

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

BÁRBARA SOUZA ROCHA

**ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COORDENADORES DE
EQUIPE: PERFIL PROFISSIONGRÁFICO, TÉCNICO E INTERPESSOAL.**

Goiânia
2008

BÁRBARA SOUZA ROCHA

**ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COORDENADORES
DE EQUIPE: PERFIL PROFISSIONGRÁFICO, TÉCNICO E INTERPESSOAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, filosófica, metodológica e tecnológica no cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Denize Bouttelet Munari.

Goiânia

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

BASEADO NO GUIA PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Rocha, Bárbara Souza

R672e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família coordenadores de equipe [manuscrito]: perfil profissiográfico, técnico e interpessoal / Bárbara Souza Rocha. – 2008.

115 f. : grafs., tabs.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Denize Bouttelet Munari.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2008.

Bibliografia: f. 95-104.

Inclui anexos.

1. Papel do profissional de enfermagem – Goiânia (GO) 2. Enfermagem em saúde comunitária – Goiânia (GO) 3. Enfermeiros – Perfil profissional – Goiânia (GO) I. Munari, Denize Bouttelet. II. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083-051(817.3 Goiânia)

FOLHA DE APROVAÇÃO

BÁRBARA SOUZA ROCHA

ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COORDENADORES DE EQUIPE: PERFIL PROFISSIONAL, TÉCNICO E INTERPESSOAL.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 31 de Março de 2008.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Denize Bouttelet Munari

Instituição: Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

Assinatura: _____

Profª Drª Roselma Lucchese

Instituição: Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal do Mato Grosso
(FAEN/UFMT)

Assinatura: _____

Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Instituição: Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

Assinatura: _____

Profº Drº Marcelo Medeiros

Instituição: Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A chegada até aqui, dedico a Deus,
fonte de toda sabedoria e amor!
E, por considerá-las tão mestres quanto
eu, dedico esse mérito a minha mãe
Fátima e minhas irmãs, Déia, Dadi e Rê,
manancial de vida compreensão e
paciência.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao **meu pai Raimundo**, que mesmo de longe, torce por mim e se sente orgulhoso com mais essa vitória em nossas vidas.

À **Profª Drª Denize Bouttelet Munari**, a minha “estrela” da Enfermagem e a guiadora dos meus passos profissionais e acadêmicos. Orientadora fantástica e fonte eterna de inspiração.

Aos **meus familiares e amigos**, que talvez, mesmo sem entender o porquê de tanta ausência, estiveram sempre do meu lado e me apoiaram.

Ao **Rodrigo**, companheiro, amigo e amante, por ter sido tão compreensivo e incentivador e, principalmente, por sentir orgulho do meu/ “nosso” crescimento.

Ao **Distrito Sanitário Oeste**, uma equipe brilhante, amiga e cheia de sucesso. Um lugar de alegria, afeto e compreensão. Agradeço por serem meu abrigo diário, minha confiança e onde eu posso depositar toda minha vontade de ser Enfermeira.

A **Coordenação do PSF** da secretaria e dos distritos, que sempre me apoiaram e que acredita na educação como instrumento de melhoria do nosso trabalho.

A **Secretaria Municipal de Saúde** de Goiânia, por ter aberto as portas para a realização deste estudo, e por ser fonte inesgotável de pesquisa e desenvolvimento.

Aos **Enfermeiros do PSF de Goiânia**, pela participação nesta pesquisa e, principalmente, por serem profissionais competentes e lutadores abraçando as causas sociais com tanto amor e dedicação.

À **Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, pelas contribuições valiosíssimas, tanto na qualificação quanto na defesa final. O seu toque gerencial engrandeceu o trabalho

À **Profª Drª Roselma Lucchese**, pela disposição de estar presente na banca e examinar o trabalho com olhar exigente e delicado ao mesmo tempo.

Ao **Profº Drº Marcelo Medeiros**, agradeço a orientação compartilhada que exerceu nesse trabalho, e por estar sempre disposto à contribuir.

À **Profª Drª Ruth Minamisava Faria**, obrigada pelas aulas de metodologia que guiaram esse trabalho e deram um toque todo especial e quantitativo aos dados.

Ao **Profº Drº Joaquim Tomé**, que abrilhantou a banca de qualificação e acrescentou conhecimentos estatísticos à nossa análise e discussão.

À **Ms Lícia Kamila Assis Melo**, que desvendou os mistérios de trabalhar com o Epiinfo e encurtou a caminhada até aqui.

À **Profª Drª Claci Fátima Weirch Rosso**, pelo companheirismo e contribuições

RESUMO

ROCHA, B. S. **Enfermeiros do Programa de Saúde da Família coordenadores de equipe: perfil profissiográfico, técnico e interpessoal**. 2008 115p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás, 2008.

Os princípios do Programa de Saúde da Família (PSF) são a territorialização, integralidade, o vínculo, o estímulo à participação social e o trabalho multidisciplinar e em equipe. Destaca-se dentro do PSF o papel do Enfermeiro que tem atribuição definida de coordenação e supervisão dos agentes comunitários de saúde – ACS e auxiliares de enfermagem, além do desafio de efetivar um trabalho em equipe e produtivo. O objetivo deste estudo foi caracterizar os Enfermeiros do PSF no município de Goiânia – GO, que atuam na coordenação da equipe de acordo com seus perfis profissiográfico, técnico e interpessoal. Desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem quantitativa, com 94 Enfermeiros do PSF do município de Goiânia – GO. Aplicou-se um questionário semi-estruturado que se baseou no projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), e no instrumento de avaliação da dimensão interpessoal proposto por Moscovici (2003). A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2007, respeitando-se os preceitos da ética na pesquisa com seres humanos e após aprovação da pesquisa por comitê de ética. Os dados foram processados utilizando o programa Epi-Info 3.2.2 e analisados através de frequência simples, média e mediana. Os resultados do trabalho mostram que quanto ao perfil profissiográfico a maioria dos Enfermeiros do PSF está lotada no Distrito Sanitário Noroeste (37%) sendo 97,9% de mulheres com idades entre 31 e 40 anos (52,1%), casadas (50%) e com filhos (63,9%), além disso, 57,3% provêm mais da metade de toda a renda familiar mensal com o salário do PSF. As instituições públicas formaram 51% desses Enfermeiros, que tem em média 9 anos de formado. Dos 94 profissionais 77,6% possui curso de pós-graduação, trabalham há 5 anos em média em PSF e há 3 anos na mesma equipe. Em relação aos aspectos técnicos a maioria dos Enfermeiros RARAMENTE (35,1%) participa do processo de mapeamento e territorialização. Para os entrevistados na rotina de trabalho dos ACS e dos auxiliares de enfermagem sob sua supervisão, a realização de atividades de educação em saúde por iniciativa própria e/ou extra unidade é realizada RARAMENTE. No que diz respeito a dimensões interpessoais de comunicação, liderança e participação, menos de 50% dos Enfermeiros consideram suas atuações como MÁXIMA, sendo as habilidades de reação à feedback, liderança efetiva e lidar com conflito as que receberam menor número de pontuação MÁXIMA por parte dos Enfermeiros. O estudo mostrou-se relevante na sinalização da necessidade de firmar parcerias com as universidades formadoras, principalmente com a finalidade de capacitar o profissional para o trabalho com a coordenação de equipe, bem como de abrir discussões com os Enfermeiros sobre os problemas levantados neste estudo. Acredita-se que com os resultados desta pesquisa a gestão do PSF de Goiânia tem informações relevantes para melhor dimensionar seus processos de seleção, capacitação e qualificação dos Enfermeiros coordenadores de equipe.

Palavras chaves: Enfermagem comunitária, Enfermeiro, Programa Saúde da Família.

RESUMEN

ROCHA.B.S. **Enfermeros del Programa Salud de la Familia coordinadores de equipo: perfil del gráfico profesional, técnico e interpersonal.** 2008. 115p. Disertación (Maestría) - Facultad de Enfermería - Universidad Federal de Goiás, 2008.

Los principios del Programa Salud de la Familia (PSF) son la territorialización, la integridad, el vínculo, el estímulo para la participación social, el trabajo multidisciplinar y en equipo. Dentro del PSF se destaca el papel del Enfermero que tiene atribución definida de coordinación y supervisión de los agentes comunitarios de salud - ACS y auxiliares de enfermería, además del desafío de hacer efectivo y productivo un trabajo en equipo. Este estudio tuvo como objetivo realzar las características de los Enfermeros del PSF en el municipio de Goiânia - GO, que actúan en la coordinación del equipo de acuerdo con el gráfico del perfil profesional, técnico e interpersonal. Se desarrolló un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, con 94 Enfermeros del PSF del municipio de Goiânia - GO. Fue dado un cuestionario semi-estructurado que se basó en el proyecto de Evaluación para la Mejoría de la Calidad Estratégica Salud de la Familia (EMC) y en el instrumento de evaluación de la dimensión interpersonal propuesto por Moscovici (2003). La recolección de datos ocurrió entre los meses de agosto a diciembre del 2007, respetándose los preceptos de la ética en la investigación con seres humanos y también después de ser aprobada la investigación por el comité de ética. Los datos fueron procesados utilizándose el programa Epi-Info 3.2.2 y analizados por medio de frecuencia simple, media y mediana. El resultado del trabajo muestra que, en lo que se refiere al gráfico del perfil profesional, la mayoría de los Enfermeros del PSF están distribuidos en el Distrito de Sanidad de la región Noroeste (37%) siendo 97,9% mujeres con edades entre 31 y 40 años (52,1%), casadas (50%) y con hijos (63,9%) además de eso, 57,3% proveen más de la mitad de todos los ingresos mensuales de la familia con el sueldo del PSF. Las instituciones públicas graduaron 51% de esos Enfermeros, que tienen más o menos 9 años que se recibieron. De los 94 profesionales 77,6% poseen curso de post-grado, trabajan hace más o menos 5 años en PSF y hace 3 años en el mismo equipo. En lo que se refiere a los aspectos técnicos, la mayoría de Enfermeros RARAMENTE (35,1%) participa del proceso de mapeamiento y territorialización. Para los entrevistados la rutina de trabajo de las ACS y de los auxiliares de enfermería que están bajo su supervisión, la realización de actividades de educación en salud, por iniciativa propia y/o extra unidad es realizada también RARAMENTE. En lo que se refiere a las dimensiones interpersonales de comunicación, liderazgo y participación, menos del 50% de los enfermeros consideran sus actuaciones como MÁXIMA, siendo las habilidades de reacción al feedback, liderazgo efectiva y lidiar con conflicto fueron las que recibieron menor puntaje de parte de los Enfermeros. El estudio fue relevante en la señalización de la necesidad de firmar convenios con instituciones formadoras, principalmente con la finalidad de capacitar al profesional para el trabajo de coordinación de equipo, así como abrir discusiones con los Enfermeros sobre los problemas levantados en este estudio. Creemos que con los resultados de esta investigación, la gestión del PSF de Goiânia tiene informaciones importantes para dimensionar mejor sus procesos de selección, capacitación y calificación de los Enfermeros coordinadores de equipo.

Palabras claves : Enfermería comunitaria, Enfermero, Programa Salud de la Familia.

ABSTRACT

ROCHA, B. S. **Family Health Program Nurses team coordinators: professional graphic, technical and interpersonal profile.** 2008. 115p. Dissertation (Master's) - School of Nursing - Universidade Federal de Goiás, 2008.

The Family Health Program (FHP) principles are territorialization, integrality, bond, stimulus for social participation and multidisciplinary team work. We highlight within the FHP the role of nurse having defined functions in coordinating and supervising community health agents - CHA and nursing assistants, in addition to the challenge of making an effective and productive team work. This study aimed at characterizing the FHP Nurses in the municipality of Goiânia - GO, working on team coordination according to their professional graphic, technical and interpersonal profiles. This is a descriptive, quantitative study, with 94 FHP Nurses from the municipality of Goiânia - GO. We applied a semi-structured questionnaire based on the project for the Quality Improvement Strategy for Family Health Assessment (QIA), and on the instrument of dimension interpersonal assessment proposed by Moscovici (2003). Data collection occurred from August to December 2007, respecting the ethical principles for research with humans and after research approval by the ethics committee. Data were processed by using Epi-Info 3.2.2 and analyzed through simple, average and median frequency. The result shows that regarding the professional graphic profile most of the FHP Nurses are working in the Northwestern Sanitary District (37%), 97.9% of those are women, aged between 31 and 40 years (52.1%), married (50 %) and with children (63.9%), moreover, 57.3% provide more than half of all family income with the monthly wage from the FHP. Public institutions educated 51% of those Nurses, which has an average 9 years after graduating. From the 94 professionals 77.6% have post-graduation course, have been working for about 5 years in FHP and for 3 years in the same team. Regarding most technical aspects, most Nurses RARELY (35.1%) take part in the mapping and territorialization process. For those interviewed in the routine CHA work and nursing assistants, under their supervision, activities performed in health education on their own initiative and/or extra unit is also SELDOM held. With regard to the interpersonal communication dimensions, leadership and participation, less than 50% of nurses consider their performances as MAXIMUM, and the skills of reaction to the feedback, effective leadership, and dealing with conflict received lower scores from Nurses. The study was shown relevant in signaling the need to establish partnerships with training institutions, mainly with the purpose of enabling the professional to coordinating team work, as well as raise debates with Nurses on the issues discussed in this study. We believe that with the results obtained here the Goiânia FHP management has relevant information to better tailor their processes of Nurses selection, training and qualification as team coordinators.

Key Words: Community Nursing, Nurse, Family Health Program.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com o Distrito Sanitário de Saúde de lotação, Goiânia, 2007.	52
Gráfico 2_	Distribuição dos Enfermeiros de acordo com o tempo em anos que se graduou em enfermagem, Goiânia, 2007.	60
Gráfico 3_	Distribuição dos Enfermeiros de acordo com cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado), Goiânia, 2007.	63
Gráfico 4_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF de acordo com a forma como assumiu a função de Enfermeiro do PSF na Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia, 2007.	68
Gráfico 5_	Distribuição dos Enfermeiros, de acordo com os profissionais (médico, odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, ACS, ACD e THD) que compõem a equipe da qual ele é parte, Goiânia, 2007.	69
Gráfico 6_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com a dimensão interpessoal de Comunicação, Goiânia, 2007.	81
Gráfico 7_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com a dimensão interpessoal da Liderança, Goiânia, 2007.	84
Gráfico 8_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com a dimensão interpessoal de Participação, Goiânia, 2007.	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com sexo, idade, estado civil e número de filhos, Goiânia, 2007.	54
Tabela 2_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com as características econômicas (salário, renda familiar - RF), Goiânia, 2007.	57
Tabela 3_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com o tipo de instituição que se graduou, Goiânia, 2007.	59
Tabela 4_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF que cursaram disciplina exclusiva de coordenação de grupos durante a graduação, Goiânia, 2007.	61
Tabela 5_	Distribuição do número de Enfermeiros do PSF por curso de Especialização realizado Goiânia, 2007.	63
Tabela 6_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF de acordo com o tempo de trabalho em PSF e o tempo de trabalho na equipe atual, Goiânia, 2007.	66
Tabela 7_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com o desenvolvimento de atividades da “sua” rotina de trabalho, Goiânia, 2007.	70
Tabela 8_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com as atividades desenvolvidas pelos ACS sob sua coordenação, Goiânia, 2007.	74
Tabela 9_	Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com as atividades desenvolvidas pelos Auxiliares de Enfermagem sob sua coordenação, Goiânia, 2007.	77

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	17
2.1. OBJETIVO GERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO NO PSF E A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM.....	18
3.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).19	
3.2. O TRABALHO EM EQUIPE NO PSF E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	26
3.3. O ENFERMEIRO COMO COORDENADOR DE EQUIPE NO PSF	33
4. METODOLOGIA.....	41
4. 1. TIPO DE ESTUDO	41
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	41
4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO	43
4. 4. COLETA DE DADOS.....	44
4.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.	48
4.7. VARIÁVEIS DA ANÁLISE	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1. PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIAL, ECONÔMICO, DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO PSF.	52
5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ATUAÇÃO DENTRO DO PSF.....	66
5.3. COMPETÊNCIA INTERPESSOAL DOS ENFERMEIROS DO PSF.	79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERENCIAS.....	95
ANEXOS	105

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde para ser a estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), trás em sua essência a necessidade de mudança do modelo assistencial, respaldado na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Atuando diretamente no processo saúde-doença em âmbito individual e coletivo, o PSF, por sua concepção teórico – filosófica direciona o cidadão para sentir-se co-responsável pela sua saúde. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, estabelecendo vínculo com a população assistida, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade.

O PSF funciona através das equipes de Saúde da Família que são responsáveis pela produção de resultados e pela assistência da população atendida pelo programa. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), espera que as equipes atuem com competência para resolver os principais problemas de saúde da comunidade, organizar suas atividades através de planejamento de ações, promoção da saúde, vigilância em saúde, trabalho interdisciplinar em equipe e desempenhar uma abordagem integral na saúde das famílias.

Uma equipe de saúde da família é formada por no mínimo um Enfermeiro, um Médico, um Auxiliar de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando ampliada contém ainda um Dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e um Técnico de Higiene Dental (THD) (BRASIL, 2007).

Em geral, o Enfermeiro, profissional integrante dessa equipe tem uma das

atribuições mais importantes e essenciais para o desenvolvimento do programa (ANTUNES e EGRY, 2001). No que se refere à realização de um trabalho interdisciplinar e em equipe, cabe ao Enfermeiro o papel de coordenar a equipe e gerenciar a unidade de saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) são atribuições específicas do Enfermeiro do PSF a coordenação e supervisão do trabalho dos ACS e da equipe de Enfermagem, além do gerenciamento dos materiais, insumos e funcionamento da unidade de saúde.

Assim, entender as múltiplas funções do Enfermeiro dentro da equipe de PSF significa compreender o grande desafio que perpassa suas atribuições, além da assistência de enfermagem, da educação permanente e em saúde, do cuidado em saúde, a coordenação da equipe é o instrumento para a realização do trabalho interdisciplinar e em equipe e para a efetiva produção de resultados. Segundo Andaló (2006) pesquisas da década de 40 evidenciam como o tipo de coordenação exercida influencia o estabelecimento do clima grupal que, por sua vez, afeta o alcance dos objetivos e o rendimento da equipe e profissionais.

No PSF o Enfermeiro é chamado para a tarefa de coordenação de equipe, com atribuição definida, e mesmo assim, muitas vezes não é questionado sobre o conhecimento e habilidades que tem para exercer essa função. Independentemente do conteúdo que o Enfermeiro traga da universidade. Para Erzinger e Trentini (2003), embora a assistência de Enfermagem seja o foco central da maioria dos currículos das universidades e faculdades de Enfermagem, a prática demonstra que ao saírem rumo ao mercado de trabalho, os profissionais não têm claro as definições de suas funções bem como não se sentem preparados para a gestão do cuidado.

Em Goiânia capital do Estado de Goiás, município sede desta pesquisa, o PSF foi criado em 1998. Atualmente e segundo o Departamento de Rede Básica da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o programa atende 35% da população com 125 equipes de saúde da família. No documento da SMS (GOIÂNIA, 2006) que dispõe sobre as diretrizes para o trabalho das equipes do PSF, os Enfermeiros são esclarecidos sobre suas funções e atribuições, quais sejam de atuarem na coordenação da equipe e o gerenciamento da unidade de saúde (GOIÂNIA, 2006). Ainda assim, a inserção destes profissionais no PSF em Goiânia, muitas vezes é feita à revelia do questionamento sobre sua experiência e formação para coordenar equipes. Além disso, os programas de qualificação e treinamento oferecidos atualmente pela SMS não objetivam o desenvolvimento deste saber fazer.

Enquanto servidora da SMS e gestora distrital das equipes do PSF na região Oeste do município e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FENUFG, a pesquisadora responsável por este estudo viu-se diante de grandes dilemas relacionados aos problemas vivenciados pelos Enfermeiros que coordenam essas equipes.

A maioria destes oriundos de dificuldades de infra-estrutura, mas muitos relacionados às limitações dos profissionais no manejo das relações que se estabelecem na equipe, o que compromete o seu desempenho, aspecto que passou a chamar a atenção, haja vista a posição ocupada por esta pesquisadora.

A análise dos mapas de produtividade das equipes e dos problemas mais comuns trazidos pelos Enfermeiros, no dia a dia, revela que existem limitações técnicas no saber fazer desses profissionais, o que sinaliza à SMS a necessidade e importância de um mapeamento da real situação desse grupo, para que se possa pensar estratégias para a capacitação destes para a melhoria da qualidade do cuidado e atenção em saúde.

A compreensão desta realidade é fator de motivação para a realização do

presente estudo e está alicerçada na possibilidade da análise das características do perfil técnico e relacional desses Enfermeiros, a qual poderá identificar áreas críticas da atuação e desenvolvimento do trabalho destes profissionais e do próprio programa. Diante dessa necessidade é que se estabelecem os principais questionamentos dessa pesquisa: Quais são as características do Enfermeiro coordenador de equipe de PSF? Que formação recebeu para assumir a função de coordenador? Há quanto tempo trabalha no PSF? Como é sua atuação no contexto do PSF? Quais são as habilidades interpessoais que compõem seu perfil? Quais as ações desempenhadas pelos profissionais sob sua supervisão? Que visão tem a respeito da sua equipe de trabalho?

Diante dessas inquietações e com o ingresso desta pesquisadora no Programa de Pós – Graduação em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás vislumbrou-se a possibilidade de concretizar a idéia de buscar respostas à esses questionamentos.

Acredita-se com isso, que como servidora da SMS e ocupando uma posição estratégica de coordenadora distrital do PSF em Goiânia - GO, será possível contribuir na identificação de pontos críticos que possam ajudar a melhorar o desempenho dos Enfermeiros.

