

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VALÉRIA REGINA CAMPOS DUARTE**

**A SOBRECARGA DE TRABALHO NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS**  
**2013**

**VALÉRIA REGINA CAMPOS DUARTE**

**A SOBRECARGA DE TRABALHO NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

**CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS**

**2013**

**VALÉRIA REGINA CAMPOS DUARTE**

**A SOBRECARGA DE TRABALHO NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

Banca Examinadora

Ayla Norma Ferreira Matos (Orientadora) \_\_\_\_\_ UFMG

Fernanda Magalhães Duarte Rocha \_\_\_\_\_ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 14/09/2013

Ao meu pai que com toda a sua carência de conhecimentos técnicos e científicos sempre ofereceu muito estímulo à busca do novo e nunca deixou de me apresentar às transformações que o conhecimento pode produzir em nossas vidas.

Agradeço a Deus, por amar-me na minha pequenez e em sua grandeza tornar possível a realização dos meus sonhos.

Ao meu namorado por fazer com que as batalhas da vida sejam menos árduas e mais coloridas de alegria.

À Secretaria Municipal de Saúde de Senhora de Oliveira, pela oportunidade em vivenciar na Estratégia de Saúde da Família o trabalho que realizo com amor.

À orientadora Ayla Norma, pela compreensão, paciência e participação ativa neste trabalho.

## RESUMO

Na atenção primária à saúde, além de desenvolverem as funções relacionadas à dinâmica vivenciada no cotidiano das unidades básicas, os profissionais enfermeiros também precisam lidar com o cumprimento das metas, coberturas dos programas solicitados pelos gestores e as questões relacionadas às exigências do trabalho em equipe. O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre a sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem na atenção primária em saúde. Foi realizada pesquisa bibliográfica no período de dezembro de 2012 a março de 2013. Utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram selecionados textos da base de dados Lilacs e Scielo, além de livros e dissertações de mestrado. Como palavras-chave foram utilizadas sobrecarga de trabalho, atenção primária e trabalho da enfermagem. O trabalho em equipe é uma característica forte da Estratégia de Saúde da Família, assim como a necessidade dos profissionais que trabalham neste setor possuírem aptidões para trabalhos comunitários. O estresse dos profissionais, os vínculos frágeis com as instituições e a necessidade de humanizar a assistência prestada são parte do cotidiano da atenção primária à saúde. Constatou-se que o trabalho na estratégia de saúde da família trouxe como exigência o trabalho em equipe e o cumprimento de metas. Assim, se configura como um trabalho que exige saberes complexos e multidisciplinares para garantir uma atenção integral aos usuários. Além disso, ficou evidente a necessidade dos enfermeiros investirem no trabalho em equipe como forma de evitar a sobrecarga no trabalho.

**Palavras-Chave:** Sobrecarga de trabalho. Atenção Primária. Trabalho da enfermagem.

## **ABSTRACT**

In attention to primary health, and to developed functions related to a living dynamic in the everyday basis, the professionals' nurses also need to deal with goal fulfillment, coverage of programs asked by managers and the questions related to the work requirements from teamwork as a unit. The objective from this work was to analyze the scientific production on the work overload of nursing professionals in the primary attention of health. Bibliographic research was conducted in the period from December 2012 to March 2013. It was used the "Biblioteca Virtual de Saúde" (BVS), and it was selected texts from Lilacs and Scielo database, as well as books and masters dissertations. It was used as keywords; the work overload, primary attention and the nursing professionals. The teamwork is one strong characteristic of the Family and Health strategy, just as the needs of professionals whom work in this area possess the skill for community work. The professional stress, the weak connections with the institutions and the need to humanize the assistance given are all part of everyday primary care. It came to attention that the work on the family health strategy had brought requirements as teamwork and goals achievement. Therefore, configures that as a job that requires complex and multidisciplinary knowledge to ensure comprehensive care users. Furthermore, it was evident the need for nurses to invest in teamwork as a way to avoid work overload.

Keywords: Work overload. Primary attention. Nursing work.

## LISTA DE ABREVIATURAS:

APS	Atenção Primária à Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PMAQ	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária
SUS	Sistema Único de saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1.	OBJETIVO GERAL.....	14
3.2.	OBJETIVOS ESCPECÍFICOS.....	14
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
4.1.	CRIAÇÃO DO SUS E O TRABALHO EM SAÚDE.....	15
4.2.	TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA/ ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da sociedade, observa-se desde os primórdios a relação entre homem e trabalho como qualquer atividade que modifique o estado de algo, tendo em vista o aprimoramento de sua utilidade e, conseqüentemente, a melhor satisfação das necessidades humanas. Assim o trabalho é “o esforço, enquanto processo e ação, e o resultado, enquanto obra concluída” (ROSENSTOCK, 2011, p. 17). O trabalho é algo mais amplo do que a aquisição de bens e manutenção da sobrevivência; é também a condição de realização por meio da qual o homem se exterioriza e se dignifica (ROSENSTOCK, 2011).

Condições de trabalho se referem à força de trabalho, a especificidade de quem o realiza, à qualificação exigida, à divisão do trabalho, às relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social). Além dos aspectos relacionados ao ambiente sociotécnico para a realização do trabalho (BERTONCINI, PIRES e SCHERER, 2011).

