área administrativa junto ao enfermeiro também, a questão das marcações que precisa fazer para poder mandar para marcar né [...]” (T1).

“[...] Faz um pouquinho a parte da agente administrativa, não tem né na unidade, precisava (risos) de um agente administrativo porque ai aliviava um pouco a gente o tempo porque é só um técnico na equipe, ai tem que fazer as vezes, mexer com a papelada, os encaminhamentos que dão um trabalhão, que é muito exames, RX, ECG, para estar mandando para a secretaria, mamografia tem de estar preenchendo aqueles papel todos [...]” (T2).

Inicialmente, a inserção de profissionais da enfermagem na atenção primária à saúde se deu pela necessidade de desenvolver atividades de cunho administrativo focadas na organização do cenário de prática para a atuação do profissional médico⁽¹²⁾. Atrelado a isso, as ações assistenciais executadas por estes profissionais também acompanharam esta perspectiva do processo de trabalho médico focado em ações individuais e curativas. Além disso, a formação dos profissionais de nível médio, neste período, ainda estava centrada no desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para o contexto hospitalar⁽¹³⁾.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), requereu-se mudanças no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem. Estas mudanças advêm da necessidade de incorporar os avanços teóricos empreendidos pelo novo modelo de saúde em processo de implantação. Buscou-se na enfermagem passar de práticas curativistas a práticas centradas no atendimento das necessidades individuais e coletivas, focadas nas ações de promoção, prevenção e reabilitação. A inserção dos profissionais de Enfermagem neste contexto buscou a composição de uma equipe mínima capaz de atender o usuário e a coletividade em suas necessidades, principalmente com ações focadas na prevenção de doenças e promoção da saúde⁽¹⁴⁾.

Apesar da busca da interrupção do modelo de saúde anterior, hegemônico, centrado em práticas curativas, verificou-se nesta pesquisa que os profissionais de nível médio de enfermagem ainda percebem e valorizam o processo de trabalho centrado em práticas individuais, curativas e focado em procedimentos. Verifica-se a representação das interferências e atravessamentos do modelo hospitalocêntrico na atenção primária e mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família. As instituições possuem interferências/atravessamentos de outras instituições, que transportam suas formas de trabalho, sua filosofia institucional, não sendo diferente na ESF, de forma que esta é atravessada pelo modelo hospitalocêntrico. Ao mesmo tempo, a ESF também é um lugar de transversalidades, pois se busca um novo processo de trabalho visando à superação dos atravessamentos curativistas⁽¹⁵⁾.

O discurso oficial da Atenção Primária de Saúde ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações, sendo necessário “aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma”⁽¹⁶⁾.

Alguns estudos trazem que o trabalho se mantém, em geral, fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas e da desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina, e destaca-se o problema da formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na Saúde da Família, seja por problemas na educação profissional, seja pelos déficits na educação permanente⁽¹⁷⁾.

Foi possível verificar que o processo de trabalho dos profissionais de nível médio na ESF é, de certa forma, influenciado pelos saberes do modelo hospitalocêntrico e pela forma de prestar a assistência em saúde deste mesmo modelo. Enfim, os próprios profissionais envolvidos neste estudo, apesar

de verbalizarem a importância do novo modelo assistencial, ainda enfatizam a necessidade de cuidar a partir da realização do procedimento e com vistas ao processo da cura e não da prevenção.

Dificuldades enfrentadas no processo de trabalho

Nos discursos dos entrevistados, destacam-se a sobrecarga de trabalho e a falta de infraestrutura (física, pessoal e materiais) como dificuldades apresentadas. “[...] O técnico em enfermagem fica muito sobrecarregado no PSF, pois é uma pessoa para fazer todas as atividades [...]” (T5). “[...] A classe do técnico em enfermagem fica sobrecarregado [...]” (T6). “[...] Às vezes falta material né, a estrutura física da unidade dificulta, [...] a gente tenta fazer o melhor, com o que tem a gente tenta fazer o melhor, mais as vezes né [...]” (T2). “[...] A casa (unidade) é totalmente sem estrutura, pois a casa totalmente sem condições a própria estrutura sucateada, lá em baixo a sala da médica esta com mofo, quando chove não tem condição de atender [...]” (T7).