Esses, obviamente serão identificados a partir do presente estudo, que poderá mostrar à gestão central do PSF caminhos para futuros projetos de aprimoramento desse grupo, uma vez que se trata de profissionais do quadro efetivo e que tem grande responsabilidade em garantir a melhoria contínua da qualidade da assistência e conseqüentemente a efetividade do programa.

Inicialmente a idéia foi discutida com a coordenação colegiada do PSF do município que se mostrou receptiva a esse investimento, já que se acredita que se

essa questão for tratada de modo sistematizado será possível a descoberta de respostas a alguns questionamentos que são feitos em nível central e que estão sempre relacionado: baixa produtividade de atendimentos prestados, ações realizadas sem planejamento, impacto da implantação nos indicadores de saúde da comunidade, as relações de conflito interpessoal dentro das equipes e ainda o desconhecimento sobre o perfil dos trabalhadores que compõem o programa dentro do município.

No intuito de responder a esses questionamentos buscou-se identificar elementos que guiassem este estudo com a intenção de compreender a realidade vivida pelos Enfermeiros do PSF como coordenadores de equipe. Tomou-se como referência para isso o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade – AMQ, apresentado pelo Ministério de Saúde que tem como objetivo principal a identificação de áreas críticas para o desenvolvimento de planos de ação visando a melhoria da qualidade do PSF. Esse método de avaliação proposto acontece no modelo de avaliação interna, como um processo participativo, identificando estágios de desenvolvimento, articulando os três níveis de governo (federal, municipal e Estadual), promovendo a cultura avaliativa e de gestão da qualidade (CAMPOS, 2005, BRASIL, 2006a).

Além da AMQ, que trata de dados técnicos da ação dos profissionais no PSF, considerou-se fundamental no processo de conhecer o movimento dos Enfermeiros coordenadores dessas equipes também, pesquisar suas habilidades no campo das relações interpessoais. Para tanto, utilizou-se como referência o exercício proposto por Moscovici (2003), usado em outra investigação no campo da enfermagem por Munari et al. (2003) com alunos de graduação. Este serve como estímulo aos participantes, na medida em que explicita dados sobre a dimensão interpessoal

desses profissionais visando a prática do autoconhecimento.

Conhecer o perfil profissiográfico dos Enfermeiros do PSF de Goiânia torna-se de fundamental importância também, pois pode ajudar a SMS a ter uma idéia real sobre a caracterização do seu grupo de profissionais que atuam no PSF, tendo inclusive o mapeamento de sua formação acadêmica, tanto no que diz respeito a atuação no PSF, quanto para serem coordenadores de equipe.

Além disso, acredita-se que assim seja possível apreender parte da experiência desses profissionais no PSF, bem como sua capacidade de compreender as ações desempenhadas dentro do programa e dos profissionais sob sua supervisão (ACS e Auxiliares de Enfermagem).

O exercício de estudar esta temática somou a possibilidade de esclarecer as necessidades dos Enfermeiros como coordenadores de equipe do PSF para que possam melhor desempenhar sua função e, conseqüentemente, melhorar o nível de atendimento a população. O conhecimento do perfil de trabalho desses profissionais também poderá servir de parâmetro para realização de processos seletivos mais direcionados às necessidades do serviço, para planejar projetos de educação permanente e de desenvolvimento baseado nas necessidades reais destes profissionais dentro da instituição.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Caracterizar o perfil e a atuação dos Enfermeiros do PSF no município de Goiânia – GO, na coordenação da equipe de acordo com seus perfis profissiográfico, técnico e interpessoal.

2.2. Objetivos Específicos

- Apresentar o perfil social, demográfico, econômico, de formação acadêmica e profissional dos Enfermeiros do PSF;
- Caracterizar as atividades dos Enfermeiros no PSF e descrever a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares de Enfermagem na visão do Enfermeiro coordenador com base nos parâmetros apresentados pelo projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da família do Ministério da Saúde;
- Verificar como o Enfermeiro do PSF avalia sua competência interpessoal para coordenação da equipe.

3. A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO NO PSF E A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM.

Com a necessidade de caracterizar os Enfermeiros coordenadores das equipes do PSF em Goiânia, e entender como as ações destes profissionais podem influenciar na produção de resultados dentro da equipe e conseqüentemente na efetivação do programa, a abordagem teórica que se segue, traçou o caminho percorrido desde a criação do PSF até os dias atuais onde a Enfermagem é considerada responsável direta pelo gerenciamento das atividades realizadas pelas equipes dentro do programa.

Assim, nesta parte do estudo é pretendida a compreensão do universo que abrange o PSF, quais sejam: a sua origem no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de consolidação de um novo modelo assistencial, movido pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças; os princípios norteadores de suas ações que estão pautados principalmente na descentralização da assistência, na integralidade do atendimento e na participação social; além disso, o esclarecimento da dicotomia vivenciada pelo PSF que ora é reconhecido como estratégia, e ora se apresenta como programa.

A estruturação deste referencial teórico visou ainda, ressaltar a importância do trabalho em equipe para a manutenção da qualidade da assistência prestada pelo programa, e para o andamento das atividades realizadas, com vistas a produzir resultados satisfatórios e melhorar os indicadores de saúde da comunidade assistida. Serão apresentadas as diretrizes para o trabalho em equipe dentro do PSF, os conceitos de diferentes autores sobre o trabalho em equipe e o impacto na

produtividade do grupo, e ainda a importância do exercício da liderança na figura de um coordenador que tem o papel de efetivar o trabalho em equipe.

A explanação teórica foi finalizada com a apresentação da função de coordenação da equipe atribuída ao Enfermeiro no contexto do PSF, fundamentada no Guia do Ministério da Saúde, na Política de Atenção Básica e nas Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. No PSF cabe ao Enfermeiro, a tarefa de coordenar a equipe de PSF e de gerenciar a unidade de saúde. Nesse sentido foi possível vislumbrar nesta fase do estudo a posição ocupada por este profissional, como este é inserido nessa tarefa, como são preparados e formados para este fazer, e ainda a visão de alguns autores sobre a importância da coordenação de equipe, da qualificação mínima necessária, dos resultados que isso produz. Desta maneira, entender como o PSF deposita no Enfermeiro o gerenciamento de suas ações, e espera resultados satisfatórios, alta produtividade e qualidade no atendimento.

3.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

A Reforma Sanitária iniciada nos anos 80 trouxe mudanças significativas na política de saúde no Brasil, impulsionando o surgimento de novos conceitos e a criação de um novo modelo de atenção. Atualmente somos todos, sem distinção, clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta diretrizes centrais de descentralização, atenção integral e participação social.

No SUS, a intenção principal é trazer a saúde o mais próximo possível da realidade vivida nas comunidades, assistir o cidadão de forma completa e integral no que ele necessitar, ouvir e atender as demandas da comunidade assistida pelo sistema (BRASIL, 2001).

Antes da implantação desta proposta o cidadão brasileiro para ter acesso aos serviços de saúde, tinha que ser trabalhador de carteira assinada. Os desempregados e trabalhadores autônomos pagavam por um serviço, ou tentavam atendimento em hospitais filantrópicos e postos de saúde super lotados (BRASIL, 2000; MACHADO, 2007).

Diante dessa insatisfação geral vivida em relação ao acesso aos serviços de saúde e com as discussões cada vez mais fortes sobre a necessidade de mudança da realidade de saúde no Brasil e no mundo, acontece a grande transformação da saúde vivenciada nos anos 80 e 90 (BRASIL, 2000, MARCELO, 2005).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978, na antiga União Soviética, defendia “Saúde para Todos nos anos 2000”, foi a grande impulsionadora dessa transformação. A partir daí foi criada a comissão de Reforma Sanitária, por onde foram elaborados os textos da Constituição Federal. Promulgada em 1988, trás em seu conteúdo a concretização da criação do novo sistema de saúde. Em seu artigo 196, afirma que “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, sinalizando que se pretendia sair de um modelo assistencial que privilegiava poucos, para ser direito de todos os cidadãos (BRASIL, 2000).

Nos anos 90, o artigo 196 é regulamentado por meio da Lei Orgânica 8.080, baseada na descentralização das ações, promoção, proteção e recuperação da saúde, e sinaliza que o sistema deve promover o atendimento integral à população, e a lei 8.142, que incentiva a participação social no acompanhamento das políticas e ações de saúde (BRASIL, 2000; FURTADO e SANTANA, 2003).

Surge então, o Sistema Único de Saúde (SUS), defendido na Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica. O intuito principal deste novo modelo de

assistência é o de universalizar o acesso aos serviços, abrindo as portas para todos os cidadãos sejam trabalhadores, desempregados, rico, pobre, negro ou branco (MARCELO, 2005).

O SUS muda o conceito de saúde existente no Brasil, propondo no momento da sua criação um modelo assistencial que preza pela equidade no atendimento as pessoas, onde os usuários são vistos na sua integralidade, e a participação social e comunitária é respeitada e defendida (MACHADO, 2007).

Vale considerar ainda que este modelo que o SUS desenha, prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização como um dos eixos centrais. É pretendido que o cidadão tenha cada vez mais perto de sua residência a chance de atender suas necessidades de saúde. É incentivado aos Estados e Municípios a gestão dos recursos destinados a saúde, atendendo as reais demandas de suas populações (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 2002).

Nesse sentido, a descentralização é um componente, um instrumento que objetiva a melhoria das condições de saúde e de vida, o que implica não apenas em “descentralizar” o poder de fazer, mas sim o de mudar a “lógica” e a “prática” do sistema, por meio de novos modelos de atenção e de gestão (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 2002).

Além de atendimento descentralizado, o SUS estabelece ainda que a assistência deve ser hierarquizada em três níveis de atenção: nível primário, secundário e terciário. O primeiro nível de atenção diz respeito à Atenção Básica (AB), que é responsável pelo primeiro contato do indivíduo com o sistema, pressupondo ser por onde o usuário terá acesso aos serviços de saúde de forma rápida, na medida e no tempo certo, ou seja, com equidade (FURTADO e SANTANA, 2003).

A Atenção Básica caracteriza-se como a porta de entrada do cidadão no SUS. Esta se pauta num conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

É no nível primário que o usuário vai ser compreendido no seu contexto vivencial, observado e acompanhado antes mesmos de adoecer. Promover saúde significa dar condições às pessoas de cuidar de si mesmas, ou seja, entender como a saúde é um processo de vivência individual e coletiva. O grande desafio é instrumentalizar a população para que ela própria entenda o processo de saúde-doença e seja a responsável direta pela sua saúde e qualidade de vida.

A promoção da saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, como “o processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre e melhorem sua saúde” (BRASIL, 2006a).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a linha de frente da AB, surge para concretizar as ações desenvolvidas no nível primário, entendido como uma das mais importantes estratégias de consolidação do SUS. Segundo Cordeiro (2004), a Saúde da Família, o modelo “estruturante” do SUS, é entendido como capaz de superar as dicotomias entre prevenção e cura, entre cuidado básico, promoção e assistência médico – hospitalar.

Criado a partir da experiência com o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), o PSF tem seu início em 1994, incentivado pelo Ministério da Saúde e inserido no contexto da AB. O programa é um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. O seu crescimento e expansão alcançaram velocidades expressivas nos últimos anos, entretanto a sua consolidação é sustentada pela produção de resultados

positivos, nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2007; ESCOREL et al., 2007)

Com isso, e para organizar o andamento de suas atividades, o PSF trabalha respaldado em princípios básicos que norteiam o cumprimento das metas e o alcance de resultados. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) os princípios norteadores desta estratégia são:

1. **Caráter substitutivo:** as práticas tradicionais de assistência são substituídas pelas novas práticas oferecidas pelo programa, onde a prevenção de doenças, a promoção da qualidade de vida são diretrizes centrais;
2. **Integralidade e intersetorialidade:** as unidades de saúde são vinculadas a rede de serviço, assegurando a referência e a contra – referência para os demais níveis de atenção, sempre que a necessidade de saúde do usuário assim exigir. A assistência aos indivíduos em seu sentido mais amplo é feita com a união do programa com outros setores da sociedade complementando as ações;
3. **Territorialização:** a área de abrangência é definida previamente com o cadastro das famílias onde acontece diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua e atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis;
4. **Responsabilização e vínculo:** a melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias da área de abrangência é assumida como responsabilidade e compromisso;
5. **Estímulo à participação da comunidade e ao controle social:** criação e utilização de canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia. Em suma, ser um espaço de construção de

cidadania;

6. **Equipe multiprofissional:** composta por profissionais de diferentes formações, com o objetivo principal de garantir a integralidade da assistência ao indivíduo. A equipe deve ter a capacidade de articular requisitos técnicos a uma prática que considere os contextos individual, familiar e coletivo, e as relações entre os profissionais, desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes;

Ao seguir tais diretrizes acredita-se que o PSF atende as expectativas do SUS, no momento em que dentro de seus princípios norteadores contém os eixos centrais do sistema. Segundo Viana e Poz (2005) o PSF surge num período de “vazio programático” nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), onde a política de saúde seguia uma inércia, repetindo modelos de atendimento.

Para Rosa e Labate (2005) o desenvolvimento das políticas de saúde e o surgimento do PSF como proposta de reorientação assistencial, confirma as mudanças sofridas pela saúde no Brasil. Enfatizam as mesmas autoras, a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde, as universidades, para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe e assistência humanizada, requisitos para potencializar o PSF como uma estratégia efetiva.

A mudança proposta pelo PSF e que caracteriza este programa como um instrumento para a mudança de modelo assistencial está diretamente ligado a um novo modo de operar o trabalho em saúde, que estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais, sem a centralização em um único profissional, aumentando o grau de responsabilidade técnica gerencial e todos os envolvidos possibilitando caminhos para novas ações e conseqüentemente para a consolidação

do SUS (FRANCO e MERHY, 1999; FELISBINO e RIBEIRO, 2000).

Ribeiro, Pires e Blank (2004) consideram que diante de tantas propostas apresentadas, processos de trabalhos modificados, a reivindicação do PSF para se afirmar como “estratégia” e não apenas como um programa cresce a cada dia. Isso se deve ao fato de ser o PSF um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.

Nesse sentido, vive-se uma dicotomia entre ser reconhecido como estratégia ou continuar como programa, condição esta que desde sua implantação, é reafirmada através dos objetivos apresentados, das metas e passos definidos, e ainda com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/ normatizado (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

Também, o termo estratégia já se consolidou dentro do Ministério da Saúde, por projetos que vão além da mudança no processo de trabalho em forma de passos, metas e objetivos, atualmente se fala em avaliação e qualidade da assistência. A proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família – AMQ visa o diagnóstico situacional de áreas críticas com o objetivo principal de diminuir as arestas e desenvolver planos que visem a melhoria da qualidade prestada na estratégia (BRASIL, 2006a).

A AMQ disponibiliza ferramentas para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções, contribui para inserção da dimensão da qualidade, verifica os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios, identifica áreas críticas, contribui pra a construção da capacidade avaliativa buscando em todos os níveis o alcance da qualidade no atendimento no contexto da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, e entendendo a importância deste instrumento para as equipes de Saúde da Família, utilizou-se a AMQ como norte para a construção do instrumento de coleta de dados deste estudo, principalmente no que diz respeito a atuação esperada dos profissionais em equipe. Em contrapartida, durante todo o trabalho apresentado não será utilizado o termo “estratégia”, e sim programa, por entender que mesmo se consolidando como estratégia, o termo programa é mais difundido e se encaixa melhor com as diretrizes apresentadas e com os objetivos deste estudo.

3.2. O trabalho em equipe no PSF

O instrumento utilizado pelo PSF para garantir a realização dos princípios básicos, do cumprimento das metas e, finalmente, o alcance de objetivos propostos, são as equipes do PSF. Estas são compostas por profissionais de diferentes formações que juntos constroem a roda motora de todo o sistema.

A equipe básica do PSF tem um Enfermeiro, um Médico, um Auxiliar de Enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atualmente e segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) quando esta equipe é ampliada, conta ainda com um Dentista, um Auxiliar de Consultório dentário e um Técnico em higiene dental.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) é um documento definido pelo Ministério da Saúde que vem para revisar a sua regulamentação no Brasil. Neste documento fica claro que são atribuições das equipes de PSF participar do processo de territorialização, reconhecendo a comunidade assistida, identificando grupos de risco, priorizando as ações com base em planejamento local, prestar

cuidados em saúde na unidade de saúde, no domicílio e em espaços comunitários e realizar ações programáticas e exercer vigilância a saúde notificando agravos e realizando busca ativa.

Cabe ainda às equipes realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários e responsabilizar-se, mantendo o acompanhamento do cuidado. É inerente às equipes promover a mobilização e a participação da comunidade, incentivar a intersetorialidade das ações, garantir a qualidade dos registros nos sistemas de informação e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2006).

Portanto, é atribuída às equipes do PSF a responsabilidade de gerir o programa de acordo com as diretrizes do SUS, e consolidar o PSF como a estratégia reorientadora do modelo assistencial de saúde. Essa responsabilidade é muitas vezes atribuída à rápida expansão do programa que demanda a cada dia, profissionais capacitados para lidar com as normas e rotinas de programa e ainda adaptá-las às diferentes localidades e regiões (BRASIL, 2000a).

Até o ano de 2006 foram implantadas em todo Brasil mais de 26.729 equipes em 5.106 municípios. Com isso, 46,2% da população brasileira está coberta com o programa que atende cerca de 85,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2007).

Vale lembrar que depois de implantado, um programa seja ele qual for, precisa ter continuidade e seguimento para apresentar resultados satisfatórios. Por isso, na implementação de todo e qualquer modelo assistencial ou mesmo estratégia de atenção como é o caso do PSF, uma questão importante são os processos de avaliação e monitoramento do trabalho realizado pelas equipes (RONCALLI e DENIO, 2006).

Nesse sentido, o grande desafio é entender estas equipes, perceber os acontecimentos e os fatos que caracterizam seu fazer e propor ações que permitam

o seu desenvolvimento. Sendo o trabalho multidisciplinar e em equipe princípio norteador do programa, o intuito principal é compreender o real significado de equipe, conceito, estrutura, forças motoras, dentre outros. Compactuando do pensamento de alguns autores que acreditam que para se ter um atendimento adequado em saúde, qualidade e eficiência na assistência prestada é essencial a concepção coletiva do trabalho, assim como sua execução, o trabalho em equipe, ou o trabalho coletivo torna-se um instrumento facilitador do cuidado, pois dela se espera um desempenho e uma eficiência superior à obtida na execução individualizada e isolada do trabalho (MOTA e MUNARI 2006; PEDDUZZI e CIAMPONE, 2005; FORTUNA et al. 2005; CIAMPONE e PEDUZZI, 2000).

Para entender a dinâmica que envolve o trabalho em equipe, é preciso compreender sua formação e finalidade. Para Bitencourt (2004), existem três dimensões essenciais para entender o trabalho coletivo: as pessoas, os grupos e as equipes. Para ela um conjunto de pessoas trabalhando em uma sala já constitui um grupo, mas para transformar esse grupo em uma equipe é preciso ativar os relacionamentos interpessoais em atitudes cooperativas e proativas.

Os seres humanos passam a maior parte do seu tempo convivendo em grupos, trabalhando, se divertindo, descansando e em grupo também atravessam os momentos de alegria, crescimento, tristeza e involução. Em grupo vivem a paz, fazem as guerras, constroem e destroem. Por isso, o progresso da sociedade depende do bom funcionamento dos grupos de lazer e de trabalho (BUSNELLO, 1986; MOSCOVICI, 2003; MUNARI e FUREGATO, 2003).

Para Zimerman e Osório (1997), o agrupamento de pessoas acontece de várias maneiras, desde um conjunto de três pessoas, até uma família, uma turma, uma torcida, o que vai caracterizar este agrupamento em um grupo propriamente dito é a

transformação de “interesses comuns” em “interesses em comum”, ou seja, um grupo não é somatório de pessoas, os integrantes estão reunidos em torno de uma tarefa de interesse de todos, o grupo tem sua identidade própria e preserva a identidade específica de cada membro. Além disso, em um grupo deve haver entre seus membros algum tipo de interação afetiva, a qual se torna inerente a esta conformação, e deve existir uma hierarquia, uma distribuição de papéis e posições de distintas modalidades (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997)

Os grupos podem então ser classificados e diferenciados de acordo com a finalidade para qual ele é criado. Para Zimerman e Osório (1997), dependendo para que se destina, o grupo pode ser dividido em dois grandes ramos, os grupos operativos e os psicoterápicos. Os grupos operativos cobrem quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Os grupos institucionais se destinam a aumentar o rendimento de produção de uma empresa, investindo no pessoal, com o objetivo de criar um clima de harmonia entre os diversos escalões da organização.

Com isso, no PSF para que as equipes possam funcionar efetivamente como tal, realizar um trabalho de fato em equipe é preciso compreender o universo pessoal e individual, perceber as conformações grupais e suas finalidades. Para avançar o estágio de pessoas, ultrapassar o estágio de grupos e atingir o estágio de equipes, é fundamental inicialmente investir no desenvolvimento do indivíduo, depois nas relações interpessoais, buscando a integração, e finalmente a equipe se constituirá com o passar do tempo (BITENCOURT, 2004).

Sendo assim, acredita-se que uma equipe é aquela em que as trocas entre os membros se viabilizam e as competências se potencializam reciprocamente pela noção compartilhada de que o todo qualificado e contribuinte é maior que a soma

das partes. A responsabilidade é tanto individual quanto coletiva, e as atividades são vistas como complementares. Além disso, é possível perceber que em uma equipe a habilidade coletiva é capaz de produzir serviços de maneira mais eficiente e efetiva (OSÓRIO, 2003; MOTTA, 2001; CIAMPONE e PEDUZZI 2000).