A assistência prestada na Atenção Primária à Saúde (APS) à população, tem sido possível perceber várias situações de estresse e insatisfação quanto ao trabalho por parte dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais, dentre eles a da Enfermagem, que apontam para a pouca atenção às suas próprias condições de saúde (DAUBERMANN e TONETE, 2012). Apesar disso, conforme afirma Starfield (2002) os enfermeiros possuem treinamento e envolvimento com o trabalho que realizam o que lhes garantem efetividade e eficiência em suas práticas.

Para além das práticas da enfermagem, o trabalho realizado pelas equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), configuram-se como ambientes em frequente tensão para as equipes de saúde (DAUBERMANN e TONETE, 2012).

A saúde no trabalho é influenciada por uma série de fatores que podem interferir na satisfação do profissional. Estas interferências podem estar relacionadas ao sistema hierárquico da organização, a modalidade de liderança, a divisão de trabalho, ao excesso de responsabilidades, às relações interpessoais, ao conteúdo das tarefas e, também, ao retorno insuficiente de dados ou reconhecimento por parte das chefias (ROSENSTOCK, 2011).

Neste contexto, é constante o lidar com a divisão insuficiente de tarefas, nem sempre de fácil e rápida resolução, implicando a responsabilização pela atenção à

saúde dos usuários no decorrer do tempo, devendo-se acolher a população, atentando-se para suas inúmeras necessidades e demandas. Contudo, torna-se necessária essa atenção também para quem a proporciona, visto que os profissionais de saúde, como os agentes comunitários (ACS), médicos, dentistas e profissionais de Enfermagem, dentre outros, devem estar muito bem preparados e, com condições biopsicossociais satisfatórias para o trabalho, tornando o local de trabalho mais interessante e humanizado, valorizando-se todos os envolvidos na produção de saúde (DAUBERMANN e TONETE, 2012).

Sendo a enfermagem a profissão essencialmente relacionada ao cuidado, seja ele prestado ao ser humano individualmente, na família ou na comunidade, trata-se de uma categoria profissional que deve prestar uma assistência humanizada. Para isso, é necessário que os enfermeiros tenham tempo para realizar suas atividades com amor e dedicação. Starfield (2002) afirma que o tempo gasto pelos enfermeiros é muito maior do que o tempo gasto pelos médicos. Desse modo, a sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho compromete a humanização, da mesma maneira as relações de trabalho em função de fatores externos e internos, vem se dando de modo pouco humanizado, interferindo diretamente na assistência.

Humanizar em saúde é uma via de mão dupla, pois é um processo que se produz e reproduz na relação usuário–profissional. Contudo, não é possível esperarmos da equipe de saúde uma assistência humanizada aos usuários quando as condições de trabalho são precárias, quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho que deixam as pessoas nos seus limites físicos e psíquicos (COLETE e ROZENDO, 2003, p. 9).

Cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que trata e o que é tratado. A equipe de saúde, assim como o paciente, também necessita de uma maior atenção, em todos os sentidos, e só a observação a esse requisito faz acontecer a assistência na sua essência (DAUBERMANN e TONETE, 2012).

Tomando por base a importância da participação ativa dos profissionais nas questões relativas às suas vidas, saúde e trabalho, é importante considerar as particularidades que estas podem assumir na assistência que é prestada aos usuários dos serviços.

## 2 JUSTIFICATIVA

O enfermeiro da ESF realiza assistência ambulatorial, domiciliar e coletiva. Além disso, é o responsável direto pelas atividades desenvolvidas pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem e pelo trabalho dos (ACS)s, conforme atribuições da portaria nº 2488, publicada pelo Ministério da Saúde, em 2011 (BRASIL, 2011).

Porém, com a amplitude adquirida pela ESF, que se configura como o primeiro nível da atenção e responsável por garantir aos usuários uma assistência de baixa densidade tecnológica e alta complexidade de conhecimentos, outras necessidades relacionadas a metas e a exigências internas do gestor, são acrescentadas às definidas pela portaria 2488 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Como parte deste contexto, segundo Freitas e Nunes (2010) surgiram como iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, o Programa Saúde em Casa com suas metas e o Projeto de Fortalecimento da APS. Bem como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ) e o Programa Saúde na Escola, como iniciativa do Ministério da Saúde, etc. Estes programas fazem parte da rede de descentralização preconizada pelas políticas públicas de saúde e, quanto mais programas o município adere mais recursos são enviados para o trabalho das equipes.

As adesões aos programas são determinadas pelo gestor de saúde e as atribuições são direcionadas à equipe. Considerando que o enfermeiro é o responsável pelo trabalho do ACS, conforme afirmam Pavoni e Medeiros (2009) e, também, pelo trabalho do técnico de enfermagem, conforme portaria 2488 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). É necessário que o mesmo desenvolva uma série de capacidades polivalentes, que muitas vezes extrapolam as suas atribuições, mas visam alcançar os objetivos da gestão. Isto por sua vez, é parte da rotina dos enfermeiros em cidades de pequeno porte.

O estímulo oferecido pelos gestores aos enfermeiros da saúde da família os colocam como corresponsáveis pelo sucesso do município dentro da rede macro na qual ele está inserido, de modo que os enfermeiros abracem a causa, se sobrecarreguem e ainda se sintam importantes por isso.

Desse modo a sobrecarga de trabalho é parte da rotina cotidiana e pode inclusive passar despercebida aos usuários e aos demais membros da equipe, mas

torna-se fator essencial ao comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários e a interação entre o enfermeiro e os demais membros da equipe.