A desorganização da rede assistencial atrelada à grande demanda espontânea é outra dificuldade abordada pelos participantes. “[...] O PSF é bom de trabalhar, mas ainda tem seus pontos revistos, pois suas falhas que o pessoal vem lutando [...]. Há gente se sente com as mãos atadas, pois sabemos que não temos como fazer, não que não queremos, mas pelas as condições que são oferecidas [...]” (T6). “[...] , pois a demanda é muito grande, pois é um atendimento que ate entrar na cabeça das pessoas que é uma questão de prevenção é mito importante, pois o curativo demora, pois tentamos desenvolver um trabalho bom [...]” (T7). “[...] De uma forma geral eu acho que a estratégia saúde da família é uma coisa boa, mais eu acho que a maioria do pessoal ainda não tem cabeça pra ela. [...] É porque o

pessoal procura muito a gente pra curar, e palestras coisas que a gente faz para prevenir o pessoal acaba que não capita e o pessoal gosta de mais de remédio, muito mesmo [...]” (T8).

Os participantes também relatam que nem sempre são oferecidas capacitações visando ao aprimoramento do processo de trabalho do profissional de nível médio de enfermagem. “[...] No meu caso corro atrás de novos cursos que possam a vir me ajudar, pois o sistema não oferece uma capacitação para o profissional na área de saúde, pois ele não vê que nesse meio tem novas pesquisas, novos progressos, e o profissional tem que ir atrás de novos cursos de capacitação, para que seja um bom profissional. Eu faço isso, eu corro atrás fico sabendo procuro cursos que possa fazer [...]” (T5).

Algumas dificuldades para a realização do processo de trabalho também foram percebidas pelos profissionais de nível médio. Identificaram que há um excesso de atividades administrativas vinculadas ao seu processo de trabalho e isto tem impedido em parte a realização das atividades assistenciais preconizadas na Estratégia de Saúde da Família. Estas atividades administrativas estão relacionadas à preparação do ambiente de cuidar do profissional médico, à coleta de dados a serem armazenados nos sistemas de informação e ao suporte para o processo de trabalho do enfermeiro. Os procedimentos administrativos na ESF, em sua maioria, são realizados pelos profissionais de enfermagem embora seja de responsabilidade de toda a equipe⁽¹⁸⁾.

Repete-se uma determinação histórica em que os profissionais de enfermagem são responsabilizados pela organização do cenário de atuação dos demais profissionais de saúde⁽¹²⁾. Pode constituir-se em um fator dificultador em inibir a realização de práticas de cuidado específicas do profissional e centradas no usuário e sua coletividade. É

importante lembrar que as atividades administrativas de responsabilidade dos profissionais de enfermagem devem acontecer de forma integrada às responsabilidades administrativas dos demais profissionais da ESF. E, além disso, não devem ser a prioridade no âmbito da unidade de saúde, visto que o profissional de nível médio de enfermagem além das atribuições específicas da categoria profissional deve desenvolver, de maneira conjunta e integrada com a equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida na comunidade, além de intervenções para recuperação e reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos demais espaços comunitários⁽¹⁴⁾.

Atrelado à burocratização do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem está a falta de infraestrutura e a assistência voltada para o atendimento à demanda espontânea. Representam também dificuldades para o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Em relação à demanda espontânea, alguns aspectos devem ser discutidos. Primeiramente, o fato de que a própria população tem um conhecimento sobre a sua necessidade e busca por atendimento⁽¹⁸⁾. Baseado nisso, a sua busca por assistência e cuidado, em sua maioria, será por uma intervenção sobre um processo agudo (patologia instalada) ou um processo crônico que reagudizou⁽¹⁹⁾. Enfim, o conhecimento ou incompreensão que o usuário possui sobre a ESF e seu processo de trabalho pode acabar por estrangular o serviço⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto é o fato de que a própria rede assistencial, muitas vezes, esteja sendo organizada de forma a atender o indivíduo a partir de um enfoque patológico, onde não há integração entre os serviços, com baixa resolutividade e sem continuidade do processo assistencial⁽¹⁹⁾. Esta conformação da rede assistencial tende a influenciar o processo de trabalho da equipe que acaba criando rotinas

para realização de atividades que atendam à demanda potencial focada em ações curativas e medicamentosas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