Para entender melhor a relevância que o efetivo trabalho em equipe tem para o alcance de resultados dentro do PSF, Oliveira e Spiri (2006) realizaram estudo denominado Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. O objetivo deste estudo foi analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais do PSF e seus resultados mostram que é necessária a interação entre todos os membros para ações integrais, embora haja diferenças de ideologias e condutas profissionais. O trabalho integrado contribui para a socialização de saberes, fundamentais para atuação eficaz e de qualidade (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000; FERREIRA, 2004; FORTUNA et al. 2005)

Percebe-se, portanto que a efetividade do PSF, a consolidação de suas ações e a qualidade da assistência prestada aos usuários, estão diretamente ligados à realização de um trabalho coletivo e em equipe (PEDUZZI e CIAMPONE, 2005; GIL, 2005).

A simples junção de diferentes profissionais em uma unidade de saúde com o objetivo de operacionalizar o PSF não configura por si só, um trabalho efetivamente em equipe. Segundo Peduzzi e Ciampone (2005) uma equipe usa as habilidades, as competências e os recursos de todos os seus membros, planeja suas atividades, é sistêmica em seu processo decisório e de resolução de problemas, e empenha-se para chegar à produtividade máxima.

“Uma equipe torna-se uma organização coesa quando envolve seus membros no processo de planejamento e de tomada de decisão. Todos os membros da equipe

sentem-se responsáveis pelo sucesso da equipe” (PEDUZZI e CIAMPONE, 2005, p 117).

Pode-se considerar equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. Nessa perspectiva, a comunicação entre seus membros é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas, a confiança é grande, assumem-se riscos, as habilidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados e os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção (MOSCOVICI, 2004).

Munari e Furegato (2003) entendem que “um grupo é aquilo que seus membros fazem dele. Como unidade isolada, nada representa”. Completam a idéia dizendo que a definição dos membros que farão parte do grupo está diretamente ligada a capacidade destes em contribuir com os objetivos do grupo. Com isso, acredita-se que numa equipe de PSF, a definição dos membros e a contribuição deste em particular, se constituem em aspectos fundamentais para a geração de resultados satisfatórios.

Segundo Moscovici (2003), o complexo processo de interação humana, exige de cada participante um determinado desempenho, o qual variará em função da dinâmica de sua personalidade e da dinâmica grupal na situação-momento, ou contexto-tempo. A liderança, por exemplo, é um papel de expressão dentro do grupo, sem a presença de outras pessoas, ou de um grupo, esta não poderia ser exercida. A liderança se torna uma condição decorrente do funcionamento grupal (OSÓRIO, 2003, MOSCOVICI, 2003)

Dentre os diferentes tipos de papéis dos membros de um grupo, destaca-se o do líder, que é o membro de grupo que mais influencia os demais companheiros, muito mais do que ser influenciado (ROCHA e PADILHA, 2004). Conforme Savoia e

Cornicck (1989) in Rocha e Padilha (2004) são dez os papéis do líder: executor de planejamento, executor de estratégias, controlador das relações internas, doador de recompensas e castigos, árbitro e mediador, representante do grupo, substituto da responsabilidade individual, ideólogo, figura paterna e vítima propícia.

Dentre os membros que compõem a equipe de PSF, é sobre o profissional Enfermeiro que recai uma das mais importantes tarefas, a de coordenar e gerenciar o seu grupo de trabalho. Ou seja, é atribuição de Enfermeiro do PSF a coordenação e supervisão dos ACS e da equipe de Enfermagem (BRASIL, 2006).

Entretanto, uma equipe para se desenvolver necessita de uma liderança na condução das tarefas e na divisão do trabalho. O Enfermeiro do PSF, que tem como função a coordenação da equipe deve ser o incentivador do trabalho coletivo, onde os membros estabeleçam relação de integração a ponto de efetivar o trabalho em equipe e atingir a produtividade máxima. Porém, nem sempre esse profissional tem formação que facilite a execução dessa tarefa (FORTUNA et al., 2005; MATUMOTO e FORTUNA, 2005; PEDROSA e TELES, 2001; SILVA e JORGE, 2002; TEXEIRA e MISHIMA, 2000; TEXEIRA, MISHIMA e PEREIRA, 2000).

Para Moscovici (2003), o gerente ou líder do grupo é o verdadeiro responsável permanente pelo desenvolvimento de sua equipe no dia-a-dia, por todas as atividades de desenvolvimento de equipe presentes ou futuras. Em um grupo de trabalho há sempre previamente definido o papel de um detentor de autoridade: o do líder, gerente ou chefe. Este tem o poder oficializado de controlar o comportamento dos demais.

Entretanto, a verdadeira liderança de equipe tem semelhança com o papel de técnico de uma equipe esportiva. Ela é sempre um desafio singular e sutil. Mostra-se mais como arte do que como técnica (MOSCOVICI, 2004). Essa forma de exercer a

liderança deve ser vislumbrada pelo Enfermeiro em qualquer cenário da prática, em especial na coordenação de equipe no PSF.

3.3. O Enfermeiro como coordenador de equipe no PSF

Desde sua formação acadêmica o Enfermeiro é envolvido em trabalhos com grupos e equipes diversas. Na área hospitalar o Enfermeiro é chamado para a coordenação da equipe de Enfermagem, na saúde pública o Enfermeiro tem papel fundamental na condução de atividades assistenciais, educativas e gerenciais nas unidades de saúde.

No PSF não é diferente o Enfermeiro é o membro da equipe que tem definidas suas atividades de coordenador e gerente, atuando como instrutor-supervisor dos ACS e no gerenciamento do pessoal da enfermagem, além de ser o elo da equipe com a coordenação municipal (COSTA, LIMA e OLIVERIA 2000; COSTA et al., 2000; NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005; SILVA e TRAD, 2005).

O Guia Prático do Programa de Saúde da Família elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), define como atribuições específicas do Enfermeiro do PSF:

1. Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família;
2. Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos ACS e de Auxiliares de Enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções;

Na Política Nacional de Atenção Básica (2006) são também atribuições do Enfermeiro do PSF:

1. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

2. Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
3. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde;

Em Goiânia, município sede deste estudo, são definidas as competências do Enfermeiro do PSF e apresentadas nas Diretrizes da Secretaria Municipal de Goiânia (2006) para o trabalho das equipes de Saúde da Família. São elas:

1. Planejar, acompanhar e avaliar o trabalho do Auxiliar de Enfermagem e ACS;
2. Participar das reuniões semanais de equipe;
3. Ajudar na organização das Unidades de Saúde da Família, desde rotinas do tratamento até gerência de insumos (equipamentos, medicamentos etc.);
4. Participar do processo de formação, capacitação e educação permanente, junto às equipes e demais profissionais da rede do sistema municipal de saúde;
5. Participar na elaboração, execução e supervisão de normas, rotinas e procedimentos dos serviços de saúde;

Seguindo esta lógica de atribuições do Enfermeiro do PSF, e concretizando sua função de coordenador de equipe, o estudo sobre a atuação do Enfermeiro no PSF na cidade de Esperança – PB mostra que, as atividades desenvolvidas por este profissional são divididas em administrativas, educativas e assistenciais. Destaca ainda o gerenciamento da unidade, a gestão de pessoal, supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, planejamento e organização da unidade (COSTA, LIMA e OLIVEIRA, 2000).

Em Sobradinho II – DF, na grande maioria das equipes de saúde o Enfermeiro detém o papel de coordenador, acumulando várias funções, principalmente, no acompanhamento dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS (COSTA et al., 2000).

A atuação do Enfermeiro, dessa forma, se desenvolve na unidade junto à equipe, nas ações de supervisão técnica dos auxiliares de enfermagem, facilitando a integração entre os membros da equipe, realizando reuniões de grupo e, principalmente, no desenvolvimento de atividades de educação continuada capacitando os profissionais e qualificando suas ações (COSTA et al., 2000, BEZERRA, 2003). Tais ações são coerentes com a função de coordenador de grupo, conforme o modelo assistencial do PSF.

Tendo em vista os pressupostos do PSF e dos seus princípios norteadores o trabalho multidisciplinar e em equipe é condição indispensável para a garantia de bons resultados. No decorrer da abordagem teórica feita, foi possível perceber que o trabalho acontece em equipe quando o potencial de cada membro é utilizado para transformar as atividades realizadas em consensos, atingindo a produtividade máxima. No contexto do trabalho em equipe destaca-se o papel do Enfermeiro, ao qual é atribuída a função de coordenação.

De acordo com Antunes e Egry (2001) a Enfermagem em seus mais diferentes níveis de inserção cotidiana no novo modelo assistencial, vem conquistando espaços de poder na gestão, buscando construir o SUS e transformar propostas incrementais em estruturais.

O estudo de Costa e Silva (2004) sobre o Impacto da Criação do Programa de Saúde da Família, na respectiva atuação do Enfermeiro, os resultados mostram que a implantação do PSF intensificou e ampliou as atividades do Enfermeiro tanto na

área da assistência e da educação em enfermagem quanto de gerenciamento dos serviços de saúde.

Isso posto, o grande desafio do Enfermeiro é contribuir para consolidar o SUS, entendendo o PSF como estratégia fundamental e o trabalho em equipe como forma de operacionalizar esta conquista. Cabe a ele a tarefa de coordenar e supervisionar esta equipe, de forma a conseguir resultados satisfatórios.

Os Enfermeiros tem assumido cada vez mais cargos de gerência em Unidades Básicas de Saúde, para isso precisam desenvolver habilidades e competências no seu desempenho tentando agir como agentes de mudança capazes de melhorar a qualidade da assistência e a satisfação do usuário (LORENÇO, SHINYASHIKI e TREVIZAN, 2005)

Para Motta (2001), a competência é a capacidade em ação e nada mais é que o fundamento para o progresso da organização. Ela é desenvolvida através da assimilação de conhecimentos, possibilidades e limites. Entende-se então que dentro do PSF, a integração das habilidades e atitudes dos Enfermeiros e de sua equipe, aliada a competência adquirida, no dia-a-dia do trabalho prático, possibilita direcionar melhor as ações em busca da qualidade (BENITO e BECKER, 2005; BENITO e BECKER, 2007; MOTTA 2001).

Bianco (2000) no estudo sobre a construção da autonomia do Enfermeiro no cotidiano, mostra que o profissional não faz da enfermagem apenas um papel a ser cumprido, mas se impõe com sua forma de agir, acrescida pelo conhecimento adquirido no dia-a-dia congregando saber, poder de crítica e visão de mundo. Diante do conhecimento, suas competências vão sendo construídas, as habilidades despertadas, e o Enfermeiro se firmando enquanto um profissional apto às exigências do mercado que o cerca.

Compreende-se ainda que cabe a um coordenador de equipe o poder de fazer com que o grupo transponha a barreira de ser uma **equipe agrupamento** – onde o trabalho de diferentes profissionais que detém assimetria de relações, poderes e saberes para operar diferentes tecnologias, para se tornar uma **equipe integração** – onde o somatório de pequenas parcerias e ações componha a trama de atos negociados e articulados entre os agentes, superando a posição de disputa e passado para a de complementação (PEDUZZI e CIAMPONE, 2005; PEDUZZI, 2001).

A Enfermeira é vista muitas vezes como a facilitadora para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde, preparando o ambiente e prevendo os recursos materiais necessários para que as atividades assistenciais, entre outras aconteçam (WITT e ALMEIDA, 2006).

Outro aspecto importante a ser considerado é que para que este Enfermeiro com tamanho desafio consiga atender as expectativas depositadas a ele, é necessário que o mesmo tenha formação mínima para coordenação de equipe. Segundo Peduzzi e Ciampone (2005), para coordenar equipes é necessário que o candidato faça investimentos mínimos em três dimensões, na individual em busca do auto-conhecimento, na grupal para aprendizagens coletivas, e na institucional para mudança de filosofia, estrutura organizacional e das políticas de gerenciamento de pessoal.

As Diretrizes Curriculares para o curso de Enfermagem apontam, entre outros aspectos que, o principal objetivo é fazer do aluno egresso um ser com competências gerenciais desenvolvendo habilidades ligadas diretamente ao trabalho do Enfermeiro, como comunicação, tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Além disso, o Enfermeiro deve sair da

universidade com uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, a ponto de reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem, gerenciar os processos de trabalho, integrar-se em ações multidisciplinares (PERES e CIAMPONE, 2006; BRASIL, 2001b).

Às Universidades cabe a tarefa de formar um Enfermeiro capaz de lidar com as diversas situações advindas da coordenação de uma equipe, seja ela qual for. Sabendo que cada vez mais é exigida deste profissional esta competência, é necessário que investimentos sejam feitos na academia. Sendo assim, e de acordo com Urbanetto e Capella (2004) é importante pensar na responsabilidade dos cursos de graduação, em favorecer um aprofundamento da questão relacional como uma das atribuições da enfermeira na liderança de uma equipe de trabalho, o que exige um conhecimento adequado, muitas vezes não priorizado durante a formação e também posteriormente como profissional.

No estudo de Munari et al. (2005), que traça um mapa sobre o ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, percebe-se que ainda é pequeno o investimento das instituições na abordagem da temática. Mesmo diante da relevância desse conhecimento para o desempenho mais efetivo do Enfermeiro para coordenação de grupos e equipes, além da exigência mercadológica de profissionais com essa competência, parece que tornar essa habilidade uma prática cotidiana no ensino de enfermagem é ainda um grande desafio (MUNARI, OLIVEIRA e FERNANDES, 2006).

Às instituições onde os Enfermeiros atuam como gerentes cabem a qualificação constante destes profissionais a ponto de diminuir as arestas das dificuldades na atuação. O Enfermeiro do PSF como coordenador da equipe precisa buscar o desenvolvimento contínuo, tanto das competências técnicas quanto das

competências interpessoais. O estudo de Spagnuolo (2007) mostra que os Enfermeiros não se sentem preparados para coordenar e apontam necessidade de aportes teóricos e práticos na questão dos relacionamentos interpessoais que ficaram falhos desde a graduação, mostrando que coordenar a equipe multiprofissional no PSF é um processo de construção.

Não é possível se esquivar mais desta responsabilidade, o reconhecimento do Enfermeiro do PSF como coordenador de equipe se intensifica a cada dia dentro das políticas de saúde. Está inserida na prática cotidiana deste profissional esta tarefa desafiadora, que tem o propósito claro de mudança e transformação.

Por isso, o Enfermeiro é reconhecido pelos outros profissionais da equipe como coordenador, indispensável, líder, ponto de referencia, solidário (MATTEI; TAGLIARI e MORETTO, 2005).

Segundo Balsanelli e Cunha (2006), o Enfermeiro trás em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerenciando equipes. Cabe a ele ser líder e trabalhar junto com os membros de sua equipe com plena satisfação.

O relacionamento interpessoal entre o líder e os membros do grupo é um dos fatores mais relevantes na facilitação ou obstância de um clima de confiança, respeito e afeto que possibilite relações de harmonia e cooperação. As relações dos membros entre si e com o líder determinam as verdadeiras possibilidades de trabalho conjunto produtivo (MOSCOVICI, 2004).

Sendo assim, a relevância do trabalho do Enfermeiro, como agente de mudança e transformação, no PSF é de grande responsabilidade. O desafio é coordenar a equipe e fazer dela instrumento de ações assertivas e resolutivas. Para Gotardo (2002) há uma expectativa social em relação à atuação do Enfermeiro, que precisa

exercer sua prática pautada pela sensibilidade e criatividade, para perceber que existe nele próprio um poder excepcional, pois ele consegue o fenômeno da transformação e passa a se revelar ao mundo.

4. METODOLOGIA

4. 1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, que visa investigar uma determinada situação, caracterizando uma população. Esse tipo de estudo tem como propósito descrever, identificar e avaliar a distribuição de eventos específicos em uma população em particular, possibilitando um diagnóstico quantitativo da situação vivida direcionando a melhoria das práticas em saúde e sugerindo novos rumos para pesquisas futuras (POLIT, BECKER e HUNGLER, 2004, PEREIRA, 1999, WOOD e HABER, 2001).

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, situada no planalto central brasileiro com uma população estimada em aproximadamente 1,2 milhões de habitantes em uma área de 739 km² (IBGE, 2007).

Goiânia é uma cidade com grandes áreas de expansão e com demanda crescente populacional, tem os serviços de saúde gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, que divide-se nos Distritos Sanitários de Saúde (DS). Os DS são o resultado do processo de descentralização vivenciado no SUS, representam regiões administrativas, hierarquizadas e são responsáveis pela garantia, monitorização e avaliação da saúde de uma determinada população.

Em todo município estão implantados e concretizados nove DS dos quais se espera ações estratégicas de execução em saúde de acordo com as diretrizes e princípios da SMS e do SUS (GOIÂNIA, 2006).

O PSF da SMS está implantado em oito dos DS o que configura uma cobertura de aproximadamente 35% da população com 125 equipes. Os oito DS que contém PSF são assim distribuídos: DS Noroeste possui 44 equipes, DS Oeste e Sudoeste possui 19 equipes cada um, o DS Norte 18 equipes, DS Leste 12 equipes, DS Sul 8 equipes, DS Central 3 equipes e DS Mendanha 2 equipes. Para melhor visualizar, a Figura 1 mostra o mapa da distribuição das equipes do PSF por Distrito Sanitário de Saúde em Goiânia:

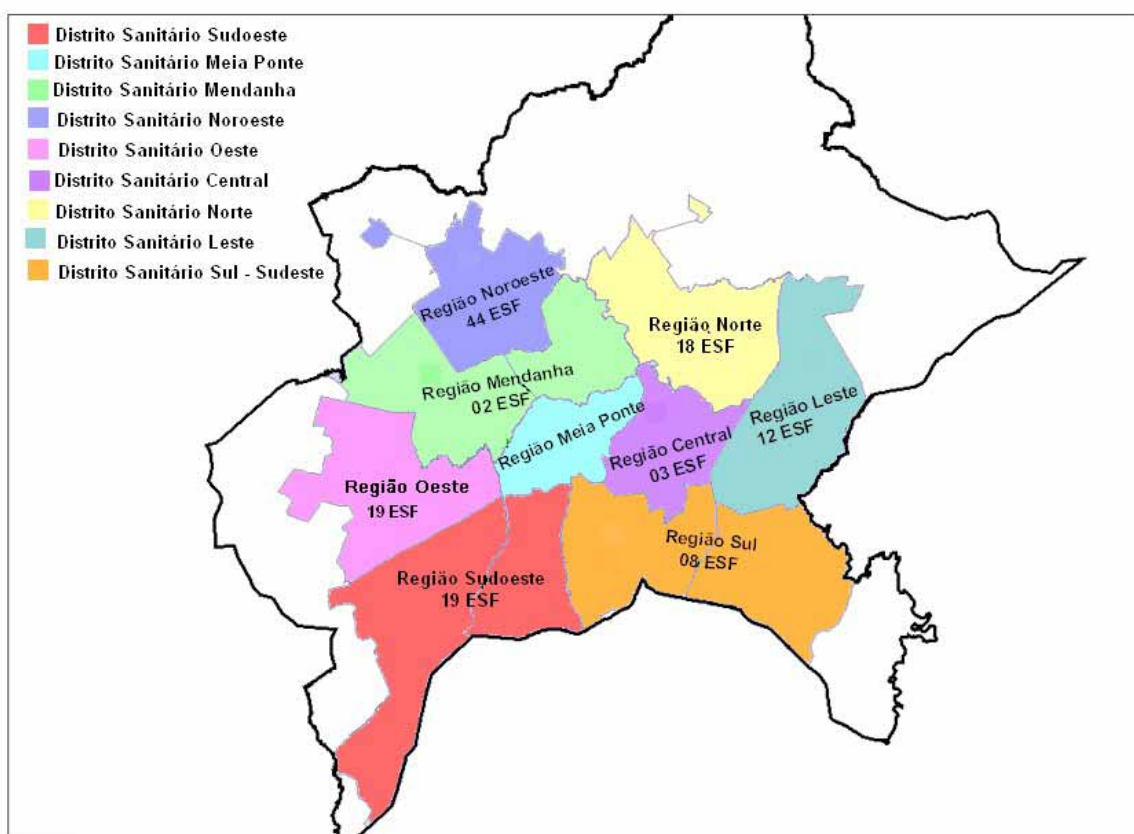


Figura 1: Mapa de distribuição das equipes do PSF no município de Goiânia – GO por Distrito Sanitário de Saúde. Fonte: Coordenação do PSF – Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia, Julho, 2007.

As equipes do PSF de Goiânia em sua maioria tem a composição mínima exigida pelo Ministério da Saúde, com um Enfermeiro, um Médico, um Auxiliar de

Enfermagem e de 5 a 8 ACS. Atualmente, segundo o Departamento de Rede Básica da SMS, cerca de 40 equipes já contam com a formação ampliada com mais um Dentista, um ACD e um THD.

A Coordenação colegiada, multidisciplinar do PSF é responsável pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação geral do trabalho realizado pelas equipes, se divide em coordenação central e distrital e são formadas por médicos, enfermeiros e cirurgiões dentista. Nos DS a coordenação faz o acompanhamento setorial das necessidades das equipes e trabalha com as demandas diretas das equipes. Através da coordenação distrital as equipes são constantemente acompanhadas e avaliadas.

4.3. População do estudo

A população alvo deste estudo é composta pelos Enfermeiros do PSF pertencentes às equipes de saúde da família dos Distritos Sanitários de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Ao todo são 124 Enfermeiros lotados em 125 equipes, durante a pesquisa encontramos uma equipe que não possuía, no momento, este profissional lotado.

Para inclusão dos Enfermeiros na pesquisa adotou-se como critérios: trabalhar em PSF há mais de um ano, trabalhar na equipe atual há mais de 6 meses. Para determinar a participação ou não do profissional foram adotados como critérios de exclusão: nunca ter tido na equipe atual ACS e Auxiliares de Enfermagem, trabalhar há menos de seis meses na equipe atual, afastamento por qualquer motivo na época da coleta (férias, licença médica, licença maternidade).