Por este motivo optei pela escolha do tema sobrecarga de trabalho dos profissionais enfermeiros na atenção primária à saúde. A determinação deste tema foi potencializada pela observação no ambiente em que trabalho na APS e pelo estudo da disciplina de processo de trabalho realizado pelo curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os relatos de experiências dos colegas de turma e minhas próprias vivências estimularam a revisão sobre o que a literatura oferece a respeito deste assunto, que se faz tão pertinente em minha rotina e que interfere na qualidade das ações desempenhadas pela enfermagem.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral:**

Analisar a luz da literatura a sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem na atenção primária.

#### **3.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar os fatores que provocam a sobrecarga de trabalho do enfermeiro;
- Identificar como a sobrecarga de trabalho influencia na qualidade de vida dos profissionais da enfermagem;
- Identificar a sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro no processo de trabalho da equipe de saúde.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 CRIAÇÃO DO SUS E DA ESF E O TRABALHO EM SAÚDE.**

A promulgação da Constituição Federal de 1988, já incluiu em seus artigos como o novo sistema de saúde deveria se organizar. E em 1990, por meio da Lei 8080 foi criado o SUS, o que provocou diversas transformações no modo de operação do sistema de saúde e que gerou mudanças substanciais nas ações desenvolvidas pelos profissionais (VIANA e POZ, 2005).

O trabalho passa a ter uma perspectiva focada na promoção da qualidade de vida do sujeito, tendo como base do sistema público de saúde a APS. A fim de programar estas ações a ESF vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS (ROSENSTOCK, 2011).

A partir do início da década de 1990 a essência do direito social à saúde: universalidade, igualdade e garantia pelo Estado da atenção à saúde, expressa na Constituição Federal de 1988 e nas leis 8.080 e 8.142/90, foi abalada pelas reformas neoliberais do setor saúde. Num contexto de expansão e fortalecimento do capitalismo na perspectiva do projeto neoliberal, presenciou-se um retrocesso principalmente em relação à tarefa de proteção social conduzida pelo Estado, os direitos sociais foram lançados ao mercado e foram criados programas compensatórios para aqueles que não conseguem consumir bens nesse mercado (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007).

A história do PSF (Programa de Saúde da Família) tem início quando o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais apenas o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura por família (VIANA e POZ, 2005). Há uma polêmica quanto a ser um programa ou uma estratégia, devido à forma de implantação. Apresenta, por uma face, uma estrutura de programa, com passos bem definidos, e por outra, como estratégia ao passo que abre a possibilidade de concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo capaz de produzir impacto no mesmo (SCHIMITH e LIMA, 2009).

Devido à amplitude adquirida pelo PSF optou-se pela determinação por ESF conforme afirma Freitas e Nunes (2010). Com a sua implantação surgem também novas exigências sobre o trabalho que é realizado, tais como: trabalho em equipe, com área adscrita e responsabilidade sobre o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias, além de metas de produção fixadas segundo critérios qualitativos e quantitativos (DAUBERMANN e TONETE, 2012).

A ESF destaca-se entre as estratégias de saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nela atuam, sendo até mesmo, considerada a alavanca para a transformação do sistema como um todo. Como estratégia inerente à atenção primária guarda como propósito além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade (ROSENSTOCK, 2011).

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2002, p.28).

Observa-se que o trabalho na ESF exige uma gama de saberes complexos, por isso o uso de indicadores de qualidade de vida no trabalho tem sido inserido na construção de instrumentos de avaliação da satisfação no trabalho, principalmente em estudos acadêmicos e publicações técnicas que visam o levantamento da percepção dos trabalhadores quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas do ambiente de trabalho, ou seja, o desenvolvimento do bem-estar do trabalhador (ROSENSTOCK, 2011).

Este mesmo autor afirma ainda que, a satisfação no trabalho é uma atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho, envolvendo as relações de trabalho, a organização, o ambiente, as tecnologias da organização, o ambiente econômico-financeiro, as metas e objetivos da organização e desejos dos trabalhadores, entendidos singular e coletivamente. Desse modo é algo que também considera o desejo do trabalhador e não apenas a imposição institucional.

O ambiente de trabalho deve ser seguro, de respeito mútuo, com oportunidades para o desempenho de suas funções. Considera-se, para concretização da satisfação no trabalho, a necessidade de se valorizar o



trabalhador, sua participação no processo decisório, o incentivo do potencial criativo, a satisfação de suas necessidades, a humanização das relações de trabalho e a melhoria das condições laborais (DAUBERMANN e TONETE, 2012).

O que tem se observado nos espaços da saúde coletiva é um processo de trabalho bastante determinado de um lado pelo cumprimento do que estabelecem as planilhas e protocolos e de outro pela necessidade de atender rotineiramente a uma multidão de problemas não previstos no planejamento das ações. A partir dessas considerações pode-se afirmar que os trabalhadores ficam expostos muito mais ao desgaste do que ao fortalecimento (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007).

#### **4.2 TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

O trabalho em equipe na área da saúde apresenta-se de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, é constituída com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento. É uma alternativa para provocar mudanças na formação dos profissionais envolvidos na ESF e também para favorecer a efetivação de um espaço democrático na relação de trabalho (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

A constituição de uma equipe deve ser entendida como uma estratégia para racionalizar a força de trabalho, é essencial no processo de inversão de modelos de atenção à saúde, em que a horizontalidade nas relações começa a constituir o cotidiano do trabalho (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007; ROSENSTOCK, 2011).

No trabalho em equipe os membros articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem a problemática (ROSENSTOCK, 2011).