É necessário intervir nesse contexto a partir da organização da rede assistencial do município. Este é um desafio político que envolve um processo de mudança complexo e repleto de desafios. Além disso, é necessário que o processo de trabalho da ESF esteja se reorientando ao atendimento da demanda programada. Os profissionais de nível médio devem participar deste processo tendo suas atividades assistenciais individuais e coletivas valorizadas no contexto da ESF. Para isso, também é preciso que as condições de trabalho sejam adequadas, bem como ocorra um processo de capacitação destes profissionais. O trabalho em serviços de saúde também depende de fatores como a estrutura física, recursos materiais e tecnológicos disponíveis para melhor execução das atividades e também se esbarra na necessidade de profissionais qualificados que, quando têm boas condições de trabalho, acabam por ser motivados para transformar insumos e obter resultados⁽²²⁾. Para auxílio nesse processo, pode-se utilizar da abordagem interdisciplinar que a ESF permite, pois nela há possibilidade dos membros se articularem para enfrentar e propor soluções ao processo saúde-doença⁽²³⁾.

Dualidade de sentimentos: Satisfação e frustração

É verificada nas falas a satisfação com o processo de trabalho executado. Esta satisfação está atrelada à compreensão de sua prática profissional como algo caritativo. “[...] Eu me sinto feliz e útil, pois, foi algo que eu escolhi para a minha vida, por que eu sei que tô ajudando as pessoas [...]” (T7). “[...] No PSF temos o contato com o paciente, eu gosto muito, de fazer isso, eu me sinto realizada, por fazer isso, gosto de fazer faço por amor, por experiência prefiro o PSF, pois

gosto do que faço me sinto realizada por esta ajudando o paciente, não agrado todos, mas quando vejo que fiz certo me sinto realizado [...]” (T5).

Também é perceptível uma satisfação do profissional relacionada à execução do procedimento técnico. Ao mesmo tempo, a ausência de alguns procedimentos é percebida com certa insatisfação. “[...] Eu amo a arte de cuidar mesmo, de dar banho, de fazer curativo, do cuidado paliativo, só que no PSF não tem muito esses cuidados paliativos infelizmente, [...] eu adoro, adoro fazer vacina, adoro fazer tudo eu amo de paixão [...]” (T4). “[...] É assim, dentro das minhas atribuições eu gosto muito do que eu faço, e é bom, é bom estar fazendo a visita a pessoa fica tão satisfeita, às vezes é uma coisa que a gente acha que é simples, é só uma pressão mais daí eu vou lá, nossa a pessoa fica super satisfeita, curativo também estar orientando, você ver que está melhorando é muito bom [...]” (T2).

A frustração também é algo presente nos discursos dos profissionais e está atrelada à necessidade de reconhecimento do seu trabalho por parte de usuários e gestores, mas também à falta de infraestrutura para a realização de atividades inseridas em seu processo de trabalho. “[...] Olha com o sistema não, pois ele não te valoriza. É muito raro que alguém faça um elogio, mas se fazer algo que não faça bem feito não sabem agradecer [...]” (T5). “[...] Hoje em dia temos muitas frustrações, pois abriu o PSF, mas abriu entre aspas, por que a casa totalmente sem estrutura [...] Pois corremos atrás de muita coisa, mas ficamos barrados por coisas pequenas” (T7). “[...] A gente se sente com as mãos atadas, pois sabemos que não temos como fazer, não que não queremos, mas pelas as condições que são oferecidas [...]” (T6). “[...] Muitas coisas do que eu faço não faço como eu aprendi porque não tem como fazer. Igual a sala de enfermagem não tem uma pia

para eu lavar a mão, então eu lavo a mão no tanque lá fora, que o banheiro é um único para a unidade inteira, é [...] curativo, eu não tenho sala de curativo, eu faço curativo no terreiro ao tempo, então tem muita coisa que eu teria que estar fazendo bem feito que eu não faço” (T4).