Com a aplicação dos critérios listados acima, 15 profissionais foram excluídos, 03 recusaram participar das entrevistas e 06 não compareceram na data e local marcados para o preenchimento do questionário. Além disso, 06 Enfermeiros não foram localizados dentro do prazo estipulado para realização da coleta de dados. Trabalhou-se então com a população acessível de 94 Enfermeiros, aptos a participar do estudo, correspondente à 75,8% da população alvo. Para Wood e Haber (2001) a população acessível é aquela onde são atendidos todos os critérios de elegibilidade exigidos, e que está disponível para pesquisa, levando-se em consideração fatores como tempo, viabilidade e financiamento.

4. 4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora entre os meses de Agosto e Dezembro de 2007. Para tanto utilizou-se um instrumento respondido pelos sujeitos (ANEXO B), dividido em dois eixos centrais, uma parte elaborada em forma de questionário com questões fechadas de múltipla escolha, com tópicos que tratavam de aspectos sociais, demográficos e econômicos; de formação acadêmica e dados profissionais. A outra parte do instrumento continha dados referentes a atuação dos Enfermeiros no PSF e dados sobre a dimensão interpessoal/ auto-conhecimento, foi elaborada baseando-se na técnica de escala e mensuração de atitudes e variáveis psicossociais do tipo *Likert*.

A escala do tipo *Likert* diferencia-se de outros tipos de escalas, pois o entrevistado apresenta seu ponto de vista sobre a questão em uma escala de graus variados de intensidade entre dois extremos. Entre os extremos pode ser dada a

opção de escolha 1 a 5 ou de 1 a 7 graus (POLIT, BECK e HANGLER, 2004 e WOOD e HABER, 2001).

O Enfermeiro respondeu cada item apresentado em relação a sua atuação no do PSF e dos profissionais sob sua supervisão (ACS e Auxiliares de Enfermagem) com a opção de cinco graus, onde uma determinada atividade listada poderia ser exercida entre os extremos de realização SEMPRE e NUNCA. Sendo assim, quando a atividade **é realizada**, marcou-se a opção – SEMPRE, quando a atividade é realizada **mais da metade** – QUASE SEMPRE, quando a atividade é realizada **pela metade** – FREQUENTEMENTE, quando a atividade é realizada **menos da metade** – RARAMENTE e quando a atividade **não é realizada**, marcou-se a opção – NUNCA.

Nos itens sobre a dimensão interpessoal, o profissional pôde escolher dentro de sete opções, representando uma capacidade pessoal entre os extremos de habilidade MÁXIMA e MÍNIMA. A escolha do número 1 representava que a habilidade é minimamente exercida e do número 7 indicava o exercício máximo dessa habilidade.

Para confecção do questionário e dos itens das escalas, utilizou-se a proposta apresentada pelo Ministério da Saúde (2006a) no projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), e a proposta apresentada por Moscovici, (2003) para a avaliação da competência interpessoal.

A AMQ, como mencionado anteriormente, tem finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e qualidade, possibilitando aos atores do PSF a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para sua construção (BRASIL, 2006b).

A AMQ tem como unidades de análise: a gestão e as equipes do PSF. Para a construção do instrumento da AMQ, foram analisadas as atividades desenvolvidas por esses grupos, de onde surgiram os padrões de qualidade a serem atingidos pelas organizações (BRASIL, 2006a). Neste estudo utilizou –se os padrões relacionados às equipes, na dimensão de consolidação do modelo de atenção. Sendo a sub-dimensão norteadora aquela relacionada à organização do trabalho em Saúde da Família, onde estão descritas ações relacionadas à atuação da equipe como um todo.

Com isso foi possível descrever as ações que caracterizam a atuação do Enfermeiro do PSF, sua rotina de trabalho, e ainda caracterizar o trabalho dos ACS e Auxiliar de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro, constituindo uma das partes do estudo.

Outro instrumento utilizado para compor o perfil dos Enfermeiros coordenadores do PSF, é a proposta apresentada por Moscovici, (2003) que avalia a competência interpessoal mensurando habilidades e capacidades relacionais. Entende-se que o intuito principal está ligada diretamente à percepção que os profissionais tem sobre essa dimensão, considerada estratégica para coordenadores de equipe. O exercício proposto pela autora neste tipo de avaliação tem como objetivo mensurar a dimensão interpessoal do respondente e analisar em seguida o perfil de competência interpessoal deste baseado na comunicação, liderança e participação.

O questionário então, depois de construído foi submetido à avaliação de três experts, que aprovaram a utilização do mesmo como instrumento apto à coleta dos dados. Para o teste foram convidadas uma professora Doutora em Enfermagem pesquisadora na área de Educação Continuada em Saúde e Gestão de Recursos Humanos em Saúde e em Enfermagem. Uma professora doutoranda,

desenvolvendo pesquisa na área de Gestão em saúde e uma Enfermeira da Coordenação Municipal do PSF de Goiânia.

Além disso, para calibrar o instrumento foi realizado um teste piloto com cinco Enfermeiros do PSF do município de Aparecida de Goiânia, cidade esta que faz parte da região metropolitana da grande Goiânia. Esses profissionais além de esclarecidos sobre a legalidade da participação no estudo, ainda enquadravam-se nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e ajudaram na verificação da aplicabilidade do instrumento, na clareza dos enunciados e no tempo para preenchimento do questionário.

Para o início da coleta de dados foi feito contato com a Coordenação municipal do PSF, ocasião em que foi esclarecida a necessidade de captar o maior número possível de Enfermeiros, tendo em vista o tipo de pesquisa, o objeto de estudo e os objetivos da investigação. Recebida a autorização, os coordenadores distritais do PSF de Goiânia foram contactados, e esclarecidos sobre os objetivos do estudo e a dinâmica de coleta de dados. Nesse momento, era também solicitado que fossem agendados encontros com os Enfermeiros para a aplicação do questionário.

A solicitação para o preenchimento dos questionários foi feita em encontros realizados em todos os Distritos Sanitários que possuíam PSF, onde os Enfermeiros eram reunidos para a coleta de dados. Além disso, durante o Programa de Capacitação Permanente do PSF que acontece toda sexta-feira para os profissionais de nível superior, foram feitas várias tentativas de repescagem daqueles Enfermeiros que não compareceram nos encontros distritais. Depois disso, para completar a coleta fez-se contato via telefone com os profissionais ainda não localizados nas tentativas anteriores e foram agendadas novas visitas para a finalização da coleta.

Nos encontros os Enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A), o qual era lido em voz alta e as dúvidas sanadas. Os profissionais eram orientados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a forma de preenchimento do questionário, concluindo o preenchimento com duração média de 20 minutos.

Isso posto, torna-se necessário esclarecer que durante a realização da coleta a pesquisadora se deparou com inúmeras dificuldades, principalmente, no que diz respeito à localização dos profissionais para responder os questionários, além da pouca disponibilidade de tempo destes, que embora concordassem em participar do estudo, nem sempre tinham essa atividade como prioritária.

4.5. Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, atendendo todos os requisitos da Resolução 169/96 do Ministério da Saúde para estudos envolvendo seres humanos, pelo protocolo de nº 177/2006 (ANEXO C).

4.6. Processamento e análise dos dados.

Após a coleta, os dados do questionário foram lançados no banco de dados do programa EPI-Info (CDC, Atlanta) versão 3.3.2. A codificação dos dados e a análise descritiva foram desenvolvidas usando a medida de frequência absoluta, a média e

o desvio padrão para comparação de dados e a mediana como valores de medida central em algumas análises. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos de distribuição, discutidos em seguida com base no referencial teórico.

4.7. Variáveis da análise

4.7.1. Dados demográficos, sociais e econômicas.

- Sociais: sexo, idade, estado civil, se possui filhos;
- Econômicas: salário (junho/ 2007), renda familiar total (junho/2007) e contribuição na renda familiar (junho/2007);
- Demográficas: local de trabalho;

4.7.2. Dados de formação

- Instituição em que se graduou: definida como pública ou privada;
- Tempo de formado: escrito em anos;
- Ter cursado disciplina exclusiva sobre coordenação de grupo;

4.7.3. Dados profissionais

- Curso de pós-graduação: expresso em quatro categorias – especialização, mestrado, doutorado. Se cursou nome e área do curso;
- Tempo de trabalho em PSF: definido em anos;
- Tempo de trabalho na equipe atual: definido em anos;

- Forma que assumiu a função no PSF de Goiânia: expresso em sete categorias – concurso público/ seleção interna, concurso público/ lotação, concurso público/ indicação, seleção interna, lotação, indicação e outro;
- Profissionais que compõe sua equipe de trabalho: definida por médico, odontólogo, auxiliar de enfermagem, ACS, ACD, THD e outro;

4.7.4. Dados de atuação no PSF

Todos os dados coletados conforme as variáveis abaixo foram mensurados por meio de uma escala de cinco opções. O número indicado na escala representa a frequência com que as atividades listadas são desenvolvidas pelos profissionais. Sendo assim, (1) – NUNCA, (2) – RARAMENTE, (3) – FREQUENTEMENTE, (4) – QUASE SEMPRE, (5) – SEMPRE.

- Rotina de trabalho dos Enfermeiros: mapeamento e territorialização, diagnóstico situacional, assistência de enfermagem, coordenação dos Auxiliar de Enfermagem, normas e rotinas do serviço, consulta de Enfermagem, prescrição de medicamentos, coordenação dos ACS, cronogramas, visitas domiciliares, educação em saúde, educação permanente, reunião de equipe, avaliação e planejamento do serviço, organização da unidade de saúde;
- Rotina de trabalho dos ACS na visão dos Enfermeiros: visitas domiciliares, cadastro das famílias, atualizam os sistemas de informação, orientação às famílias, educação em saúde, planejamento de ações, participação social, reunião de equipe;

- Rotina de trabalho dos Auxiliar de Enfermagem na visão dos Enfermeiros: procedimentos básicos na unidade, fora da unidade, educação em saúde, atualizam os sistemas de informação, escala de atividades, gerenciamento de insumos, materiais e equipamentos, reunião de equipe;

4.7.5. Dados da dimensão interpessoal

Nesta parte da pesquisa os dados das variáveis foram quantificadas também através de uma escala com sete alternativas. A resposta dada pelos Enfermeiros descrevem a atuação mais freqüente deste profissional. Sendo assim, são oferecidas 7 escolhas, onde o número 1 representa o MÍNIMO e o número 7 representa o MÁXIMO.

- Atuação do Enfermeiro frente à equipe: comunicação efetiva, saber ouvir, reação a *feedback*, expressão de *feedback*, persuasão, liderança efetiva, autoconfiança, iniciativa, independência, resistência a estresse, apoio catalisador, competição, impacto, espontaneidade, sensibilidade, lidar com conflito, experimentação, relacionamento próximo, abertura, flexibilidade;

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 94 Enfermeiros do PSF de Goiânia, os quais responderam ao questionário contendo perguntas de múltipla escolha sobre os aspectos demográficos, sociais, econômicos, de formação acadêmica e profissional, além de escalas sobre atuação e competência interpessoal. O resultado das entrevistas foi apresentado em forma de gráficos e tabelas.

5.1. Perfil demográfico, social, econômico, de formação acadêmica e profissional dos Enfermeiros do PSF.

5.1.1. Distrito Sanitário de lotação

No Gráfico 1 visualiza-se a distribuição dos Enfermeiros entrevistados em relação ao Distrito Sanitário de lotação.

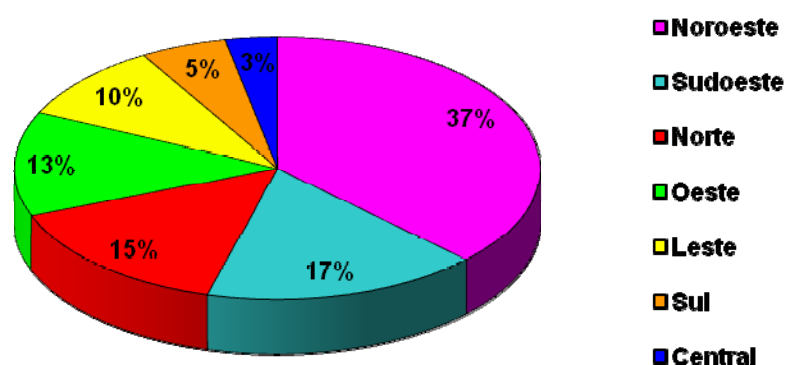


Gráfico 1 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com o Distrito Sanitário de Saúde de lotação, Goiânia, 2007.

A grande maioria dos Enfermeiros do PSF de Goiânia, está lotada no Distrito Noroeste (37%), seguido dos Distritos Sudoeste (17%), Norte (15%) e Oeste (13%).

Segundo o Departamento de Rede Básica e a Coordenação colegiada do PSF de Goiânia, o DS Noroeste é o único distrito do município de Goiânia que possui 100% de cobertura de PSF, ou seja, toda população moradora desta região, recebe atendimento do programa. Isso se deve ao fato de que as primeiras equipes implantadas em Goiânia, foram alocadas nesta região, que foi escolhida por abrigar populações de risco e de baixo poder aquisitivo.

Na maioria dos casos, a implantação do PSF se dá em áreas prioritárias, distantes do centro da cidade, onde a população é mais carente dos serviços de saúde, o saneamento básico é precário e onde a informação sobre saúde demora a chegar. Além do mais, não se deve no início de uma implantação espalhar equipes por diversas áreas, sendo recomendável que se intensifique a implantação em determinadas regiões, até mesmo para facilitar o trabalho, a avaliação e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento (BRASIL, 2001, COSTA e CARBONE, 2004).

5.1.2. Sexo, idade, estado civil e filhos.

Na tabela 1 encontram-se os dados referentes às características sociais dos Enfermeiros e dizem respeito ao sexo, idade, estado civil e quantidade de filhos.

Tabela 1 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com sexo, idade, estado civil e número de filhos, Goiânia, 2007.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	92	97,9%
Masculino	02	2,1%
Total	94	100,0%
Idade		
≤ 30	16	17%
31 – 40	49	52,1%
41 – 50	16	17%
51 ou mais	12	12,8%
Não respondeu	01	1,1%
Total	94	100,0%
Estado civil		
Solteiro	27	28,7%
Casado	47	50%
Viúvo	01	1,1%
Separado	08	8,5%
Amasiado	08	8,5%
Não responderam	03	3,2%
Total	94	100,0%
Filhos		
Um	17	18,1%
Dois	31	33%
Três	09	9,6%
Quatro ou mais	03	3,2%
Nenhum	33	35,1%
Não respondeu	01	1,1%
Total	94	100,0%

Analisando a tabela 1 é possível perceber que o PSF de Goiânia é formado predominantemente por Enfermeiros do sexo feminino (97,9%), com predominância

(52,1%) de idade entre 31 e 40 anos (Md=35) o que configura uma população de adultos em plena produtividade.

Dados semelhantes podem ser observados no estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) e coordenado por Maria Helena Machado, sob o título, Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final, em que se identificou que 41,25% dos Enfermeiros do PSF entrevistados têm idade entre 30 e 39 anos.

O estudo de Tavares e Santos (2006) aponta que a média de idade dos Enfermeiros do PSF de João Pessoa - PB foi de 42 anos. Já em Maringá – PR 45% dos profissionais do PSF entrevistados tinham idade acima de 29 anos e 35% têm idade entre 30 e 39 anos (OLIVEIRA e MARCON, 2007).

Em todos esses estudos apresentados mais de 90% dos Enfermeiros do PSF são do sexo feminino (BRASIL, 2000a; TAVARES e SANTOS, 2006; OLIVEIRA e MARCON, 2007).

Os dados encontrados, em relação ao sexo dos Enfermeiros no PSF no município de Goiânia, não diferem muito dos dados apresentados em outras cidades e em outros estudos. É possível identificar a predominância do sexo feminino entre os Enfermeiros e trabalhadores de enfermagem em todas as áreas investigadas e estudadas. O percentual encontrado está geralmente acima de 90%, ou seja, a enfermagem é constituída praticamente por profissionais do sexo feminino (PASTI, GIR e COLETA, 1999; CARRIJO et al. 2007; ALVES, PENA e BRITO, 2004; MACHADO, 2005; LOURENÇO, 2004; BARROS, 2003).

Na análise feita por Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006) sobre gênero e enfermagem, acredita-se que se espera de uma Enfermeira que ela seja bondosa, carinhosa, abnegada, obediente e servil, isso reporta inclusive a história da

enfermagem que tem um cunho religioso. Para as autoras essas características estereotipadas, são, ou eram almejadas por pais, maridos, patrões ou qualquer outra pessoa que convivesse, ou convive com a mulher. Por isso, a escolha pela enfermagem, influenciada pela história familiar, na maioria das vezes reflete a sua socialização para exercer papéis femininos. A hipótese de mais mulheres escolherem a enfermagem pode estar ligado diretamente a essa necessidade de exercer estereótipos de ser mulher e enfermeira.

Ainda na tabela 1, os dados mostram que os Enfermeiros do PSF estão à maior parte, vivendo uma relação estável, ou seja, 50% deles estão casados, e 8,5% amasiados. Em relação ao número de filhos, a maior parte dos profissionais (63,9%) os possui, com 33% que tem dois filhos, 18,1% um filho, 9,6% três filhos e 3,2% quatro ou mais (M=3, DP=1, 5942).

5.1.3. Salário e renda familiar

A tabela 2 apresenta dados dos Enfermeiros do PSF sobre características econômicas, salário líquido recebido, renda familiar total e porcentagem de contribuição salarial para renda familiar total. Os Enfermeiros responderam os dados baseados no pagamento do mês de junho de 2007, com base no salário mínimo vigente à época da pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com as características econômicas (salário, renda familiar - RF), Goiânia, 2007.

Variáveis	N	%
Salário em Junho 2007 (em salário mínimo*)		
Até 06	10	10,6%
De 06 e 07	57	60,6%
Mais que 07	22	18,1%
Não responderam	05	5,3%
Total	94	100,0%
Renda Familiar Junho 2007 (salário mínimo)*		
Até 09	19	20,3%
De 09 a 11	17	18,1%
De 11 a 14	24	25,5%
De 14 a 19	13	13,8%
De 19 a 29	09	9,5%
Mais que 29	03	3,2%
Não responderam	09	9,5%
Total	94	100,0%
% da Renda Familiar advinda do salário		
Toda (100%)	26	27,6%
>50%	27	28,7%
50%	08	8,5%
<50%	19	20,2%
Nada	04	4,3%
Não responderam	10	10,6%
Total	94	100,0%

*salário mínimo: R\$ 380,00 (fonte: Lei nº 11.498 de 28 de junho de 2007)

A tabela 2 mostra que mais da metade (60,6%) dos Enfermeiros receberam do PSF líquido, no mês de Junho de 2007, entre 06 e 07 salários mínimos (Md=6,842).

O valor da renda familiar mensal total está acima de 11 salários mínimos para a maioria (52%) dos Enfermeiros (Md=12,631). Na tabela 2 é possível perceber ainda que a renda familiar é, em sua maioria, (57,3%) constituída pelo salário dos

entrevistados, ou seja, 27 Enfermeiros dizem proporcionar mais da metade(28,7%) da renda familiar e 26 (27,6%) provê toda a renda familiar.

Na pesquisa realizada sobre o perfil dos enfermeiros do PSF no município de João Pessoa – PB (TAVARES e SANTOS, 2006), a renda mensal de 47% dos Enfermeiros entrevistados gira em torno de 07 a 09 salários mínimos. No país (BRASIL, 2000a), 49% dos Enfermeiros têm renda mensal declarada de 02 a 05 salários, mas na opinião de 37,37% desses profissionais, o valor satisfatório da renda mensal deveria ser entre 04 e 09 salários mínimos (BRASIL, 2000a).

É possível perceber que em Goiânia, os Enfermeiros do PSF têm salário e renda mensal em valor bem acima da realidade vivida por Enfermeiros de outros estados. Enquanto o salário dos Enfermeiros de Goiânia está entre 06 e 07 salários mínimos, com renda familiar acima de 11 salários mínimos, os Enfermeiros de João Pessoa – PB tem renda mensal de 07 a 09 salários mínimos.

5.1.4. Formação acadêmica

As características de formação são apresentadas na tabela 3, no gráfico 2 e na tabela 4, respectivamente. Os dados dizem respeito ao tipo de instituição que o entrevistado se formou, o tempo de graduação dos profissionais e ainda o número de Enfermeiros que cursaram durante a graduação, disciplina específica sobre coordenação de grupos.

A tabela 3 mostra a distribuição dos Enfermeiros de acordo com o tipo de instituição em que se graduou.

Tabela 3 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com o tipo de instituição que se graduou, Goiânia, 2007.

Variáveis	N	%
Tipo de instituição		
Pública	48	51%
Privada	45	48%
Não respondeu	01	1%
Total	94	100,0%

Em relação à formação acadêmica, os Enfermeiros do PSF estudaram nas instituições públicas (51%) e privadas (48%) quase na mesma proporção. A maioria (95%) dos Enfermeiros se formaram em instituições pública e privada do Estado de Goiás.

Estudo realizado no ano de 2003 com os Enfermeiros do PSF de Goiânia analisa as contribuições do processo de formação para a prática do Enfermeiro do PSF, as autoras concluíram que há uma necessidade eminente de construir um profissional dotado de conhecimento, habilidades e atitudes que possibilitem a compreensão do trabalho em saúde, a autonomia, a iniciativa, o processo decisório, a ética e, principalmente, o trabalho em equipe multiprofissional, apresentado como uma das maiores dificuldades desses profissionais (CARRIJO, PONTES e BARBOSA, 2003).

Acredita-se que as instituições que formam os Enfermeiros devem se preocupar em aproximar a Universidade e serviço, de modo que o graduando em enfermagem conheça desde o início do seu curso as tendências do modelo de saúde brasileiro e assim possa desenvolver competências necessárias para um desempenho satisfatório em particular, no campo da atenção básica, considerando ser este um vasto campo de trabalho disponível aos Enfermeiros (LUCHESE e BARROS, 2006; ITO et al., 2006; CARRIJO et al., 2007; CUNHA e NETO, 2006).