Os membros de uma equipe devem resolver suas diferenças pessoais, encontrar forças para prosseguir, harmonizar os compromissos para com o projeto com as demandas de suas tarefas diárias e aprender como melhorar a qualidade. O tratamento das necessidades internas do grupo, consequência dessas pressões, é tão importante quanto à tarefa externa do grupo de fazer melhorias. Quando uma

equipe funciona harmoniosamente, os membros podem concentrar-se em sua meta principal de melhorar o processo (SOUZA, CAMPOS e RAMOS, 2001).

Para Rosenstock (2011) é necessário e aperfeiçoa o trabalho a presença de um líder que possa coordená-lo. Este mesmo autor afirma ainda que o enfermeiro é o profissional que exerce a função de liderança da equipe, contudo a execução da liderança exige dedicação, empenho e análise crítica da realidade de trabalho. Esta função tão importante é deixada em segundo plano, uma vez que a esta atribuição são associadas outras que exigem resultados quantitativos.

O trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (PAVONI e MEDEIROS, 2009).

A ESF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar, de forma que os membros da equipe articulem suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente, inclusive com relação à organização do serviço e participação na gerência. Assim, as ações desenvolvidas são de responsabilidade coletiva dos profissionais de saúde (FREITAS e NUNES, 2010).

A equipe de saúde da ESF tem como atribuições avaliar a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando características sociais, demográficas e epidemiológicas, a fim de identificar os problemas de saúde prevalentes, situações de risco e elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença (ROSENSTOCK, 2011).

De acordo com a portaria 2488 a ESF deve ser composta por equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Cada uma dessas equipes deve se responsabilizar por um conjunto de problemas muito bem delimitados, com planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio de vinculação de cada equipe a certo número de usuários previamente inscritos (BRASIL, 2011). Portanto, esse novo modelo de assistência supõe que deva haver envolvimento dos trabalhadores das equipes com a população de seu território de abrangência (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

O trabalho coletivo exige a comunicação entre os membros da equipe e também entre esses e os que recebem seus cuidados (ROSENSTOCK, 2011). É através da comunicação que se articulam as ações de saúde e se estabelece a cooperação entre seus membros. A comunicação possibilita a integração da equipe multiprofissional, o que pode ser considerado como uma necessidade para que haja a mudança do modelo assistencial (MARQUES e SILVA, 2004).

Neste contexto o profissional enfermeiro vem assumindo um espectro variado de atribuições dentro da ESF e na Unidade de Saúde, pois surgiu um novo mercado de trabalho para os enfermeiros e uma preocupação com a sua capacitação profissional, fazendo com que contribuíssem para a mudança do perfil epidemiológico do país (FREITAS e NUNES, 2010).

Araújo (2004) afirma que a ESF funciona muito bem quando o profissional tem a formação em saúde pública e foi selecionado obedecendo a este critério. Diz ainda que, assim o profissional possui maior controle sobre o seu objeto de trabalho e uma melhor definição de seu papel, apresentam maior orientação para o serviço, e autonomia na tomada de decisões. À medida que há um crescimento da especialização técnica, cresce também a autonomia relativa do enfermeiro.

A integração dos enfermeiros ao trabalho na ESF desencadeia-se a partir de uma atração bastante forte pelo próprio processo de trabalho: uma nova relação entre os trabalhadores, outra feição do objeto, um espaço privilegiado para realizar uma assistência diferente da que se observa até então, denotando também uma idealização do perfil profissional do enfermeiro. Além do atrativo salarial e da carga horária (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007).

Esses mesmos autores supracitados, afirmam ainda que, o trabalho de enfermagem exige o desenvolvimento de uma série de capacidades, que seja polivalente, para assumir qualquer posto que se faça necessário. Explora-se dessa forma a subjetividade do trabalhador, sendo que os enfermeiros tomam como referência um perfil idealizado para não falhar, indo além de seu potencial de conhecimentos e habilidades, fazendo um pouquinho de tudo, até papel de médico e, muitas vezes, deixando de lado suas atribuições específicas. O diagnóstico que conseguem fazer diante dessa exigência para a multifuncionalidade é o de deficiência pessoal, julgando que precisam estudar mais.

O enfermeiro realiza funções consideradas do auxiliar de enfermagem, executa atribuições que são de sua competência, como por exemplo, realização de

coleta e aconselhamento para exame de HIV, orientações quanto às vacinas e consultas de pré-natal para gestantes e a coordenação da sala de vacinas. Além destas atividades, realiza coleta de preventivo do câncer de colo do útero e atende a todas as exigências da UBS, estabelecendo assim o que se denomina polivalência de capacidades (PAVONI e MEDEIROS, 2009).

Além disso, a organização do trabalho coloca os enfermeiros diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos que vão desde demandas por respostas a problemas que transcendem os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que muitas vezes extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores (FREITAS e NUNES, 2010).

O cumprimento das metas e toda a dinâmica vivenciada no cotidiano da UBS pelo enfermeiro, cruelmente não dão conta dos problemas trazidos pela população, o que gera a sensação de insaciedade no cumprimento das tarefas, produzindo certa impotência, de fazer muito e não produzir nada, ainda que o município esteja com bom índice de desenvolvimento no SUS (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007; SCHIMITH e LIMA, 2009).

Apesar das restrições impostas, em termos de cobertura e qualidade dos serviços, a Estratégia de Saúde da Família tem proporcionado a uma grande parcela da sociedade, que vive em situação de exclusão social, um maior acesso à assistência em saúde. Além disso, cria mecanismos de participação e controle por parte da população, tornando o usuário agente ativo do seu processo de saúde-doença (ARAÚJO, 2004).