Além das características e das dificuldades do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem também se verificou uma dualidade de sentimentos. Ora os profissionais perceberam o seu processo de trabalho como algo que lhes traz satisfação, ora o perceberam como repleto de frustrações. A satisfação no trabalho é um estado de prazer emocional resultante da avaliação que um profissional faz sobre até que ponto o trabalho que desenvolve atende aos seus objetivos, necessidades e valores, ou seja, quanto mais se sente valorizado, maiores são as chances de motivação para o trabalho⁽²⁴⁾. Em relação aos sentimentos de satisfação e frustração, neste estudo, os mesmos estão atrelados à necessidade da realização do procedimento técnico. A garantia de sua realização e seu reconhecimento pelo outro é o que vai desencadear a satisfação ou a frustração. De acordo com a Teoria Hierárquica das Necessidades de Maslow, o trabalhador tem necessidades de autoestima e estima por parte de outros, sente responsabilidade por resultados, busca orgulho, reconhecimento e promoções⁽²⁵⁾. Nesta perspectiva o trabalho, não é apenas uma possibilidade de prestígio financeiro, mas de prazer em cuidar do outro. Enfim, o cuidar traz uma diferente forma de agir, em que a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude⁽²⁶⁾. Estes são os atravessamentos que se inserem no processo de trabalho da estratégia de saúde da família. Enfim, nas ESF, os profissionais de enfermagem tendem a reproduzir um modelo assistencial focado na técnica, no

procedimento e na ação sobre um processo patológico estabelecido.

No entanto, o procedimento técnico não é a única forma de cuidar atrelado ao profissional de enfermagem. O cuidado precisa ser compartilhado com o usuário e a comunidade. É preciso promover a participação ativa dos usuários em seu processo de saúde, doença e recuperação, e não apenas deixá-los em uma atitude passiva de receber o procedimento técnico focado na intervenção sobre um processo patológico instalado. Essa mudança de comportamento pode evidenciar impacto no atendimento específico do profissional e, portanto, desvinculado dos saberes da técnica muitas vezes decorrentes da visão biomédica e utilizando mais de saberes de promoção da saúde e de prevenção de doenças⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem de nível médio percebem o processo de trabalho em um modelo assistencial focado em procedimentos técnicos e curativos. Despertam sentimentos como a satisfação e a frustração com o seu processo de trabalho, mas em uma perspectiva da presença ou da ausência de ações tecnicistas.

Estas constatações despertam a necessidade de uma reorientação do processo de trabalho destes profissionais que deve satisfazer às características do processo de trabalho que se espera na Estratégia de Saúde da Família, focado na prevenção e promoção da saúde. Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de repensar o modelo de formação destes profissionais passando da ênfase na técnica para a ênfase no cuidado centrado no indivíduo e sua coletividade. A prevenção e a promoção da saúde também são prerrogativas de um cuidado neste novo modelo de saúde que se pretende alcançar.

Por fim, há a necessidade de que o profissional de nível médio de enfermagem seja reconhecido enquanto sujeito ativo do

processo de trabalho da equipe e que possui suas especificidades e um corpo de conhecimento necessário ao cuidado integral dos usuários e famílias. O profissional de enfermagem não deve ser considerado apenas o sujeito que organiza o cenário ou é responsabilizado pelas atividades administrativas da equipe. Ele é também essencial para o cuidado que se estabelece na prevenção de doenças, promoção de saúde e reabilitação. O tecnicismo deve estar somado a uma reflexão das necessidades e possibilidades de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Faria HP, Marcos AFW, Max AS, Paulo FT. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009, 68p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3928.pdf>
2. Mendes Gonçalves, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 - Série textos).
3. Arce VAR, Sousa MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. Saúde Soc. [S.l.]. 2013;22(1):109-123. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76414/80121>.
4. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc. saúde colet. 2013;18(11): 3203-3212. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/28966bf16f602860ddfef8a576182ba9/1.pdf?pqorigsite=gscholar&cbl=2034998>.

5. Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Ciênc. cuid. saúde*. 2012;11(2):226-234. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10445/pdf>.
6. Souza MG, Mando ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia saúde da família. *Texto & contexto enferm.* Florianópolis, 2013;22(3):772-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a25.pdf>.
7. Maissiata GS, Lautertb L, Paic DD, Tavaresd JP. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Rev. gaúch. enferm.* 2015;36(2):42-9. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130175/000978055.pdf?sequence=1>.
8. Divinópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2013/2016. Divinópolis: Prefeitura Municipal de Divinópolis, 2013. [acesso em 2013 Dez 12]; Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br>.
9. Piovani JI. "La entrevista em profundidad" in MARRADI, Alberto; ARCHENTI, Néida & PIOVANI, Juan Ignacio. *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2007.
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: uma proposta para os procedimentos para detectar a saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(2):388-394. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA. 2015.
12. Matumoto S, Vieira KCS, Pereira MJB, Santos CB, Fortuna CM, Mishima SM. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. *Rev. latinoam. enferm.* (Online) 2012. [acesso em: 14 jan 2013];20(4):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_11.pdf.
13. Nascimento EPL, Nozawa MR. O trabalho das enfermeiras no SUS de Campinas: anos 70 e 80. *Rev. bras. enferm.* 2004;57(2):212-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000200016&lng=pt&lng=pt.
14. Oliveira HM, Moretti-pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface comun. saúde educ.* 2011;15(37):539-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37.pdf>.
15. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009;43(4):937-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>.
16. Mendes EV. *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília: OPAS; 2012.
17. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimaraes J. *A integralidade da atenção à*

saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(2):555-560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028

18. Shimizu Helena Eri, Carvalho Junior Daniel Alvão de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Set [citado 2016 Nov 09];17(9):2405-2414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

19. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, *et al*. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4395-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a12v16n11.pdf>.

20. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.

21. Heidemann ITSB, Wosny Ad, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc. saúde coletiva*, 2014;19(8): 3553-3559. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/36bb1c83a0427203cec26fb6-3f8099e2/1.pdf?pqorigsite=gscholar&cbl=2034998>.

22. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos

em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2010;26(3):603-614. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300017&script=sci_arttext.

23. Costal JRB, Romanoll VF, Costal RR, Vitorinol RR, Alves LA, Gomes AP, Batista RS. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *Rev. bras. educ. méd.* 2012;36(3):387-400. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Vitorino/publication/262633105_Medical_training_in_the_family_health_strategy_students_perceptions/links/5539cf6f0cf247b85881489f.pdf.

24. Rueda FJM, Lima RC, Raad AJ. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: relação entre escalas que avaliam os construtos. *bol. psicol.* 2014;64(141):141-129. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432014000200003&script=sci_arttext.

25. Carvalho, RJ. Psicologia organizacional e teorias motivacionais. *Agora (Rio J.)*, 2014; X(19):14-10. Disponível em: http://agora.ceedo.com.br/ojs/index.php/AGORA_Revista_Eletronica/article/view/97/153.

26. Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano - Compaixão pela Terra Petrópolis (RJ), Ed. Vozes, 1999, p.199.

27. Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012;20(1):9-14. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3967/2750>.

Recebido em: 22/03/2015

Versão final reapresentada em: 01/08/2016

Aprovado em: 01/08/2016

Endereço de correspondência

Hellen Ariane Ribeiro

Rua João Dias, 2160 - Bairro Jusa Fonseca

CEP 35500470 - Divinópolis/MG. Brasil

Email: hellen.ribeiro.enf@gmail.com