Com relação ao tempo de graduação dos Enfermeiros pesquisados, o gráfico 2 mostra a distribuição desses em anos.

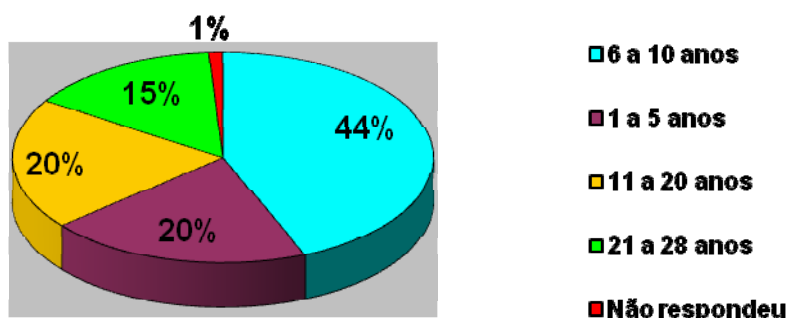


Gráfico 2: Distribuição dos Enfermeiros de acordo com o tempo em anos que se graduou em enfermagem, Goiânia, 2007.

O gráfico 2 mostra que o tempo de formado em anos dos Enfermeiros do PSF de Goiânia, está predominantemente (44%) entre 6 e 10 anos de formado (Md=9).

Ao se comparar com outras realidades no âmbito nacional observou-se que no estado da Paraíba, o tempo médio de formado dos Enfermeiros do PSF de João Pessoa é de 16 anos, sendo que 53% deles têm mais de 15 anos de formado (TAVARES e SANTOS, 2006). No Paraná 50% dos Enfermeiros do PSF de Maringá tem tempo de formado entre 5 e 14 anos (OLIVEIRA e MARCON, 2007). A média nacional segundo tempo de formado para os Enfermeiros é de 8 anos (BRASIL, 2000a).

Em relação à média nacional e os dados de outros Municípios, Goiânia apresenta-se compatível com a realidade nacional. Na relação dos dados, percebe-se que o tempo de formado faz conjunção com a média de idade apresentado pelos Enfermeiros que trabalham no PSF. Ou seja, a idade desses profissionais, remete a compreensão da média do tempo de formado que eles apresentam.

A tabela 4 mostra o percentual de Enfermeiros que, durante sua formação, tiveram disciplina específica que trata do conteúdo de coordenação de grupos.

Tabela 4 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF que cursaram disciplina exclusiva de coordenação de grupos durante a graduação, Goiânia, 2007.

Variáveis	N	%
Disciplina de coordenação de grupos		
Sim	21	22,3%
Não	72	76,6%
Não responderam	01	1,1%
Total	94	100,0%

A grande maioria dos Enfermeiros do PSF (76,6%) informa não ter cursado durante a graduação disciplina específica sobre a coordenação de grupos. Em geral, o enfoque é de temas como comunicação, liderança, autoconhecimento, trabalho em equipe, dentre outros. Considerando a importância desse conteúdo para respaldar o trabalho do Enfermeiro do PSF é preocupante que apenas uma minoria, 22,3% dos Enfermeiros, informam ter na sua formação, oportunidade para o desenvolvimento dessa habilidade (MUNARI et al. 2003).

Segundo as Diretrizes Curriculares para o Curso de Enfermagem, no que diz respeito as competências e habilidades do egresso, futuro profissional, são exigidas em linhas gerais, que o Enfermeiro desenvolva ações de atenção a saúde, educação permanente, administração e gerenciamento, além de ter capacidade decisória, liderança devendo buscar a integração através da comunicação (BRASIL, 2001b).

O estudo de Munari e Fernandes (2004) sobre a análise do conteúdo das diretrizes curriculares sinaliza a necessidade desse conhecimento no processo de

formação do Enfermeiro, apontando detalhadamente as áreas em que esse conhecimento é fundamental.

Saeki et al. (1999), já destacavam a importância do ensino da dinâmica de grupo para estudantes de graduação em enfermagem, focalizando a sua relevância para a formação do Enfermeiro, principalmente, no que diz respeito a preparação desse profissional para a realização da tarefa de coordenação de grupo. Nesse sentido, evidenciam a relevância desse profissional em conhecer os movimentos grupais e as formas mais comuns do seu manejo ressaltando que para isso, este deve estar fundamentado em uma formação específica nessa área.

Um estudo realizado no Brasil sobre o ensino da temática de grupo na graduação em enfermagem, mostra que o tema é pouco abordado nas escolas de todo país, embora a temática seja de extrema relevância para o trabalho do Enfermeiro na coordenação de grupos e equipes e desta ser uma exigência atual do mercado de trabalho de profissionais com essa competência (MUNARI et al., 2005)

Nesse sentido, considera-se urgente que as escolas considerem a possibilidade de inserção dessa temática nos cursos de graduação em Enfermagem como disciplina específica, ou conteúdo do curso, que instrumentalize os futuros profissionais, mesmo porque as diretrizes curriculares apontam essa prática como competência e habilidade exigida para o aluno egresso.

5.1.5. Formação profissional: Pós-graduação

Partindo da formação acadêmica, e ainda na perspectiva da formação de um Enfermeiro apto a atuar como coordenador de equipe no PSF, o gráfico 3 apresenta a quantidade de profissionais que investiram em cursos de pós-graduação.

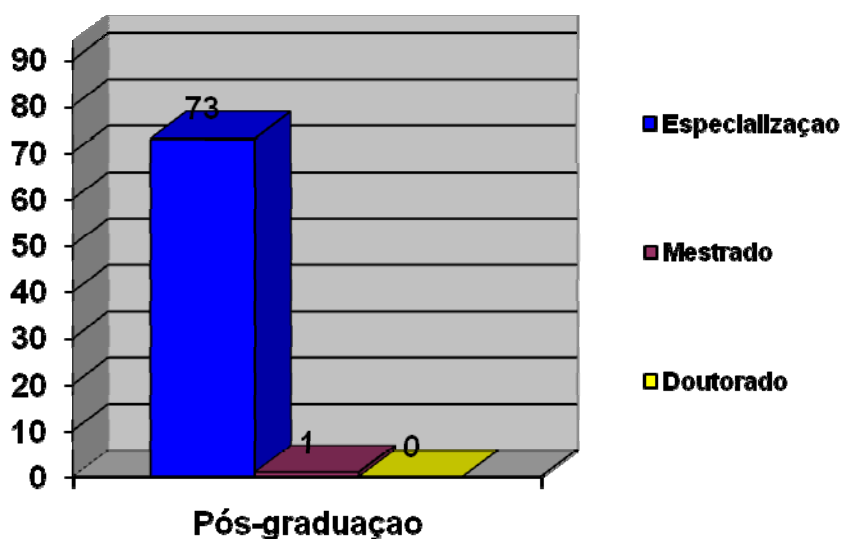


Gráfico 3: Distribuição dos Enfermeiros de acordo com cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado), Goiânia, 2007.

A tabela 5 relaciona o nome dos cursos procurados pelos Enfermeiros do PSF de Goiânia, para seu aprimoramento profissional.

Tabela 5 – Distribuição do número de Enfermeiros do PSF por curso de Especialização realizado Goiânia, 2007.

<i>Nome do Curso</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Adm. Hospitalar	02	2,7%
Auditoria	03	4,1%
Clínica médico-cirúrgica	02	2,7%
Docência	05	6,8%
Ed. Continuada	01	1,3%
Educação em Saúde	03	4,1%
Enfermagem do Trabalho	02	2,7%

Nome do Curso*	N	%
Enfermagem Pediátrica	01	1,3%
Gestão Hospitalar	02	2,7%
Gerontologia saúde do Idoso	03	4,1%
Nefrologia	01	1,3%
Obstetrícia	03	4,1%
Oncologia	02	2,7%
PROFAE	22	30,1%
Políticas públicas de saúde	01	1,3%
Saúde da Criança	01	1,3%
Saúde da Família	21	28,7%
Saúde Pública	20	27,3%
Urgência e Emergência	01	1,3%
UTI	06	8,2%
Vigilância sanitária e epidemiológica	02	2,7%

*continuação da tabela 5

Dos 94 entrevistados 73 (77,65%) dos Enfermeiros possuem curso de pós-graduação (*lato sensu*) – Especialização, e 1(1,06%) (*stricto sensu*) – Mestrado. Os cursos realizados são relacionados em sua maioria, à área de Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde – PROFAE com 22 (30,1%), seguido de 21 (28,7%) em Saúde da Família e 20 (27,3%) em Saúde Pública. Vale ressaltar que ao registrar a informação no instrumento de coleta, um mesmo Enfermeiro pode ter registrado mais de uma especialização.

Os dados mostram que a procura do Enfermeiro para sua qualificação profissional avançou significativamente de 2000 para os dias atuais, se comparado ao estudo realizado pelo Ministério da Saúde (1999) sobre o perfil dos médico e enfermeiros do PSF, que apontava na Região Centro-Oeste apenas 25,61% dos Enfermeiros entrevistados possuíam curso de especialização, desse montante menos da metade fez cursos que estão ligados diretamente com a atuação na

coordenação da equipe de PSF. Na área temática de saúde pública 23,81% dos Enfermeiros são especialistas e 4,76% em Saúde da Família (BRASIL, 2000a).

Estudo mais recente de Tavares e Santos (2006) mostra que 90% dos Enfermeiros entrevistados realizaram cursos de pós-graduação e destes 75% na área de saúde coletiva. Nos achados de Oliveira e Marcon (2007), 65% dos Enfermeiros entrevistados tem curso de especialização e 50% desses em áreas afins (saúde da família/ saúde coletiva). Isso mostra que em menos de 10 anos os Enfermeiros do PSF buscaram formas de se desenvolver profissionalmente através de cursos de pós-graduação, que na maioria das realidades apresentadas, estão ligados diretamente ao PSF.

Apesar disso, vale ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia juntamente com a Universidade Federal de Goiás em convênio com o Ministério da Saúde, oferece cursos gratuitos de especialização em Saúde da Família – módulo semi-presencial, com intuito de aumentar cada vez mais o índice de profissionais titulados dentro do programa. Com isso, acredita-se que a médio prazo esse panorama possa mudar significativamente.

O aumento acelerado pela busca de conhecimento contribui para aumentar a necessidade de atualizações, a exigência do mercado de trabalho por um profissional diferenciado e capaz de elaborar respostas criativas aos desafios da realidade é intermitente. O profissional tem diante de si o compromisso da atualização constante para melhoria da qualidade da assistência prestada, assegurando a necessidade de educação continuada como pilar para o desenvolvimento pessoal (BEZERRA, 2003).

5.2. Caracterização dos Enfermeiros na atuação dentro do PSF

5.2.1. Trabalho no PSF

Na tabela 6 e no gráfico 4, os dados dizem respeito ao trabalho do Enfermeiro no PSF, sendo relacionados a parâmetros sobre o tempo de trabalho no programa, com a equipe atual e a foram selecionadas para atuar no PSF de Goiânia.

Tabela 6 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF de acordo com o tempo de trabalho em PSF e o tempo de trabalho na equipe atual, Goiânia, 2007.

Tempo de trabalho	N	%
Em PSF		
2 a 4 anos	30	31,9%
5 a 7 anos	44	46,8%
8 a 11 anos	19	20,2%
Não respondeu	01	1,1%
Total	94	100,0%
Na equipe atual		
De 6 meses a 1 ano	15	15,9%
2 a 4 anos	55	58,5%
5 a 7 anos	20	21,2%
≥ 8 anos	03	3,2%
Não respondeu	01	1,1%
Total	94	100,0%

Segundo os dados apresentados na tabela 6, o tempo de trabalho em PSF, a maioria dos Enfermeiros (46,8%) está entre 5 e 7 anos (Md=5). Já em relação ao trabalho na equipe atual, a maioria (58,5%) tem entre 2 e 4 anos na mesma equipe (Md=3), outro dado interessante diz respeito a 3,2% dos Enfermeiros que estão há mais de 8 anos na mesma equipe.

Comparando-se esses achados com outros estudos realizados no Brasil, verifica-se quem em João Pessoa – PB, o tempo máximo de trabalho em PSF dos Enfermeiros (47%) de 7 anos. Já o tempo médio de trabalho dos Enfermeiros no PSF atual é de 3 anos, sendo 73% deles parte de uma mesma equipe entre 2 e 5 anos (TAVARES e SANTOS, 2006).

Sendo assim, mesmo trabalhando um tempo razoável de aproximadamente 5 anos com PSF, nem todos os Enfermeiros de Goiânia estão com esse tempo na mesma equipe, demonstrando que já passaram por equipes anteriores, na mesma cidade ou em outro município, o que não difere dos dados da pesquisa supra citada.

É sabido que um dos princípios básicos do PSF é o estabelecimento de vínculo com os usuários com o intuito de prestar assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita (COSTA e CARBONE, 2004). O tempo de atuação do profissional Enfermeiro em uma mesma equipe sugere a oportunidade de estabelecimento de vínculo, não só com usuário e comunidade, mas também com os profissionais da equipe. Esse fator torna-se de grande relevância para o andamento do programa, e efetivação de sua proposta.

No gráfico 4, seguinte descreve-se o modo como os Enfermeiros foram lotados nas respectivas equipes.

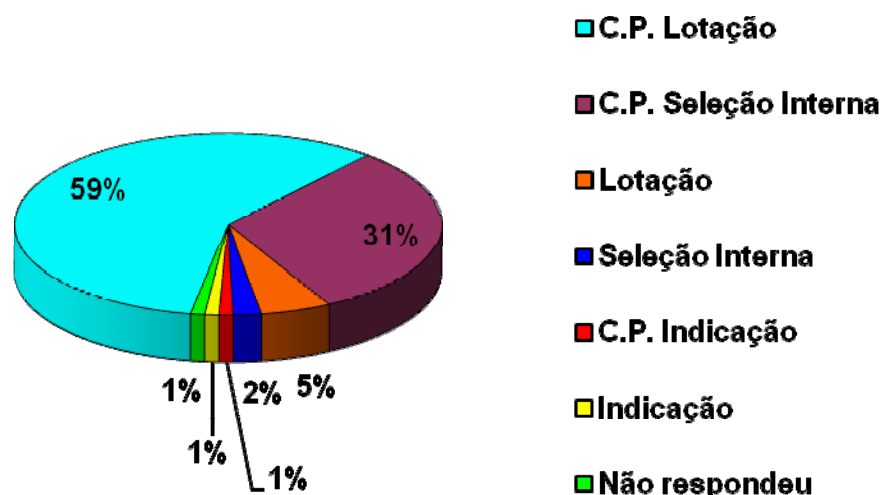


Gráfico 4 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF de acordo com a forma com assumiu a função de Enfermeiro do PSF na Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia, 2007.

Considerando que o Concurso Público (C.P.) foi a forma de entrada para o PSF de 91% dos Enfermeiros, destaca-se que 59% assumiu por concurso público, e em seguida foram lotados no PSF sem passar por processo seletivo. Em contrapartida 31% dos Enfermeiros do PSF de Goiânia, fizeram concurso público, e para entrar no PSF, foram submetidos a um processo seletivo. Além disso, existem profissionais (8%) que não passaram por concurso público e foram lotados no PSF em Goiânia, ou seja, aqueles que foram lotados direto sem concurso público, aqueles que fizeram seleção interna, mas, não possuem concurso público e ainda aqueles que ingressaram com indicação.

O Ministério da Saúde mostra que em 1999, 15,5% dos Enfermeiros do PSF do Brasil eram concursados e 35,5% passaram por Entrevista antes de assumir a função no PSF sem serem concursados (BRASIL, 2000a).

O panorama mostrado difere do apresentado por esse órgão e apresenta uma nova realidade sobre vínculo empregatício no PSF. A maioria dos Enfermeiros do PSF de Goiânia são concursados, mesmo assim ainda são necessários investimentos nos processos de seleção, já que menos da metade deles foram

submetidos a avaliação prévia, que triasse os profissionais com habilidades para função de coordenação.

No gráfico 5 apresenta-se a composição das equipes nas quais os Enfermeiros são lotados.

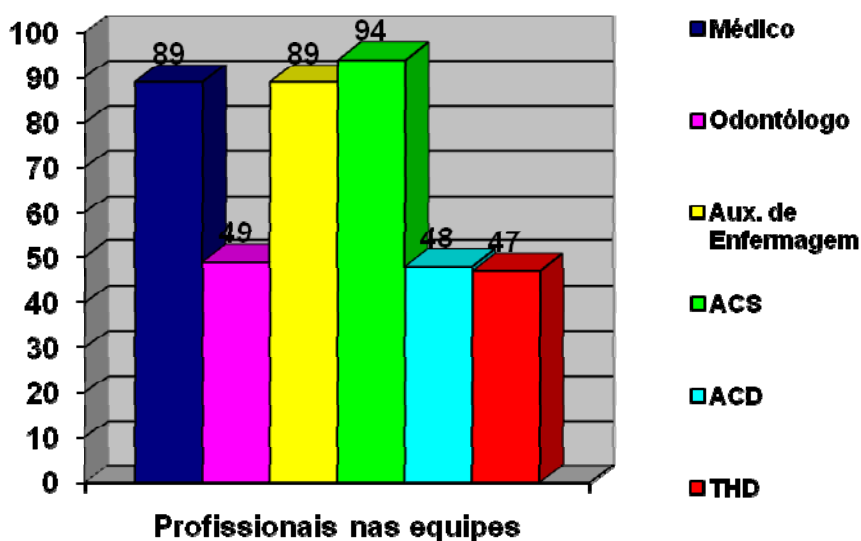


Gráfico 5 – Distribuição dos Enfermeiros, de acordo com os profissionais (médico, odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, ACS, ACD e THD) que compõem a equipe da qual ele é parte, Goiânia, 2007.

De acordo com dados percebe-se que na equipe em que os Enfermeiros atuam a grande maioria (94,7%) possui o profissional médico inserido. O Auxiliar de Enfermagem que também compõem a equipe básica está presente na maioria (94,7%) das equipes dos Enfermeiros. Os ACS estão presentes em todas (100%) as equipes dos Enfermeiros entrevistados. Vale ressaltar que aqui não se levou em consideração se a equipe tem ou não microáreas descobertas.

No que diz respeito a equipe de saúde bucal, aproximadamente metade (52,1%) dos Enfermeiros possuem o odontólogo como profissional integrante da equipe,

assim como o número de equipes que possuem o THD (50%) e o ACD (51%) é praticamente a mesma.

5.2.2. Rotina de trabalho dos Enfermeiros

As atividades de rotina foram retiradas do *check list* de atividades baseadas no projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família – AMQ/ESF e do Plano Nacional de Atenção Básica – PAB (2006a), citados anteriormente. Para apresentar a rotina de trabalho dos Enfermeiros coordenadores das equipes de PSF, utilizou a distribuição das suas atividades na tabela 7. Os dados da tabela 7 dizem respeito à atuação do Enfermeiro no PSF. A frequência das respostas foi analisada de acordo com a frequência que determinadas atividades são desenvolvidas por estes profissionais na sua rotina de trabalho dentro do programa.

Tabela 07 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com o desenvolvimento de atividades da “sua” rotina de trabalho, Goiânia, 2007.

Variáveis da Rotina de Trabalho do Enfermeiro	Nunca	Raramente	Freqüentemente	Quase Sempre	Sempre	TOTAL
Realiza mapeamento e territorialização mensalmente.	05 5,3%	33 35,1%	26 27,7%	16 17%	12 12,8%	92 97,8%
Elabora diagnóstico situacional das famílias.	0 0%	18 19,1%	45 47,9%	15 16%	15 16%	93 98,9%
Coordena, planeja e organiza a assistência de Enfermagem mensalmente.	01 1,1%	02 2,1%	18 19,1%	23 24,5%	49 52,1%	93 98,9%
Coordena e supervisiona diariamente o trabalho dos Aux. de Enfermagem.	0 0%	0 0%	05 5,3%	23 24,5%	66 70,2%	94 100%
Elabora normas, rotinas e procedimentos do serviço de saúde.	01 1,1%	02 2,1%	18 19,1%	20 30,9%	42 44,7%	92 97,8%

Variáveis da Rotina de Trabalho do Enfermeiro*	Nunca	Raramente	Frequentemente	Quase Sempre	Sempre	TOTAL
Realiza diariamente consultas de Enfermagem.	01 1,1%	0 0%	01 1,1%	09 9,6%	80 85,1%	91 96,8%
Prescreve medicamentos durante as consultas.	01 1,1%	01 1,1%	04 4,3%	12 12,8%	74 78,7%	92 97,8%
Coordena e supervisiona diariamente o trabalho dos ACS.	01 1,1%	0 0%	09 9,6%	23 24,5%	60 63,8%	93 98,9%
Analisa os cronogramas mensalmente.	0 0%	04 4,3%	21 22,3%	28 29,8%	41 43,6%	94 100%
Realiza semanalmente 5 visitas domiciliares.	01 1,1%	11 11,7%	26 27,7%	32 34%	21 22,3%	91 96,8%
Realiza semanalmente 5 atividades de educação em saúde.	0 0%	15 16%	19 20,2%	28 29,8%	32 34%	94 100%
Elabora semanalmente atividades de educação permanente.	01 1,1%	11 11,7%	25 26,6%	28 29,8%	28 29,8%	93 98,9%
Realiza semanalmente reunião de equipe.	0 0%	02 2,1%	05 5,3%	17 18,1%	69 73,4%	93 98,9%
Utiliza os dados do SIAB mensalmente.	0 0%	01 1,1%	10 10,6%	33 35,1%	49 52,1%	93 98,9%
Participa na organização da Unidade de Saúde diariamente.	04 4,3%	09 9,6%	12 12,8%	15 16%	52 55,3%	92 97,8%

*continuação da tabela 7

Conforme tabela 7, de modo geral, os Enfermeiros SEMPRE assinalam realizar a maioria das atividades esperadas na sua rotina no contexto do PSF. Entretanto, identificou-se três atividades que são menos realizadas. O **mapeamento e territorialização** da área de abrangência da equipe é realizada mensalmente pela maioria dos Enfermeiros do PSF – RARAMENTE (35,1%). Na elaboração de **diagnóstico situacional** das famílias cadastradas para identificar os problemas mais frequentes, os Enfermeiros em grande parte o fazem FREQUENTEMENTE (47,9%).