Os enfermeiros não encontram condições de suporte psicossocial favoráveis no desempenho de suas atividades, afetando a necessidade de auto-realização. Desta forma, na medida em que não conseguem resolver as necessidades dos usuários e suas próprias exigências em relação à qualidade do serviço prestado, o trabalhador se sentirá insatisfeito com a instituição e fatalmente sobrecarregado no desempenho de suas funções. Desse modo a interação do enfermeiro com a equipe e as habilidades que devem ser desenvolvidas no campo da liderança são fatalmente colocadas em segundo plano (ROSENSTOCK, 2011).

Além do comprometimento relacionado à convivência com a equipe, os enfermeiros fatalmente precisam enfrentar problemas relacionados ao estresse ocupacional, pois se deparam com a percepção das demandas existentes no

ambiente de trabalho e com suas habilidades para enfrentá-las. A sobrecarga de trabalho determina alta estimativa de estresse, superando as questões relacionadas ao relacionamento interpessoal e gerenciamento de pessoal (LAUTERT, CHAVES e MOURA, 1999).

Na administração onde o estresse está presente, é um trabalho que pode ser definido como exploração da subjetividade do trabalho do enfermeiro, os profissionais dessa área são levados a se sentirem participantes da gestão, assumindo papel de liderança. Ao mesmo tempo em que executam suas funções também exercem um controle de qualidade, isso é uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades, mas aos olhos do profissional enfermeiro desponta como um sinal de valorização, estimulando a competitividade, que tem como consequência desejada o aumento da produtividade e do controle da qualidade. O tempo livre do trabalhador é utilizado praticamente só para sua recuperação e repouso (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007).

Trabalhar na ESF exige um gosto fora do comum e um empenho individual diferente de outros trabalhadores que não são da ESF (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007). O profissional precisa de preparação e dedicação especiais, completamente diferentes das exigidas em sua prática profissional anterior. O trabalho desenvolvido pelo ESF inevitavelmente exige uma aproximação maior do profissional com o cotidiano da população (ARAÚJO, 2004).

O trabalho realizado na ESF possui um perfil diferenciado dos demais trabalhos em saúde, pois enquanto nos modelos anteriores os profissionais buscavam se especializar cada vez mais e, com isso fragmentando a assistência prestada aos usuários, na ESF, tanto os enfermeiros como os demais profissionais têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho e da atenção integral ao usuário (MARQUES e SILVA, 2004). Particularmente em relação ao enfermeiro, o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e com foco curativista, é propício à indefinição de papéis, ao desprestígio social e à falta de autonomia o que contrasta com o que é oferecido como atribuições na ESF (ARAÚJO, 2004).

Além da capacidade técnica os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. A complexidade das

situações enfrentadas requer dos profissionais que atuam na ESF: flexibilidade, um alargamento da abordagem e exigências múltiplas que causam a sobrecarga de trabalho, afinal o trabalhador da ESF é um agente transformador da sociedade (ROSENSTOCK, 2011).

As atribuições previstas para atuação do enfermeiro na ESF são: realizar atenção integral aos indivíduos e famílias: no domicílio e em outros espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme normas técnicas ou protocolos estabelecidos pelo gestor municipal ou federal, observados a legislação profissional. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, do auxiliar de consultório dentário (ACD) e do técnico em higiene dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2011). Desse modo, o trabalho de enfermagem na ESF tem a finalidade de prestar cuidados aos seres humanos e tem como objeto, o indivíduo, família ou grupo com suas singularidades.

Também, entre as atribuições do enfermeiro que atua na ESF, o COFEN afirma que cabe ao enfermeiro a direção, organização, planejamento e coordenação dos serviços de enfermagem, consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados diretos a pacientes de maior complexidade, participação na programação das ações de saúde, participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica e de outras providências (BRASIL, 2010).

O enfermeiro é o responsável pela supervisão do trabalho da ESF, além de conciliar essa função com a assistência às famílias e identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida das mesmas, visualizando as peculiaridades de cada uma (FREITAS e NUNES, 2010).

A responsabilidade pela supervisão dos agentes comunitários de saúde atribuída aos enfermeiros, mesmo representando, às vezes, uma sobrecarga de trabalho indica um poder de intervenção significativo frente ao desenvolvimento dos trabalhos da equipe (ARAÚJO, 2004).

Rosenstock (2011) diz que o trabalho em saúde, no âmbito da ESF, compreende a assistência integral à saúde, incluindo atividades de prevenção, promoção da saúde, recuperação, tratamento, manutenção e reabilitação dos indivíduos.

Segundo Araújo (2004) na ESF o enfermeiro exerce um papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência, o que torna sua ação diferente daquela que ocorre em instituições estruturadas no modelo tradicional.

O enfermeiro começa a perceber que as demandas do trabalho são superiores aos recursos de que dispõe para enfrentá-las, se inicia um quadro de tensão que gera a sobrecarga de trabalho (ROSENSTOCK, 2011).

Pensar na relação humanização/trabalho em enfermagem na ESF remete a duas diferentes formas de abordar o assunto. Pode-se referir à humanização do trabalho de enfermagem ou ao trabalho humanizado da enfermagem. No primeiro caso, refere-se ao desenvolvimento de uma assistência de enfermagem humanizada e, no segundo, a um processo de trabalho que humanize as relações do trabalho de enfermagem. Nos dois casos fala-se da razão e do sentido que esses conceitos abarcam na profissão enfermagem, pois a enfermagem é, essencialmente, cuidado, e cuidado prestado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade (COLETE e ROZENDO, 2003).

Estes mesmos autores, afirmam ainda que, a humanização da assistência de enfermagem, assim como a humanização das relações de trabalho de enfermagem, surgem de uma necessidade social e historicamente construída, não como mais um modismo da profissão que tenta colocar essa temática em voga em si mesma, mas como um dos aspectos do trabalho da enfermagem que contribui, significativamente, para a construção de uma assistência de qualidade.

O cuidar de si é condição para se ter qualidade de vida, deixando transparecer que o profissional que tem como profissão cuidar do próximo, pode por vezes deixar de ter cuidado consigo mesmo. O enfermeiro convive com a pouca atenção às suas próprias condições de saúde (DAUBERMANN e TONETE, 2012).

O enfermeiro, também, convive com os vínculos profissionais frágeis, uma vez que muitos trabalhadores da saúde têm diversas formas de contrato, sendo que na APS quase sempre este vínculo não garante estabilidade, uma vez que os profissionais são inseridos nas equipes por processos seletivos simplificados.

Podendo ser demitidos a qualquer momento (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007; BARBOSA e RODRIGUES, 2006).

Segundo Pustai (2005) e Barbosa et al. (2009) entre as deficiências da gestão de recursos humanos em saúde, existem as situações dos recrutamentos feitos com critérios clientelísticos e influências políticas; a inexistência de planos de cargos e salários unificados; e as diferenças salariais acentuadas entre instituições e entre diferentes regiões do país.

Em relação à gestão do trabalho do SUS, especificamente a contratação dos profissionais da equipe de Saúde da Família, verifica-se uma grande precarização das relações de trabalho. Os profissionais ficam sujeitos à instabilidade política, diferenças entre governos que se sucedem no poder, lei da oferta e da procura e disputa predatória entre os municípios, o que compromete sua dedicação (LOURENÇO et al, 2009). A rotatividade dos profissionais, mencionada anteriormente, tem relação direta com os vínculos empregatícios estabelecidos (CAMPOS, 2005). Dentre os danos causados aos usuários perpassam o rompimento do vínculo entre profissional e população adscrita e a descontinuidade da assistência (BRASIL, 2004).

A precariedade dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família tem sido considerada como uma fragilidade do processo, sugerindo que “vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de vínculos com as comunidades” (BRASIL, 2005b, p. 202).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) entendem que o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por vínculo direto ou indireto, ressaltando que mesmo no vínculo indireto, é necessário garantir o processo seletivo (BRASIL, 2006; MACHADO, 2005).



## 5 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura nacional sobre a sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na ESF. Os conhecimentos já produzidos contribuem para um melhor entendimento do processo de trabalho e possibilitam uma reflexão crítica sobre as imposições que o sistema coloca ao cotidiano profissional do enfermeiro, de modo a estimular a busca por novas formas de se encontrar soluções para questões que comprometem a qualidade de vida no trabalho, além de prejudicar a assistência que é oferecida aos usuários.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de dezembro de 2012 a março de 2013. Foi utilizada a biblioteca virtual de saúde (BVS), na qual foram selecionados textos da base de dados da Lilacs e Scielo, na qual foram selecionados 22 artigos e dissertações de mestrado, publicados entre 1998 e 2012. Foram utilizados como palavras-chave: Sobrecarga de trabalho, Atenção Primária, Trabalho da enfermagem. Além disso, foi selecionado um livro que discute sobre a formação da atenção primária à saúde. No total foi analisado um grupo de mais de 50 textos, incluindo 2 dissertações de mestrado que tratavam especificamente do tema. Em seguida, realizou-se a leitura dos trabalhos selecionados na íntegra, sendo as informações sistematizadas e categorizadas, visando atender o objetivo da proposta.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho em saúde é considerado por Bertoncini, Pires e Scherer (2011) como uma ação que visa atender as necessidades do indivíduo. Rosenstock (2011) e Daubermann e Tonete (2010) complementaram afirmando que o trabalho é essencial para a vida humana. Cabe aos trabalhadores da saúde a construção de ferramentas que contribuam para o bem estar no cotidiano de suas ações. É através da observação de como se desenvolvem as relações de trabalho que se possibilita a construção de mudanças dos fatores que interferem no processo de trabalho.

Com a criação da PSF/ESF em 1994 e sua evolução ao longo destes anos, para Starfield (2002) a ESF é como um instrumento inovador na forma de se trabalhar em saúde, pois a ESF oferece aos usuários a possibilidade de terem uma assistência que transcende a recuperação da saúde, onde o indivíduo é colocado como corresponsável do seu processo saúde-doença. Inclusive, Rosenstock (2011) vai mais além ao destacar que a ESF busca transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nela atuam, sendo considerada a alavanca para a transformação do sistema de saúde como um todo.

Neste sentido, Daubermann e Tonete (2012) lembram que a implantação da ESF trouxe novas exigências sobre o trabalho realizado, tais como, trabalho em equipe, com área adscrita e responsabilidade sobre o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias, além de metas de produção fixadas segundo critérios qualitativos e quantitativos.