A realização semanal de no mínimo 5 **visitas domiciliares** a pacientes previamente selecionados, é feita QUASE SEMPRE (34%) pela maioria dos Enfermeiros do PSF.

Como um dos princípios norteadores do PSF o mapeamento e a territorialização das áreas atendidas pelo programa, são atividades que têm como objetivo dimensionar a área de atuação de cada equipe, com o cadastro das famílias, identificação de áreas de risco e possíveis expansões. Estas além de essenciais, devem ser realizadas rotineiramente, já que dependem delas inúmeras outras ações como, por exemplo, a elaboração do diagnóstico situacional e o planejamento das visitas domiciliares (BRASIL, 2001, BRASIL 2001a, BRASIL 2006a, COSTA e CARBONE, 2004).

A territorialidade proposta pelo programa deve inclusive eliminar um dos principais impedimentos para a realização das visitas domiciliares em serviço de saúde, que é a disponibilidade de meio de transporte. Ou seja, quanto mais os Enfermeiros conhecem o território e as famílias com as quais trabalham, maiores são as chances de fazer um planejamento assertivo das suas visitas domiciliares (BRASIL, 2001a).

Uma visita não pode simplesmente configurar como uma atividade meramente social. Uma visita domiciliar ela se pauta em um diagnóstico previamente elaborado, de acordo com a realidade vivida pela comunidade e pautado na necessidade iminente de cada família (BRASIL, 2001a).

Para Secretaria Municipal de Saúde nas Diretrizes para o trabalho das equipes de saúde da família, participar do processo de territorialização, elaborar o diagnóstico epidemiológico das famílias cadastradas, planejar e realizar visita domiciliar fazem parte das competências do Enfermeiro do PSF (GOIÂNIA, 2006).

Dessa forma, conclui-se que a realização parcial dessas tarefas exerce influencia umas sobre as outras, no entanto, é preciso primeiramente tentar compreender os limites e os problemas existentes em suas execuções. Pode-se atribuir o fato de que talvez esses profissionais não estão atentos à importância delas para o andamento do trabalho no PSF, uma vez que não são instrumentalizados ou tão poucos sensibilizados para esse fazer,

Em relação às atividades que são realizadas completamente pelos Enfermeiros, ressaltamos, principalmente, as que dizem respeito a coordenação e supervisão da assistência e do trabalho dos auxiliares de enfermagem (70,2%) e ACS(63,8%), além da organização da unidade (55,3%) e realização de educação permanente (59,6%), reuniões e encontros (73,4%) para planejar, elaborar normas e rotinas (44,7%), analisar cronogramas (43,6%) e a consultas de enfermagem (78,7%).

De acordo com Nascimento e Nascimento (2005) a rotina de trabalho da Enfermeira do PSF do Município de Jequié – BA não é muito diferente dos Enfermeiros de Goiânia, visto que as atividades estão voltadas para ações gerenciais, assistenciais, educativas, trabalhando, principalmente, diante da necessidade de saúde da população e priorizando grupos de risco.

Em Campina Grande – PB, assim como em Jequié – BA e em Goiânia, as atividades dos Enfermeiros do PSF são divididas em administrativas, educativas e assistenciais. A principal dificuldade enfrentada por esses profissionais na sua prática diária é a falta de capacitação gerencial e a falta de integração das áreas políticas, econômicas e sociais (COSTA, LIMA e OLIVEIRA, 2000).

Espera-se que diante do consenso apresentado pelos Enfermeiros do PSF de Goiânia a respeito três atividades não realizadas a contento em suas rotinas de trabalho, fica evidente os caminhos para mudar estratégias, planejar novas ações e

ainda propor ações educativas à esses profissionais no aspecto gerencial, para que esses sejam capazes de estruturar integralmente seu fazer dentro do PSF.

5.2.3. Rotina de trabalho dos ACS

Na perspectiva de atuar enquanto coordenador do trabalho dos ACS dentro da equipe de PSF, cabe ao Enfermeiro assimilar as competências atribuídas a eles, acompanhando, avaliando e desenvolvendo a rotina de trabalho desses profissionais, com o intuito de instrumentalizá-los à contribuir para efetividade do programa. Com isso, a tabela 8 mostra as atividades realizadas pelos ACS sob o olhar do Enfermeiro coordenador.

Tabela 8 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com as atividades desenvolvidas pelos ACS sob sua coordenação, Goiânia, 2007.

<i>Variáveis da Rotina de Trabalho dos ACS</i>	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Freqüentemente</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>	<i>Total</i>
Realiza mensalmente 1,2 visitas domiciliares para todas as famílias	01 1,1%	05 5,3%	07 7,4%	40 42,6%	40 42,6%	93 98,9%
Atualiza mensalmente o cadastro das famílias de sua microárea.	0 0%	0 0%	07 7,4%	37 39,4%	50 53,2%	94 100%
Preenche diariamente o mapa básico de produção.	08 8,5%	05 5,3%	12 12,8%	13 13,8%	54 57,4%	92 97,8%
Orienta as famílias sobre os serviços de saúde oferecidos pela equipe.	0 0%	0 0%	05 5,3%	36 38,3%	53 56,4%	94 100%
Realiza mensalmente ações de Educação em saúde por iniciativa própria.	10 10,6%	27 28,7%	25 26,6%	15 16%	17 18,1%	94 100%
Utiliza as fichas do SIAB para o planejamento de ações em suas microáreas.	03 3,2%	12 12,8%	22 23,4%	23 24,5%	34 36,1%	94 100%
Estão presentes em todas as reuniões do Conselho locais de saúde.	17 18,1%	26 27,6%	22 23,4%	21 22,3%	06 6,4%	92 97,8%
Participa das reuniões semanais da equipe.	02 2,1%	03 3,2%	02 2,1%	23 24,5%	63 67%	93 98,9%

De maneira semelhante ao desempenho dos Enfermeiros, as atividades de rotina dos ACS, parecem contribuir para uma rotina que atenda as necessidades do PSF. No entanto, na avaliação dos entrevistados três pontos básicos foram menos pontuados. Primeiramente a realização de **visita domiciliar** à 120% das famílias é realizada QUASE SEMPRE (42,6%), a realização de **educação em saúde** na comunidade mensalmente por **iniciativa própria** dos ACS é realizada RARAMENTE (28,7%) e as **reuniões de Conselho Local de Saúde, Fórum de Saúde e Associação de Moradores**, RARAMENTE (26,3%) conta com a presença dos ACS.

O ACS deve conhecer bem a comunidade atendida identificando áreas e situações de risco individual e coletivo, orientando a promoção e proteção da saúde, mobilizando a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis a saúde (BRASIL, 2000).

No PSF de Goiânia, cabe ao ACS a responsabilidade de realizar obrigatoriamente 1,2 visitas domiciliar/ mês a todas as famílias de sua área de abrangência, desenvolver atividades educativas na comunidade por iniciativa própria e ainda participar ativamente das reuniões dos conselhos locais de saúde no intuito de esclarecer, orientar e informar os usuários sobre o andamento da unidade e a prestação de serviço do programa (GOIÂNIA, 2006).

Os ACS sinalizam que a falta de plano de capacitação e profissionalização dificultam o andamento de suas atividades e não os respaldam para ações específicas, como mostra o estudo sobre consensos e divergências sobre a capacitação das equipes de saúde da família, os ACS se mostram com “uma descrença” em relação à formação e capacitação deles para o contato com a comunidade, acreditando ser este o foco principal de suas limitações (PEDROSA e TELES, 2001; BERNARDINO et al., 2005).

Zaboli e Fortes (2004), estudou o perfil dos problemas éticos vividos no PSF e os profissionais destacaram o despreparo para trabalhar no programa como um dos problemas éticos vividos na relação da equipe, mostrando que quanto mais uma equipe se instrumentaliza, mais resultados satisfatórios são produzidos em sua prática.

Nesse sentido acredita-se que no cotidiano de trabalho do ACS existem algumas tensões que são constituídas de quatro tipos de pressão: 1) ligada diretamente ao pressuposto do PSF, sob a vertente da integralidade e da responsabilização da microárea; 2) da necessidade de atuar enquanto uma equipe interdisciplinar; 3) da comunidade que reivindica e exige seus direitos; 4) e do próprio ACS sobre seu trabalho. Por isso, reforça-se a necessidade de entender e refletir em cima de aptidões apreendidas ou improvisadas pelos ACS no cuidado comunitário (MARTINES e CHAVES, 2007).

Entende-se, portanto, que a realização de educação em saúde por iniciativa própria, a participação em reuniões de conselho e a realização integral das visitas domiciliares, os quais estão abaixo do esperado, pode estar relacionado à falta de preparo dos ACS para o trabalho, ou simplesmente a falta de conhecimento desta realidade. Ressalta-se mais uma vez a importância do trabalho do Enfermeiro que é coordenador, supervisor do trabalho destes profissionais e que precisa estar atento a necessidade de treiná-los e acompanhar, fazendo disso uma prática na sua rotina de trabalho.

Mesmo diante de limitações de qualificação profissional, os ACS consideram como ponto positivo de sua prática a valorização por parte da comunidade sobre seu trabalho, manifestada em forma de homenagens, comemorações e ainda pela participação e cooperação das pessoas (PEDROSA e TELES, 2001).

5.2.4. Rotina de trabalho dos Auxiliares de Enfermagem

Serão trabalhados na tabela 9 dados referentes à rotina de trabalho dos Auxiliares de Enfermagem do PSF, sob coordenação direta dos Enfermeiros. As frequências de realização das atividades desses profissionais foram quantificadas de acordo com visão do Enfermeiro coordenador.

Tabela 9 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com as atividades desenvolvidas pelos Auxiliares de Enfermagem sob sua coordenação, Goiânia, 2007.

<i>Variáveis da rotina de trabalho dos Aux. de Enfermagem</i>	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Freqüentemente</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>	<i>Total</i>
Realiza diariamente na unidade de saúde procedimentos básicos.	01 1,1%	03 3,2%	04 4,3%	13 13,8%	71 75,5%	92 97,9%
Realiza os procedimentos básicos em visita domiciliar.	04 4,3%	15 16%	16 17%	29 30,9%	28 29,7%	92 97,9%
Realiza mensalmente atividades de Educação em Saúde intra e extra unidade.	16 17%	26 27,7%	21 22,3%	14 14,9%	15 16%	92 97,9%
Preenche diariamente o mapa de produção e a ficha D.	09 9,6%	08 8,5%	12 12,8%	14 14,9%	50 53,2%	93 98,9%
Cumprе sistematicamente a escala de atividades.	0 0%	06 6,4%	12 12,8%	22 23,4%	53 56,4%	93 98,9%
Participa e se envolve com o gerenciamento de insumos, materiais e equipamentos da unidade.	10 10,6%	15 16%	18 19,1%	19 20,2%	30 31,9%	92 97,9%
Participa das reuniões semanais da equipe.	02 2,1%	05 5,3%	17 18,1%	22 23,4%	47 50%	93 98,9%

Conforme a realidade observada nas rotinas de trabalho dos Enfermeiros e ACS, os Enfermeiros do PSF, consideram que os Auxiliares de Enfermagem realizam a maioria de suas atividades SEMPRE. Apenas duas atividades não são completamente executadas. No que diz respeito à realização de **procedimentos**

básicos de enfermagem **durante as visitas domiciliares** ou em espaços comunitários, os Auxiliares de Enfermagem o fazem QUASE SEMPRE (30,9%), as atividades de **Educação em Saúde** intra e extra unidade, 27,7% dos entrevistados mostram que os Auxiliares de Enfermagem RARAMENTE a realizam.

É válido ressaltar que cabe ao Auxiliar de Enfermagem prestar assistência de enfermagem e realizar procedimentos em domicílio conforme plano de cuidados estabelecidos, além disso, faz parte de suas responsabilidades participarem nas orientações educativas individuais e coletivas na unidade ou em outros equipamentos da comunidade (GOIÂNIA, 2006)

Em pesquisa realizada sobre o perfil dos trabalhadores de enfermagem no PSF, os Auxiliares de Enfermagem sinalizaram duas características básicas: ajudar a comunidade e ser dedicado e comunicativo. Ajudar significa prestar seus serviços sempre que necessário e ser comunicativo torna-se fundamental no desenvolvimento de suas tarefas diárias (TEIXEIRA e MISHIMA, 2000). Em outro estudo, os mesmos autores, mostram que na visão dos trabalhadores da enfermagem o “cuidar da saúde” é marcante no dia-a-dia de trabalho, e para os Auxiliares de Enfermagem essa dimensão vai para além do ato de cuidar assistencialmente, mas apresenta-se na concepção mais abrangente associando-a com ações preventivas (TEIXEIRA, MISHIMA e PEREIRA, 2000).

Em Goiânia, na visão dos Enfermeiros do PSF, os Auxiliares de Enfermagem, , tais características ainda não são tão marcantes e fundamentais, o que demonstra uma limitação do trabalho realizado por eles, resumido em atividades burocráticas, o que sinaliza a necessidade de promover mudanças significativas em seus processos de trabalho. Ao Enfermeiro coordenador cabe a tarefa de gerir tais mudanças no

sentido de potencializar e sensibilizar esses profissionais para o cuidar integral, sem restrições e ainda estimular a habilidade de comunicação destes.

5.3. Competência Interpessoal dos Enfermeiros do PSF.

Com base no modelo teórico vivencial apresentado por Moscovici (2003) apresenta-se os dados coletados nas entrevistas com os Enfermeiros do PSF através de três dimensões interpessoais: Comunicação, Liderança e Participação.

Não bastaria ao Enfermeiro ser dotado apenas da competência técnica para resolver seus problemas dentro da equipe e exercer seu papel de coordenador. Uma exigência cada vez mais iminente é o uso da competência interpessoal, que vai qualificar o profissional para o relacionamento com as pessoas, sejam elas da própria equipe, da comunidade, ou das famílias. Para Lucchese e Barros (2006), a competência não é um estado e sim um processo que vai sendo construído nas situações práticas que os profissionais enfrentam no dia-a-dia de trabalho.

Por isso, para o Enfermeiro torna-se cada vez maior a necessidade de privilegiar o desenvolvimento de habilidades no campo das relações humanas, considerando o trabalho gerencial desenvolvido por ele em diversas equipes e ainda na intenção de estabelecer relações interpessoais significativas, principalmente no PSF, contexto desse estudo (MUNARI et al., 2003; JONES, 1995; ESPERIDIÃO e MUNARI, 2000; MERHY e FRANCO, 2003).

Além disso, qualificar os trabalhadores da saúde na dimensão das inter-relações pessoais para a participação como sujeito integral no mundo de trabalho é o grande desafio da Enfermagem. Aliado a isso se encontram as Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem, que exigem do aluno egresso competências

relacionadas a formação desse “novo” comportamento pautado na, comunicação, tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento. (BRASIL, 2001b; ITO et al., 2006).

Entende-se que a forma mais rica de promoção de mudança se inicia no autoconhecimento, por isso, o instrumento utilizado neste estudo, serve como termômetro para mensurar as habilidades e, conseqüentemente, desenvolver a competência interpessoal destes profissionais. É de suma importância para o Enfermeiro do PSF, no papel de coordenador, entender e desenvolver tais habilidades (COSTA e SILVA, 2004; ERMEL e FRACOLLI, 2006; PERES e CIAMPONE, 2006; BENITO e BECKER, 2005; BENITO e BECKER, 2007).

Benito e Becker (2005 e 2007) realizaram um estudo sobre as atitudes gerenciais dos Enfermeiros do PSF na visão da equipe. Nesse sentido os informantes listaram como de muita e extrema importância que o Enfermeiro tivesse atitude ética, de justiça, afetividade, de abertura frente às negociações e às mudanças, ser comunicativo, criativo, saber ouvir, aberto ao diálogo, iniciativa, educador, saber receber críticas e ter compromisso e responsabilidade para com o programa e a equipe.

Nessa perspectiva e considerando ser de extrema importância que o Enfermeiro do PSF, coordenador de equipe desenvolva certas habilidades, principalmente, no que diz respeito aos aspectos interpessoais, analisou-se as respostas dadas tomando por base apenas as respostas que indicavam o número 7 da escala, representando que a capacidade de atuação do Enfermeiro é MÁXIMA no que diz respeito à comunicação, liderança e participação.

5.3.1. Comunicação

Nesta dimensão interpessoal foi questionado aos Enfermeiros os itens: Habilidade de comunicar idéias de forma clara e precisa em situações individuais e de grupo (Comunicação efetiva); Habilidade de ouvir e compreender o que os outros dizem (Saber ouvir); Habilidade de dar *feedback* aos outros de modo útil e construtivo (Expressão de feedback); Capacidade de organizar e de apresentar suas idéias de forma efetiva induzindo os outros a aceitá-las (Persuasão) e Habilidade de aceitar críticas sem fortes reações emocionais defensivas (Reação de feedback).

No gráfico 6 apresenta-se a distribuição dos Enfermeiros do PSF que atribuíram às habilidades relacionadas na dimensão interpessoal de comunicação o valor MÁXIMO (7) da escala.

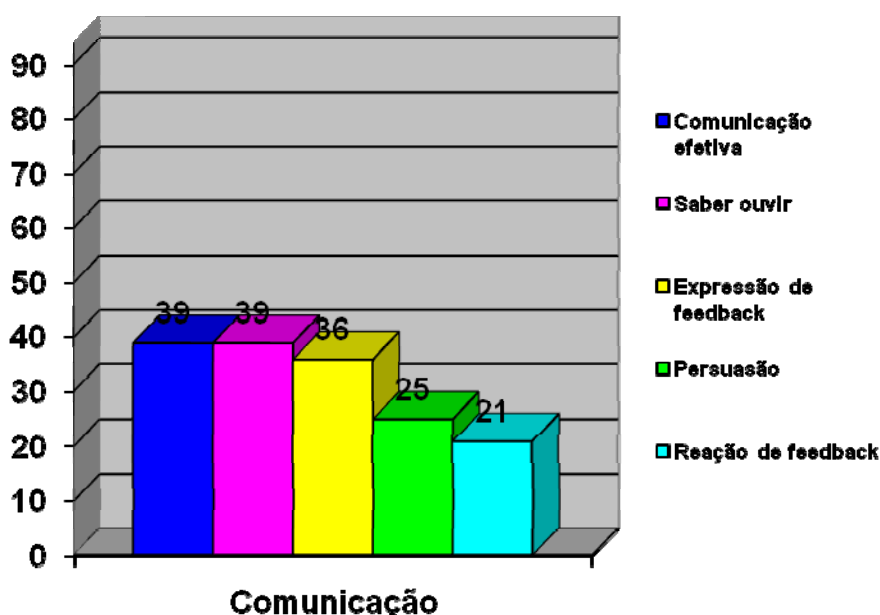


Gráfico 6 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com a dimensão interpessoal de Comunicação, Goiânia, 2007.

Dos 94 Enfermeiros entrevistados, 39 (41,5%) atribuíram pontuação MÁXIMA na escala para as habilidades de **comunicação efetiva** e **saber ouvir**. Em relação à

expressão de feedback 36 (38,3%) pontuaram com nota MÁXIMA tal habilidade. Em contrapartida apenas 25 (26,6%) e 21 (22,3%) dos entrevistados atribuíram nota MÁXIMA 7 as habilidade de **persuasão** e de **reação a feedback** respectivamente.

O resultado dos dados mostra que menos de 50% dos Enfermeiros do PSF de Goiânia atribuíram nota máxima às habilidades da dimensão interpessoal de comunicação, ou seja, menos da metade deles não se sentem habilitados para o desempenho de tais aptidões frente à equipe de trabalho. No que diz respeito às capacidades de persuasão e reação a feedback percebe-se que, pouco mais de 20% consideram o desenvolvimento destas, merecedoras de nota máxima.

Munari et al., (2003) ao utilizarem esse mesmo instrumento com alunos de graduação em Enfermagem, mostraram que em relação à dimensão interpessoal de comunicação, essas habilidades foram listadas por 55%, dos entrevistados, que classificaram-nas como sendo seus pontos fortes de atuação. Mas, em relação à habilidade de **persuasão e reação a feedback**, igualmente o resultados dos alunos foram semelhantes aos dos Enfermeiros deste estudo quando classificaram essas como sendo pontos fracos de sua rotina de trabalho.

Em outro estudo, onde o objetivo foi identificar as características funcionais dos Enfermeiros que atuam na área de educação continuada, descobriu-se que em relação às características atitudinais, a maioria dos entrevistados apostou na comunicação e no relacionamento como sendo as principais atitudes a serem desenvolvidas por eles (BEZERRA, 1997).

A comunicação pode ser definida como a troca de informações entre quem emite a mensagem e quem recebe, além disso, pode ser desenvolvida entre duas pessoas ou em grupo. O emprego da comunicação pode ser feito de duas formas principais: verbal e não verbal. As palavras representam 7% de toda mensagem emitida, sendo

o canal não verbal aquele que transmite todos os 93% restantes. Nesse sentido as declarações podem ser alteradas ou potencializadas pelo modo como o emissor se comporta ao emití-las (COLMAN, 2003; MAILHIOT, 1981).

A comunicação é um dos principais componentes no funcionamento de todo e qualquer grupo. O estabelecimento ineficaz da comunicação afeta o desempenho grupal e, conseqüentemente, a produtividade e satisfação do grupo ficam comprometidos. (MAILHIOT, 1981; PADILHA e ROCHA, 2004, MOSCOVICI, 2003).

Para Larocca e Mazza, (2003), a comunicação significa co-participação dos sujeitos no ato de pensar, é preciso se sensibilizar com a importância da comunicação para desenvolver uma enfermagem embasada no agir comunicativo, gerador de entendimento e capaz de transformações sociais.

Por isso, a compreensão da importância do desenvolvimento da comunicação, para o trabalho do Enfermeiro do PSF coordenador de equipe se faz necessária a partir do momento em que esta habilidade é fundamental para o estabelecimento de relações autênticas entre os membros das equipes, para o início efetivo das transformações e para o estabelecimento de relação de confiança e respeito.

Em Goiânia, essa demanda se torna cada vez mais urgente quando o dado mostra que os próprios Enfermeiros se avaliam pouco hábeis em relação à dimensão de comunicação, comprometendo assim, sua competência interpessoal.

5.3.2. Liderança

Na dimensão de Liderança, a segunda a ser analisada, onde os itens questionados dizem respeito à: Assumir responsabilidade, agir de acordo com suas habilidades e convicções sem dependência demasiada dos outros (Independência);

Estimular e encorajar os outros a desenvolverem seus próprios recursos para resolverem seus problemas (Apoio catalisador); Desejar vencer e ser o melhor no desempenho, superar obstáculos e conseguir reconhecimento dos outros (Competição); Enfrentar e superar dificuldades em situações de desafio, aceitando riscos com relativo conhecimento das conseqüências (Autoconfiança); Capacidade de propor idéias inovadoras, de iniciar projetos e influenciar o rumo dos acontecimentos (Iniciativa); Capacidade de trabalhar em situações não rotineiras mantendo padrões de desempenho eficaz, mesmo enfrentando falta de apoio e cooperação, resistência, oposição, hostilidade (Resistência ao estresse); Capacidade de influenciar os outros, fazer com que aceitem suas idéias e sigam sua orientação (Liderança efetiva).

No gráfico 7 apresenta-se a distribuição dos Enfermeiros do PSF que pontuaram como sendo MÁXIMA (7) às habilidades relacionadas à dimensão interpessoal de liderança.

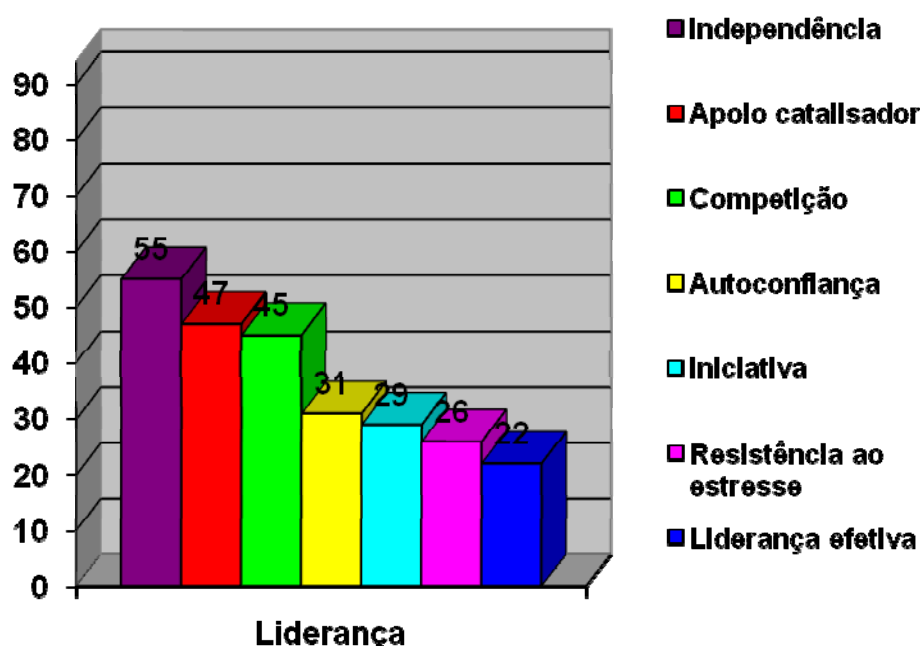


Gráfico 7 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com a dimensão interpessoal da Liderança, Goiânia, 2007.

Dos Enfermeiros do PSF entrevistados 55 (58,5%) atribuíram pontuação MÁXIMA para a habilidade de **independência**, 47 (50%) para o **apoio catalisador** e 45 (47,9%) para o desejo de **competição**. Em relação à **autoconfiança**, 31 (33%) Enfermeiros atribuíram nota MÁXIMA, 29 (31%) para a capacidade de **iniciativa**, 26 (28%) para a **resistência ao estresse** (21) e apenas 22 (23,4%) disseram exercer a **liderança efetiva**.

Usando a pesquisa sobre as características da competência interpessoal do Enfermeiro realizada com graduandos de enfermagem, como comparativo para este estudo, observou-se que na segunda dimensão analisada os alunos também consideram como pontos fortes, o **apoio catalisador** e a **competição**. Como pontos fracos os alunos marcaram a **iniciativa**, a **autoconfiança** e a **resistência ao estresse** (MUNARI et al., 2003).

As atividades de liderança podem ser distinguidas entre formal e informal. Uma está relacionada diretamente à cargo ou função atribuída, e outra a aptidão pessoal que nada tem a ver com posição de poder e sim, com a maneira pela qual uma pessoa pode influenciar as demais, que é também chamada de “estilo de liderança” (CHAVES e MOURA, 2003; MOSCOVICI, 2003).

Para o Enfermeiro do PSF coordenador de equipe, que recebe a atribuição de gerente, cabe o desenvolvimento de estilos de liderança capazes de transformar as relações internas da equipe e potencializar o trabalho realizado. Para Moscovici (2003) a liderança se exerce nos dois níveis de interação dos grupos, o nível da tarefa e o nível socioemocional. Os Estilos de liderança são orientados de acordo com as necessidades dos líderes, com o objetivo de fortalecer o grupo.

Ao se considerar que apenas 23,4% dos Enfermeiros reconhecem ter liderança efetiva, pode-se pressupor que, para a maioria essa característica é nata,

ou seja, não é possível de ser desenvolvida. No entanto entende-se que qualquer pessoa, com ou sem a tarefa formal de coordenar, gerenciar, supervisionar, liderar, pode desenvolver sua liderança e seu estilo próprio, de acordo com a necessidade imposta no seu ambiente de trabalho (ABREU et al., 2005; CHAVES e MOURA, 2003; MOSCOVICI, 2003). No caso do Enfermeiro acredita-se que o estilo de liderar de cada um se constrói a partir de fatores como a formação acadêmica, as características pessoais, e ainda com as experiências profissionais vividas.

Metade dos Enfermeiros do PSF de Goiânia não considera sua atuação na dimensão de liderança frente à equipe de trabalho como sendo MÁXIMA, por isso, torna-se urgente desenvolver programas de treinamento, desenvolvimento e capacitação capazes de instrumentalizá-los nestas habilidades. A capacidade de iniciativa, a resistência ao estresse e a liderança efetiva são indicadas como as principais limitações destes profissionais.

Vale considerar ainda que, a liderança exercida pelo Enfermeiro do PSF se constitui em uma experiência fundamentada na relação com o outro, na qual os dois se apresentam como sujeitos, contudo, esse encontro acontece em um cenário carregado de obstáculos exteriores e interiores (MENDES et al., 2000).

Balsanelli e Cunha, (2006) ao realizaram um estudo de revisão mostram que a bibliografia existente sobre liderança no contexto da enfermagem ainda é muito escassa. Por isso, os autores acreditam que há uma necessidade de realização de pesquisas nessa área. Isso servirá tanto para o desenvolvimento e conhecimento da temática, quanto para melhorar a qualidade da assistência e dos relacionamentos.

5.3.3. Participação

Para analisar a terceira e última dimensão interpessoal a participação, utilizou-se os seguintes itens: Procurar conhecer as idéias dos outros, disposição para receber sugestões e influências dos outros (Abertura); Dizer e fazer coisas de modo natural, expressar livremente idéias, opiniões e sentimentos na ocasião em que ocorrem (Espontaneidade); Habilidade de percepção e consciência de necessidades, sentimentos e reações aos outros (Sensibilidade); Tendência a procurar relacionamento mais próximo com as pessoas, dar e receber afeto no seu grupo (Relacionamento próximo); Habilidade de modificar seu ponto de vista e comportamento no grupo em função de feedback dos outros e dos objetivos a alcançar (Flexibilidade); Capacidade de criar uma boa primeira impressão e obter atenção, reconhecimento pessoal e respeito (Impacto); Experimentar fazer coisas diferentes, conhecer novas pessoas, testar novas idéias e atividades com outras pessoas (Experimentação). Habilidade de reconhecer, diagnosticar e lidar com conflitos e hostilidades dos outros (Lidar com conflitos);

No gráfico 8 mostra-se a distribuição dos Enfermeiros do PSF que pontuaram as habilidades relacionadas à dimensão de participação como MÁXIMA (7) na escala.

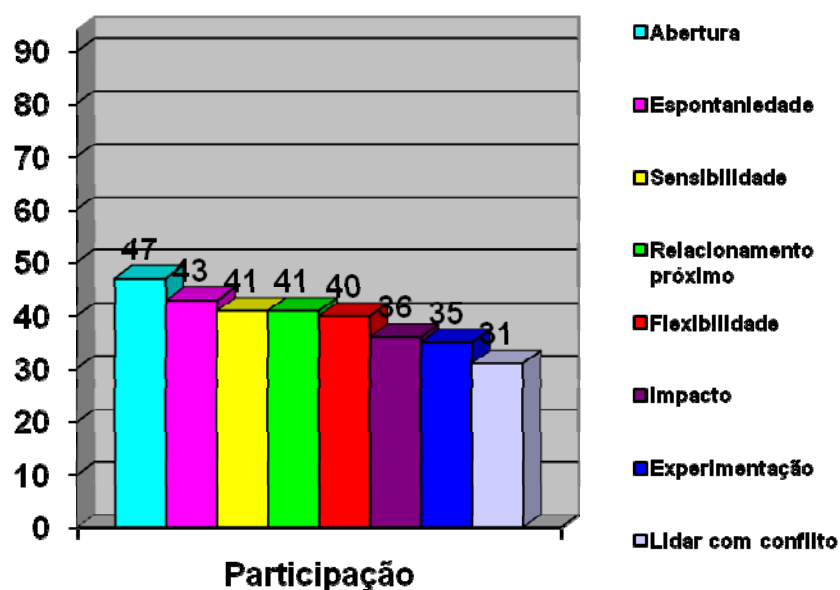


Gráfico 8 – Distribuição dos Enfermeiros do PSF, de acordo com a dimensão interpessoal de Participação, Goiânia, 2007.

Metade (50%) dos Enfermeiros do PSF consideraram a **abertura** como uma capacidade de atuação MÁXIMA, a **espontaneidade** foi pontuada por 43 (46%) dos entrevistados e a **sensibilidade** e o **relacionamento próximo** são exercidos com capacidade MÁXIMA por 41 (44%) dos Enfermeiros. Em seguida a **flexibilidade** recebe nota MÁXIMA de 40 (42,5%), o **impacto** de 36 (38,3%), a **experimentação** de 35 (37,2%) e a habilidade de **lidar com conflitos** de 31 (33%) dos Enfermeiros do PSF.

Em comparação com o estudo de Munari e cols. (2003) observou-se que os pontos fortes e fracos assinalados são semelhantes nos dois estudos, o que reforça a necessidade de investimento na formação acadêmica e na capacitação permanente de Enfermeiros já graduados para que estes tenham melhor desempenho na tarefa de coordenar grupos.

Diferente dos alunos de enfermagem, os Enfermeiros do PSF sinalizaram maior dificuldade em lidar com a capacidade de criar boa impressão – impacto. Em

contrapartida a dimensão de participação teve suas habilidades melhor pontuadas pelos Enfermeiros dos que as de comunicação e liderança. Onde mais de 30 profissionais pontuaram todas as habilidades dessa dimensão na posição 7 (MÁXIMA) da escala.

O entendimento da dimensão interpessoal da participação para o Enfermeiros do PSF remete-se principalmente na relação do “eu e os outros”, ou seja, das relações dentro do grupo, de como entender os outros, de como lidar com as diferenças, com as emoções, sentimentos e impressão. Ao entender que pessoas convivem, trabalham e portam-se como pessoas, percebe-se o quão desafiante e difícil é a convivência humana (MOSCOVICI, 2003).

Nessa perspectiva e baseado na proposta feita aos Enfermeiros do PSF, de dar nota à habilidades deles próprios baseada no seu dia-a-dia de trabalho, acredita-se que apoderou-se de um poderoso instrumento de auto-avaliação, que servirá não só para promover ações futuras, mas também para mudanças imediatas quando se pensa na necessidade de qualificação deste profissional.

Vale lembrar, que os resultados numericamente apresentados foram obtidos através da análise que os próprios Enfermeiros fizeram de si mesmos. Para Moscovici (2004), aprender a se olhar, a examinar seus progressos, suas vitórias, suas falhar e lacunas, erros e acertos, a diagnosticar, a comparar suas contribuições ao grupo com as de outros membros, explorar seus sentimentos, suas reações a obstáculos, seus relacionamentos com os outros – tudo isso significa crescimento pessoal e interpessoal.

6. CONCLUSÕES

Toda trajetória dessa pesquisa nasceu da motivação da pesquisadora, supervisora distrital de 19 equipes do PSF em Goiânia, em instrumentalizar o Enfermeiro do PSF para coordenar suas equipes de trabalho. Para pesquisadora a necessidade de aprimoramento permeia não só as ações técnicas, mas, principalmente, a competência interpessoal no manejo da equipe. Nesse sentido, e diante da inexistência de um documento sobre o panorama da realidade vivida por essa população, optou-se por desenhar primeiramente o perfil dos Enfermeiros do PSF de Goiânia no intuito de entender melhor o contexto atual, e propor pesquisas futuras que possam promover ações mais assertivas e diretas.

A opção acertada, de primeiramente desenhar o perfil, trouxe consigo a surpresa nos resultados obtidos. A realidade dos Enfermeiros do PSF de Goiânia superou as expectativas da pesquisadora, mostrando que o pensamento dos profissionais a respeito do seu trabalho é de longe a desenhada pelos supervisores e coordenadores do programa.

A certeza no alcance dos objetivos propostos se dá na clareza apresentada pelos dados sobre a realidade social, demográfica e econômica vivenciada por estes profissionais. Além disso, destaca-se a riqueza do mapeamento de toda trajetória acadêmica e profissional pela qual esses Enfermeiros passaram, antes e durante o trabalho no PSF. Em relação a sua atuação e de sua equipe conseguiu caracterizar as atividades bem desempenhadas e aquelas que ainda precisam ser desenvolvidas por não serem realizadas por todos. Para finalizar e satisfazer o pretendido pelos objetivos compreendeu-se melhor a visão que o próprio Enfermeiro tem de si mesmo no manejo de sua equipe, no que diz respeito às habilidades relacionais.

A metodologia aplicada no estudo teve papel fundamental para o alcance dos objetivos propostos, embora, dada a complexidade do objeto do estudo, outras abordagens possam ser aplicadas com o intuito de apreender melhor o contexto que envolve a atuação do Enfermeiro coordenador de equipe de PSF. Acredita-se que quantificar seja o primeiro passo dado para entender melhor e diagnosticar a realidade em que vivem esses profissionais, para depois realizar outras pesquisas que vão nortear o trabalho já desempenhado.

Evidencia-se nessa pesquisa que a população desse estudo é constituída de mulheres adultas, com filhos e provedoras de seus lares. A sua formação acadêmica advém de universidades públicas e privadas, em proporção semelhante, e já fazem em média 9 anos que se formaram. Durante a graduação menos de 25% dos entrevistados tiveram disciplina específica sobre coordenação de grupo.

No que se refere ao aprimoramento profissional, os Enfermeiros do PSF não se sentem satisfeitos apenas com a formação acadêmica e 77,6% deles procuraram por cursos de especialização, ligados, principalmente à área de saúde pública, onde 30,1% já possuem especificamente em Saúde da Família.

O reconhecimento da formação pela qual passou o Enfermeiro do PSF, talvez seja um dos fatores mais importantes apontados nessa pesquisa. Através deste conhecimento é possível identificar as falhas existentes, as limitações na atuação desse profissional e, principalmente, onde se deve fazer investimentos. Percebe-se ainda que investimentos estão sendo feitos no sentido de aprimorar o trabalho realizado dentro do programa, “a priori” por iniciativa dos próprios profissionais, que acreditam que podem melhorar sua atuação.

Nesse sentido, vale ainda destacar que a média de anos trabalhados no PSF é de 5 anos, e de anos trabalhados na mesma equipe é de 3 anos, o que demonstra

um vínculo importante com a proposta apresentada, com as metas estabelecidas e com o gosto pelo resultado produzido. Além disso, ao tempo de trabalho pode-se atribuir o fato de que 91% dos entrevistados são funcionários concursados do município, o que de certa forma vincula, assegura e valoriza o profissional.

Mesmo assim, apenas 31% dos Enfermeiros foram submetidos a processos de seleção interna para o trabalho no PSF. Acredita-se que um processo seletivo bem estruturado é capaz de definir o perfil esperado dos Enfermeiros antes que ele atue no programa, por isso, a seleção torna-se um instrumento importante na definição do que se espera do Enfermeiro do PSF de Goiânia.

Na rotina de trabalho dos Enfermeiros do PSF, preconizada e baseada no projeto da AMQ, segundo eles mesmos, a maior parte das atividades é desempenhada SEMPRE. As dificuldades apresentadas por eles estão ligadas às ações de mapeamento e territorialização das áreas de abrangência, elaboração do diagnóstico situacional e na realização semanal das visitas domiciliares.

Em suma, essas atividades são dependentes umas das outras no sentido em que quando não se realiza o mapeamento da área, fica mais difícil elaborar um diagnóstico que identifica áreas de risco, fatores determinantes de saúde-doença e ainda as necessidades da comunidade assistida. Entende-se que um profissional que não reconhece sua área, não percorre sua extensão, tão pouco terá o interesse em desvendar os obstáculos que envolvem o processo saúde-doença daquela população. Nesse sentido, não tem respaldo para planejar as vistas domiciliares baseado nas reais necessidades da comunidade.

Na rotina de trabalho da equipe de ACS, os Enfermeiros consideram como pontos importantes a ser trabalhados: o número de visitas domiciliares por família, por mês, realizadas, a realização de educação em saúde por iniciativa própria e a

participação nas reuniões dos conselhos locais de saúde. É preciso incentivar a realização do diagnóstico situacional que servirá de instrumento para planejar as ações de acordo com as reais necessidades da comunidade. Além disso, ao Enfermeiro cabe ainda potencializar as ações de educação permanente para instrumentalizar o ACS a agir com as próprias pernas e ainda a dar respostas à comunidade, sobre as problemáticas de saúde.

Para os Enfermeiros a rotina de trabalho dos Auxiliares de Enfermagem apresenta falhas no desenvolvimento de ações extra unidade de saúde, sendo a realização de procedimentos básicos de enfermagem em visitas domiciliares ou em outros espaços sociais realizada QUASE SEMPRE, e a realização de educação em saúde intra e extra unidade realizada RARAMENTE. Entende-se aqui a necessidade de reprogramar as tarefas dentro da unidade a ponto de respaldar o auxiliar de enfermagem para sair da unidade de saúde e realizar as atividades que lhes compete, além do mais é preciso dar instrumentos para a realização de ações de educação em saúde.

Outro importante ponto observado na análise dos dados diz respeito a percepção dos Enfermeiros do PSF em relação a sua competência interpessoal. Os itens questionados levaram em consideração três dimensões básicas: comunicação, liderança e participação. Identificou-se a necessidade iminente de desenvolvimento de habilidades que embasem o fazer do Enfermeiro do PSF coordenador de equipe, já que menos de 50% dos entrevistados pontuaram como MÁXIMA suas atuações dentro da equipe.

Conclui-se que ao enxergar as respostas dadas pelos Enfermeiros é possível estabelecer algumas recomendações:

- Intensificar a realização de processos seletivos no intuito de selecionar todos os Enfermeiros que almejam o trabalho no PSF;
- Adequar as formas de selecionar tais profissionais no sentido de introduzir questões relacionadas à competência interpessoal, habilidade que não resta dúvida, ser uma das mais importantes na condução do trabalho enquanto coordenador de equipe;
- Direcionar os processos de qualificação para as necessidades apresentadas. Sendo esses cursos capacitações ou cursos específicos
- Manter os processos de educação permanente desses profissionais já que os mesmos sinalizam a necessidade de se especializar, tanto pelo tempo em que se formaram, quanto pelas exigências atuais das novas diretrizes curriculares;
- Explorar o potencial da pesquisadora supervisora distrital de equipes de saúde da família e sua orientadora especialista em Dinâmica de Grupo e professora da Universidade Federal de Goiás. Essas podem contribuir com programas de capacitação para o desenvolvimento das competências interpessoais e de coordenação de equipe desses profissionais, de forma mais efetiva.

REFERENCIAS

ABREU, L. O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 203-207, 2005.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. Distritos Sanitários: Concepção e organização. Série: **Saúde & Cidadania**. São Paulo, v.1, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Brás. Enferm.** V. 57, n.4, p. 441 – 446, 2004.

ANDALÓ, C.S.A. **Mediação Grupal**: uma leitura histórioco-cultural. São Paulo: Ágora, 2006.

ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O Programa de Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 54, n.1, p. 98 – 107, jan./ mar. 2001.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.40, n. 1, p. 117-122, 2006.

BARROS, A. P. **Perfil dos auxiliares de enfermagem que atua na assistência à crianças e adolescentes internados em hospitais do Recife-PE**. Dissertação apresentada ao colegiado do curso de Mestrado em saúde da Criança e do Adolescente do Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

BENITO, G. A. V.; BECKER L. C. Conhecimento gerencia requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 58, n.6, p. 635 – 40, nov./ dez. 2005.