No que se refere ao trabalho em equipe Rosenstock (2011) concorda com Santos, Soares e Campos (2007) ao afirmar que o mesmo é uma importante ferramenta para racionalizar a força de trabalho. A junção do conhecimento tão praticada na atenção primária através da multidisciplinaridade é o diferencial para garantir ao usuário a integralidade da assistência. No entanto, Camelo e Angerami (2004) discordam ao dizerem que o trabalho em equipe na área da saúde é percebido como uma atuação de forma complexa constituída com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento. Esta é uma visão que também pode ser observada no cotidiano de algumas equipes, nas quais a hegemonia do conhecimento ainda é centralizada na figura do médico.

O trabalho da enfermagem na área da saúde, de acordo com Starfield (2002) visa prestar assistência às famílias e aos indivíduos, no domicílio e em outros

espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme normas técnicas ou protocolos estabelecidos pelo gestor municipal ou federal, observados a legislação profissional. Além disso, Bertoncini, Pires e Scherer (2011) concordaram com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) ao afirmarem que o enfermeiro é também responsável por planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; planejar as atividades de educação permanente dos ACS, da equipe de enfermagem; da equipe de saúde bucal – ASB e TSB e, além disso, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Na minha realidade observo que as atividades educativas, por exemplo, eram realizadas apenas para distribuição de medicamentos e aferição da pressão arterial e glicemia. Era alegado pelas enfermeiras que trabalhavam no período anterior a mim, que os usuários não gostam de discutir nenhum tema, pois a reunião fica demorada. Ao assumir as atividades com a comunidade comecei a realizar palestras, momentos de discussão entre eles, brincadeiras interativas que envolvem os temas referentes à qualidade de vida e como lidar com as doenças crônicas e após cinco anos de trabalho percebo que as vezes que não é possível discutir sobre algum assunto referente ao bem estar e à prática da convivência com a doença, devido à sobrecarga de trabalho e à necessidade de voltar rapidamente para a UBS a satisfação dos usuários em relação à atividade educativa não é a mesma.

Dessa forma, vários são os autores encontrados na literatura (Freitas e Nunes, 2010; Rosenstock, 2011; Santos, Soares e Campos, 2007) que reconhecem o enfermeiro com a responsabilidade pela supervisão do trabalho da ESF, onde concilia essa função com a assistência às famílias. Embora, Pavoni e Medeiros (2009) em seu estudo advertem que o enfermeiro desenvolve inúmeras funções, que poderiam ser compartilhadas, evitando sobrecarregá-lo e dificultando a realização das atribuições inerentes a sua profissão. Com isso, segundo Rosenstock (2011) o enfermeiro começa a perceber que as demandas do trabalho são superiores aos recursos de que dispõe para enfrentá-las, se inicia um quadro de tensão que gera a sobrecarga de trabalho.

Ainda refletindo sobre o trabalho do enfermeiro da ESF, Santos, Soares e Campos (2007) sintetizaram que o mesmo precisa de um empenho diferente dos trabalhadores de outras áreas, pois precisa identificar com o trabalho comunitário e

é necessário que o enfermeiro realize uma assistência humanizada, o que por sua vez é uma característica marcante da assistência de enfermagem.

Com relação ao trabalho da equipe, Rosenstock (2011) em consonância com Araújo (2004) afirmaram que os participantes das equipes precisam se identificar com a proposta do trabalho e ter vocação para trabalhos em grupo. Esta peculiaridade da ESF faz com que um trabalho que exige poucos recursos tecnológicos, seja ao mesmo tempo complexo e demande de habilidades de conhecimentos amplos.

A respeito da sobrecarga de trabalho, Daubermann e Tonete (2010) destacaram que este problema tem recebido considerável atenção por parte dos pesquisadores, por ser considerada um forte agente estressor ao trabalho realizado pelo enfermeiro, uma vez que está relacionada ao número excessivo de tarefas a serem realizadas, que vão além da disponibilidade dos trabalhadores. O que é reforçado por Colete e Rozendo (2003), Rosenstock (2011), Santos, Soares e Campos (2007) ao reconhecerem o estresse como um dos fatores que os profissionais da enfermagem mais ficam expostos.

Além desta questão, vários autores (Lourenço et al., 2009; Barbosa et al., 2009; Barbosa e Rodrigues, 2006; Campos, 2005; Machado, 2005; Brasil, 2004; Pustai; 2005) discutem, também, a precarização das relações de trabalho. Os profissionais ficam sujeitos à instabilidade política, diferenças entre governos que se sucedem no poder, lei da oferta e da procura e disputa predatória entre os municípios, o que compromete sua dedicação, o rompimento do vínculo entre profissional e população adscrita e a descontinuidade da assistência. Neste contexto, como atuo em município de pequeno porte, observo que são realizados processos seletivos simplificados e a estabilidade profissional tem durabilidade de 4 anos, a mudança de gestão representa também a desestabilização dos trabalhos que vinham sendo realizados e a necessidade de reiniciar a construção de novos vínculos entre os membros das equipes e destes com a comunidade. Além disso, é identificada uma mudança constante de ACS, o que é muito prejudicial ao vínculo estabelecido com a comunidade, considerando que os ACS representam o elo entre a comunidade e a equipe.

Desse modo, Colete e Rozendo (2003) afirmam que as situações de desgaste ou de exposição ao desgaste superam em muito os fragmentados momentos de fortalecimento. Pois, consideram que o fortalecimento se expressa na relação

prazerosa e recompensatória com o objeto/finalidade do trabalho e com o trabalho em si. Para eles, os potenciais de fortalecimento se fazem presentes nos momentos em que os enfermeiros se detêm na reflexão e na avaliação crítica dos limites e possibilidades do seu trabalho.

Esta realidade exposta é parte da satisfação que os profissionais sentem ao perceberem seu trabalho sendo reconhecido pela população e ao mesmo tempo se contrasta com o clima que se estabelece durante as mudanças de gestão. Nestes momentos se identificam muitos profissionais políticos que fazem campanha, balançam bandeiras partidárias, se utilizam o vínculo que possuem com a comunidade para tentar influenciá-la e que se confundem com candidatos a vereadores e prefeitos, tudo isso na tentativa de manter o vínculo empregatício com a instituição. Ou seja, são situações de desgaste e/ou de exposição que influenciam no trabalho (COLETE e ROZENDO, 2003).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura possibilitou a percepção de que é consenso entre os autores que a sobrecarga de trabalho está incorporada à rotina dos enfermeiros da atenção primária. O estudo possibilitou a assimilação de que a enfermagem não se apresenta apática diante do trabalho que desenvolve, ao contrário, há uma necessidade de executar o que é cabível ao enfermeiro e até mesmo uma sobreposição de funções e habilidades. Com isso observa-se que muitas das atribuições que são inerentes ao enfermeiro acabam por serem colocadas em segundo plano, como por exemplo, a realização da humanização da assistência, desenvolvimento de ferramentas que melhorem o trabalho em equipe e a elaboração de protocolos que possam dar respaldo às atividades realizadas.

O trabalho em equipe e o cumprimento das metas não são fáceis e exigem saberes complexos e multidisciplinares para garantir aos usuários uma atenção integral. Podem ser considerados como desafios a serem melhorados, conforme identificado neste estudo, em algumas vezes as metas se sobrepõe ao trabalho em equipe, comprometendo seu bom desempenho.

Além disso, ficou evidente que não é qualquer enfermeiro que é capaz de exercer as funções preconizadas para o perfil do trabalho desenvolvido na ESF, trata-se de um trabalho totalmente comunitário e, por isso além de habilidades técnicas, o profissional precisa se identificar com o trabalho em grupo. Precisa também, apresentar aptidão, gosto pelo trabalho comunitário e principalmente estímulo para que a comunidade se envolva e passe a gostar de aprender sobre a doença que possui.

Este novo modo de trabalhar, proposto pela atenção primária à saúde pode ser considerado um trabalho diferenciado e que ainda está em processo de construção, considerando que a ESF foi implantada em 1994, ainda com a denominação de PSF. Por isso há muito que se aprender no que se refere à dinâmica do trabalho que é desenvolvido, principalmente pelos enfermeiros.

É preciso se empenhar em transformar a realização de grupos educativos em trabalhos conduzidos pela equipe, onde todos busquem objetivos em comum e resultados que atendam à construção de uma assistência completa e universal aos usuários. Além disso, faz-se necessário, também, uma melhor definição de atribuições, principalmente desfeita de objetivos sobrepostos por gestores e por

visões distorcidas do papel do enfermeiro. Somente assim, a aliança entre enfermagem e atenção primária chegará a quem se utiliza dos serviços de saúde, como uma parceria de sucesso e prazerosa, para quem recebe, assim como para quem executa o trabalho que é oferecido.

Que os enfermeiros da atenção primária não se esqueçam de que, o perfil do trabalho realizado pela enfermagem, historicamente, é um trabalho feito com amor e dedicação, portanto não se pode deixar que as exigências das metas e resultados quantitativos se sobreponham a uma assistência prestada de forma humanizada aos usuários.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F.S. O enfermeiro no programa de saúde da família: prática profissional e construção da identidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF). Julho de 2004.

BARBOSA, A. C. Q. (Coord.) et al. **Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas Estudo Amostral. Relatório Final**. 1. ed. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2009.

BARBOSA, A. C. Q; RODRIGUES, J. M. (Orgs.) **Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais**. 1. ed. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. educ. saúde** (Online). Rio de Janeiro. 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 1 jun. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)>. Acesso em: 1 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2488 de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.



BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Perguntas e Respostas:** Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n. 1, Janeiro a Fevereiro de 2004.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo.** 2005. 195f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, São Paulo, 2005.

COLLETE, N; ROZENDO, C.A.; Humanização e trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, V 56, n. 2, Março a Abril 2003.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 139p.

DAUBERMANN, C.A.; TONETE, V.L.P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da atenção básica à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, V. 25, n 2, 2012.

FREITAS, M. C. M. C.; NUNES, B.M.V.T.; Processo de trabalho do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar Novafapi.** Teresina, V. 3, n 3, julho a setembro de 2010.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev Panam Salud Pública.** Ribeirão Preto, SP. 1998.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.14(Supl.1), p.1367-1377, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 20 dez. 2009.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):545-50.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processo de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília 2009, março a abril, 265-71.

PUSTAI, O. D. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In: Duncan B.B., Schmidt M.I., Giugliano, E.R.J. Medicina ambulatorial. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2004. 1600 p. p. 69-75.

ROSENSTOCK, K.I.V. **Satisfação, Envolvimento e Comprometimento com o trabalho: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I. 2011.

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, V.41, n 5, 2007.

SOUSA, M.Q.; CAMPOS, A.C.F.; RAMOS, R.E.B. Trabalho em equipe: a base da qualidade nas organizações. **COBENGE: Rev. Saúde Coletiva**. São Paulo. V. 2, n 3, dezembro de 2001.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):252-6.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3 ed. UNESCO 2002.

VIANA, A.L.D.; POZ, M.R.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 15(Suplemento): 225-264, 2005.