BENITO, G. A. V.; BECKER L. C. Atitudes gerenciais do Enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da equipe Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 60, n.3, p. 312 – 6, maio./ jun. 2007.

BERNARDINO, M. T. S. M. et al. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família no município de São Carlos (SP). **Trabalho, Educação e Saúde**. v.3, n. 1, p. 75-89, 2005.

BEZERRA, A. L. Q. Perfil do Enfermeiro de educação continuada. **Rev. Paulista de Enfermagem**. v. 16, n. 1/3, p. 72-82, 1997.

_____. **O Contexto da Educação Continuada em Enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Martinari - Lemar, 2003.

BIANCO, M. H. B. C. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano**. Um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru, EDUSC, 2000.

BITENCOURT, C. (coord.) **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 119p. 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**./ coordenado por Maria Helena Machado. Brasília, Ministério da Saúde, 146p, 2000a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 128p. 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto para o desenvolvimento da saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, Ministério da Saúde, 250p, 2001a.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/ CES, n.3, 07/11/2001. Brasília – DF: CNE, 2001b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** – Brasília, Ministério da Saúde, 60p. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica **Documento Técnico: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica **Documento Técnico: Atenção Básica e Saúde da Família**, Disponível em: www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php Acesso em: 26/08/2007.

BUSNELLO, E. D'A. Dinâmica de grupo: fundamentos, delimitação do conceito, origens e objetivos. In Osório, L.C. (org.) **Grupoterapia hoje**; Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

CAMPOS, C. E. A. Estratégia de avaliação para melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária a saúde. **Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 5, supl 1, p. 563-9, dez, 2005.

CARRIJO, C. I. S.; PONTES, D. O.; BARBOSA, M. A. Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 56, n. 2, p. 155-159, mar/ abr. 2003.

CARRIJO, C. I. S. et al. A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 356-63, jul/set, 2007.

CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. S. S. O estilo de liderança de Enfermeiros: relato de experiência. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.24, n. 3, p. 355-64, dez., 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família**. Rev. Brás. Enferm. V. 53, n. especial, p. 143 – 147, 2000.

COLMAN, F. T. **Tudo que o Enfermeiro precisa saber sobre treinamento**: um manual prático. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição a história do SUS. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 343-362, jul/ dez., 2004.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro. Rúbio, 2004.

COSTA, A. R. C. et al. Atuação do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 127-130, dez. 2000.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do Enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba. **Rev. Brás. Enferm.** Brasília, v. 53, n.especial, p. 149-152, dez. 2000.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do Enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 12, p. 272-279, 2004.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de Enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 15, n. 3, p. 479-82, jul-set, 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/ SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.40, n.4 p. 533-9, 2006.

ERZINGER, A. R.; TRENTINI, M. Enfermeiras e Enfermeiros frente aos desafios no início da carreira profissional. **Rev. Téc-cient Enfermagem**. Curitiba, v. 1, n.5, p 332 – 339, 2003.

ESCOREL, S. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Rev. Panam Salud Puclica**. v. 31, n. 2-3, p.164-76, Feb-Mar, 2007.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. Repensando a formação do Enfermeiro na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica. **Rev. Brás. Enferm.** Brasília, v.53, n. 3, p. 415-423, jul./set. 2000.

FELISBINO, J. E.; RIBEIRO, I. M. Oficina de capacitação para implantação de equipes de Saúde da Família. **Rev. Brás. Enferm.** V. 53, n. especial, p. 139 – 142, 2000.

FERREIRA, A. S. **Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, p. 69 – 76, 2004.

FORTUNA, C. M. et al. **O Trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do Processo grupal e de grupos operativos.** Rev. Latino-am Enfermagem, v.13 n.2 p. 262 – 268, 2005.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios.** Documento técnico: Conferência Nacional de Saúde On-line – Tribuna Livre. Belo Horizonte/ Campinas, Março de 1999.

FURTADO, C. H. O.; SANTANA, C. A Imagem na saúde: uma visão setorial nos desenhos de profissionais que militam saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Modelo de atenção e formulação de políticas públicas: uma abordagem de conteúdo: curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde em Goiás.** Série Técnica: Projeto de desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, v. 6, 2003, cap. 2 p. 53-130.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p. 490 – 498, 2005.

GOIÂNIA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Rede Básica. Documento técnico: **Diretrizes da Secretaria Municipal de Goiânia para o trabalho das equipes de Saúde da Família.** Goiânia, 2006.

GOTARDO, G. I. B. Nos Bastidores da Enfermagem: a arte de cuidar como essência. **R. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 146 – 149, maio/agi, 2002.

IBGE, dados sobre a cidade de Goiania – GO, habitantes e extensão, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 22 agosto, 2007.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.40, n. 4, p. 570-5, 2006.

JONES, A. Competências interpessoais. **Nursing.** n.93 ano 8, 1995.

LAROCCA, L. M.; MAZZA, V. A. Habermas e Paulo Freire: referenciais teóricos para o estudo da comunicação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre (RS), v.24, n. 2, p. 169-76, ago 2003.

LOURENÇO, M. R. **Desenvolvimento da Competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes.** Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOURENÇO, M. R.; SHINYASHIKI, G.T.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Rev. Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.13, n.4, p. 469-73, julho-agosto, 2005.

LUCCHESI, R.; BARROS, S.; Pedagogia das competências – um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão de literatura. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 1, p. 92-9, 2006.

MACHADO, K. Mensageiro do Movimento Sanitário. **RADIS: comunicação em saúde.** Rio de Janeiro, n. 60, Agosto, p.19-31, 2007.

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos Enfermeiros de Saúde da Família, na atenção à saúde da criança de zero à dois anos em três municípios do Ceará.** Tese de doutorado apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem – doutorado em enfermagem da Universidade Federal do Ceará/ Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2005.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e Gênese dos grupos.** São Paulo, Duas Cidades, 1981.

MARCELO, V. C. **Reflexões sobre o processo saúde-doença e a promoção da saúde.** Texto para uso didático no curso de Ensino a Distância da Universidade Federal de Goiás, Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade semipresencial, Goiânia, 2005.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerability and Suffering in the Work of a Community Health Agent in the Family Health Program. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 41, n. 3, p. 426-33, sep. 2007.

MATTEI, D. A.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. O Enfermeiro na equipe de saúde da família. **Rev. Téc-cient Enferm.** Curitiba, v. 3, n.11, p.308-317, jul./ set, 2004.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic. Saúde, Educ,** v. 9, n. 16, p. 9 – 24, 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-323, set/dez 2003.

MENDES, I. A. C. et al. Liderança da Enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna. **Rev. Brás. Enferm.** Brasília, v. 53, n. 3, p. 410-14, jul/set, 2000.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal**: treinamento em grupo. 13ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 9ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde** (manual) Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MOTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 08, n. 01, p 150 - 161, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/atualizacao.htm

MUNARI, D. B. et al. Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem. **Rev. Brás. Enferm.** V. 56, n. 5, p. 484 – 7, set/out 2003.

MUNARI, D. B.; FERNANDES, C. N. S. Coordenar grupos: Reflexões a luz das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 25, n.3, p. 26-32, 2004.

MUNARI, D. B e FUREGATO A. R. F. **Enfermagem e Grupos**, Goiânia: Ed. AB, 2003.

MUNARI, D. B.; OLIVEIRA, N. F.; FERNANDES, C. N. S. O modelo de educação de laboratório na formação do Enfermeiro: avaliação do graduando de enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**. v. 14, n. 3, p. 385-90, jul/set, Rio de Janeiro, 2006.

MUNARI, D. B. et al. O Ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.26, n.2, p. 220-230, ago. 2005.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde as Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-45, 2005.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. The opinion of nurses regarding the work they perform with families in the family health program. **Rev. Latino-am enfermagem**. v.15, n. 3, may/ jun, 2007.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a Experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia Grupal**: uma nova disciplina para o advento da uma era. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PADILHA, M. E. C. S.; VAGHETTI, H. H. BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **R. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 292-300, abr/jun 2006.

PASTI, M. J.; GIR, E.; COLETA, J. A. D. Perfil motivacional do Enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7, n.5, p 33-41, dez. 1999.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública, v. 35 n. 3 p. 303 – 311, 2001.

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

PEDUZZI, M. & CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal in: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2005, cap. 9. p. 108-124.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. Gerencia e competência gerais do Enfermeiro. **Texto e contexto Enferm**. Florianópolis, v.15, n.3, p. 492 – 9, jul/ set, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Editora Artmed. 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.20, n.2, p. 438-446, marc./ abr..2004.

ROCHA, F. E. C.; PADILHA, G.C. **Agricultura familiar: dinâmica de grupo aplicada as organizações de produtores rurais**. Planaltina – DF: Embrapa Cerrados, 2004.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13 n.6 p. 1027 – 1034, nov./ dez., 2005.

RONCALLI, A. G.; DENIO, C. L. Impacto do Programa Saúde as Família sobre indicadores de saúde as criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, jul./ set., 2006.

SAEKI, T. et al. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.33, n. 4, p. 342-7, dez. 1999.

SILVA, M. R. F.; JORGE, M. S. B. Prática dos profissionais no Programa de Saúde da Família: representações e subjetividades. **Rev. Brás. Enferm**. V. 55, n.5, p. 549 – 555, 2002.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic, Saúde e Educ.**, v.9, n. 16, p. 25-38, set 2004/fev 2005.

SPAGNUOLLO, R. S. Dissertação: Coordenar equipe multiprofissional: um desafio para o enfermeiro do PSF. **Interface – comunic, saúde, educ.**, Botucatu, v.11, n. 21 p. 177-180, jan/abr. 2007.

TAVARES, A. C. L.; SANTOS, S. R. Perfil dos Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no município de João Pessoa – PB. **Enfermagem Brasil**. v.5 n. 6, nov/dez., 2006.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos Trabalhadores de Enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Brás. Enferm.**, v. 53, n3, p. 386 – 400, 2000.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. O Trabalho de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde – a assistência à Saúde da Família. **Rev. Brás. Enferm.** V. 53, n.2, p. 193 – 206, 2000.

URBANETTO, J. S.; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: Gerenciamento das relações interpessoais. **Rev. Brás. Enferm.** Brasília, v. 57, n.4, p. 447-452, jul. ago., 2004.

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, p. 225-264, 2005.

WITT. R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências Gerenciais da Enfermeira na Atenção Básica. **Rev. Paul. Enf.** São Paulo, v.25, n. 3, p. 170-176, jul./ set, 2006.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª Ed. Guanabara Koogam, 2001.

ZABOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p. 1690 – 1699, 2004.

ZIMERMAN, D. & OSÓRIO, L. C. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997 p. 41-47.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS****FACULDADE DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas - UFG pelo telefone 3269 8426 OU 3269 8338.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: **Enfermeiros do Programa de Saúde da Família coordenadores de equipe: perfil profissiográfico, técnico e interpessoal.**

Pesquisador Responsável: **Bárbara Souza Rocha**

Orientadora da pesquisa: **Professora Dr^a Denize Bouttelet Munari**

Telefone para contato: (62) 3609 - 8510/ 8156-0640

Os nossos **objetivos** são para **Caracterizar o perfil e a atuação dos Enfermeiros do PSF no município de Goiânia – GO na coordenação da equipe de acordo com seus perfis profissiográfico, técnico e interpessoal.** Com o intuito descrever o perfil sócio econômico e demográfico dos enfermeiros do PSF; descrever o perfil profissional dos Enfermeiros que atuam no PSF; analisar o desempenho dos Enfermeiros do PSF na coordenação do trabalho da equipe: Agentes Comunitários de Saúde – ACS – e Auxiliares de Enfermagem.

Você não sofrerá riscos, prejuízos e não se sentirá constrangido ou desconfortável, e tem a liberdade de recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem que seja penalizado (a) por isto. Gostaríamos de esclarecer que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação e nem despesas para você. Garantimos a privacidade e sigilo de seu nome.

Nome e Assinatura do Pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ nº _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente da pesquisa me sinto devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a minha participação. Foi me garantido (a) que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem que eu sofra quaisquer penalidades.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante: _____

Nome e Assinatura do Pesquisador responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Nº _____

Data da entrevista: _____

_____/_____/_____

Distrito Sanitário de Saúde: _____

Unidade de Saúde: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADOSexo: (1) Feminino (2) Masculino
_____ anos.

Idade: _____

Estado Marital: _____

(1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Amasiado.

Filhos: _____

(1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (5) Nenhum filho

Transporte utilizado para chegar ao trabalho: _____

(1) Carro (2) Moto (3) Ônibus (4) À pé (5)

Outro: _____.

Sua residência em relação ao seu local de trabalho é: _____

(1) Muito perto (2) Perto (3) Nem longe/ Nem perto (4) Longe (5) Muito longe

Quanto tempo você gasta da sua casa para o trabalho? _____ minutos

Salário que recebeu do PSF em Junho/2007 (líquido): _____ R\$

Qual foi a renda familiar total em Junho/2007: _____ R\$

Quantos % da renda familiar total correspondeu sua contribuição salarial em Junho/2007:
_____ %**DADOS DE FORMAÇÃO**

Instituição em que se graduou: (1) Pública (2) Privada

Nome da instituição/ Estado: _____

Tempo de formado: _____ (anos)

Cursou disciplina **exclusiva** sobre coordenação de grupos (comunicação, liderança, auto-conhecimento, trabalho em equipe), durante a graduação?

(1) Sim (2) Não,

Se sim, qual disciplina _____.

Fez algum curso após a graduação? Preencha o quadro abaixo:

Curso	Nome/ Área
Especialização (1) Sim (2) Não	
Mestrado (1) Sim (2) Não	
Doutorado (1) Sim (2) Não	
Outra (1) Sim (2) Não	

Outro curso de graduação: (1) Sim (2) Não, nome: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Tempo de trabalho em PSF: _____ (anos)

Tempo que trabalha na equipe atual: _____ (anos)

De que forma assumiu a função de Enfermeiro do PSF em Goiânia:

(1) Concurso público/seleção interna (2) Concurso público/lotação (3) Concurso público/indicação (4) Seleção interna (5) Lotação (6) Indicação (7)

Outro: _____.

Possui outro trabalho além do PSF: (1) Sim (2) Não, nome do lugar: _____

Antes de trabalhar nesta equipe de PSF atual, você já ocupou função gerencial na área da saúde?

(1) Sim (2) Não Quanto tempo? _____ meses

Quais profissionais compõem a sua equipe de trabalho:

() Médico () Odontólogo () Aux. de Enfermagem () ACS () ACD () THD

() Outro: _____

ATUAÇÃO NO PSF

De acordo com o exemplo dado abaixo, analise os **quadros A, B e C** marcando um “X” nas afirmativas listadas, usando a escala de “1 a 5”. Segue exemplo:

Exemplo: Realiza mapeamento e territorialização “**mensalmente**”:

- A atividade **não é realizada** = número “1” (**nunca – 0%**)
- A atividade é realizada **menos da metade** – 4 meses no ano = número “2” (**raramente – 25%**)
- A atividade é realizada **pela metade** – 6 meses no ano = número “3” (**frequentemente – 50%**)
- A atividade é realizada **mais da metade** – 8 meses no ano = número “4” (**quase sempre – 75%**)
- A atividade **é realizada** – 12 meses do ano = número “5” (**sempre – 100%**)

Quadro A: Os itens abaixo, dizem respeito ao trabalho do **Enfermeiro** dentro da equipe de Saúde da Família. A escolha do número na escala representa a frequência com que as atividades são desenvolvidas na sua rotina de trabalho dentro do programa:

	Nunca 0%	Raramente 25%	Frequentemente 50%	Quase sempre 75%	Sempre 100%
Em relação a “SUA” rotina de trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Realiza mapeamento e territorialização da área de abrangência da equipe mensalmente (acrescentando áreas de expansão, redividindo microáreas, identificando grupos de risco).	()	()	()	()	()
Participa e/ou incentiva a elaboração de diagnóstico situacional (epidemiológico, social, econômico) das famílias cadastradas, para identificar os problemas mais frequentes.	()	()	()	()	()

Coordena, planeja e organiza a assistência de Enfermagem, mensalmente , baseado nas necessidades da unidade, equipe e comunidade.	()	()	()	()	()
Coordena e supervisiona diariamente o trabalho dos Aux. de Enfermagem dentro da equipe, nas salas de procedimentos, visitas domiciliares, dentre outras ações.	()	()	()	()	()
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
De acordo com a necessidade da unidade e equipe, elabora normas, rotinas e procedimentos do serviço de saúde.	()	()	()	()	()
Realiza diariamente Consultas de Enfermagem conforme a lei do exercício profissional e programas de saúde pública.	()	()	()	()	()
Prescreve medicamentos durante as consultas de enfermagem, conforme programas de saúde preconizados pelo ministério de saúde.	()	()	()	()	()
Coordena e supervisiona diariamente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS dentro de cada microárea de atuação.	()	()	()	()	()
Os cronogramas de atuação dos profissionais da equipe são analisados e/ou atualizados mensalmente de acordo com o planejamento mensal das ações da equipe.	()	()	()	()	()
Realiza semanalmente o mínimo de 5 visitas domiciliares a pacientes previamente selecionados.	()	()	()	()	()
Realiza mensalmente o mínimo de 5 atividades de educação em saúde a ciclos de atenção diferentes (criança, adulto, adolescente, mulher, idoso).	()	()	()	()	()
Elabora semanalmente atividades de educação permanente para os profissionais da equipe (auxiliares de enfermagem, ACS).	()	()	()	()	()
Realiza semanalmente reunião de equipe, para discussão de problemas internos.	()	()	()	()	()
Utiliza os dados do consolidado (SIAB) mensalmente para avaliar o serviço prestado e planejar novas ações.	()	()	()	()	()
Participa na organização da Unidade de Saúde diariamente , gerenciando insumos, materiais, equipamentos, infra-estrutura.	()	()	()	()	()

Quadro B: Seguindo a escala de “1” a “5”, os itens abaixo, dizem respeito ao trabalho dos **Agentes Comunitários de Saúde** dentro da equipe de Saúde da Família. A escolha do número na escala representa a frequência com que as atividades são desenvolvidas na rotina de trabalho do ACS sob sua supervisão:

<i>Em relação ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Realiza mensalmente 1,2 visitas domiciliares para todas as famílias cadastradas em sua microárea.	()	()	()	()	()

Atualiza mensalmente o cadastro das famílias de sua microárea.	()	()	()	()	()
Preenche diariamente o Mapa Básico de produção.	()	()	()	()	()
Orienta as famílias de sua microárea, sempre que possível (visita domiciliar, educação em saúde, reuniões de conselho, fórum), sobre os serviços de saúde oferecidos pela equipe.	()	()	()	()	()
Realiza mensalmente ações de Educação em Saúde na comunidade por iniciativa própria.	()	()	()	()	()
Utiliza mensalmente as fichas do SIAB (ficha A, fichas B, SSA2) para o planejamento de ações em sua microárea.	()	()	()	()	()
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Estão presentes em todas as reuniões do Conselho Local de Saúde, Fórum de Saúde e Associação de Moradores.	()	()	()	()	()
Participa das reuniões semanais para avaliação, planejamento e discussão das ações da equipe.	()	()	()	()	()

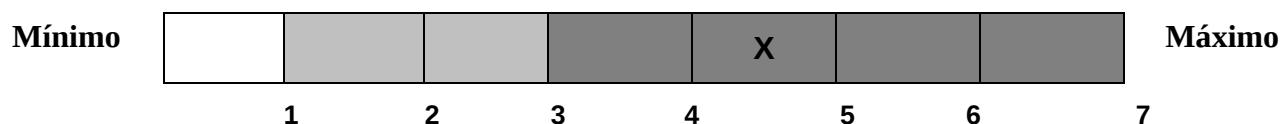
Quadro C: Ainda de acordo com a escala de “1” a “5”, os itens abaixo, dizem respeito ao trabalho dos **Auxiliares de Enfermagem** dentro da equipe de Saúde da Família. A escolha do número na escala representa a frequência em que a atividade é desenvolvida na rotina de trabalho do Auxiliares de Enfermagem sob sua supervisão:

Em relação ao trabalho dos Auxiliares de Enfermagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Realiza diariamente , na unidade de saúde procedimentos básicos de enfermagem, como vacinação, curativo, aerosol, injeção, triagem, verificação de sinais vitais.	()	()	()	()	()
Realiza os procedimentos básicos de enfermagem em visita domiciliar ou em espaços comunitários semanalmente .	()	()	()	()	()
Realiza mensalmente atividades de Educação em Saúde intra e extra unidade.	()	()	()	()	()
Preenche diariamente o Mapa Básico de produção e a Ficha D.	()	()	()	()	()
Cumpre sistematicamente a escala de atividades elaborada juntamente com a sua equipe	()	()	()	()	()
Participa e se envolve com o gerenciamento de insumos, materiais e equipamentos da unidade.	()	()	()	()	()
Participa das reuniões semanais para avaliação, planejamento e discussão das ações da equipe.	()	()	()	()	()

DIMENSÃO INTERPESSOAL – AUTO-CONHECIMENTO.

Leia atentamente os itens dos **quadros D e E**, marque um “X” nas afirmativas usando a escala de 1 a 7, nesta escala, “1” representa o **MÍNIMO** e “7” significa o **MÁXIMO**. Segue exemplo:

Exemplo: Habilidade de **comunicar** idéias:



Quadro D: Os itens abaixo dizem respeito ao conhecimento que você possui de sua própria atuação frente sua equipe de PSF atual. Sendo assim, a escolha do número da escala descreve sua atuação frente a sua equipe de trabalho.

“SUA” atuação frente a “EQUIPE”	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Habilidade de comunicar idéias de forma clara e precisa em situações individuais e de grupo.	()	()	()	()	()	()	()
Capacidade de criar uma boa primeira impressão e obter atenção reconhecimento pessoal e respeito.	()	()	()	()	()	()	()
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Habilidade de ouvir e compreender o que os outros dizem.	()	()	()	()	()	()	()
Capacidade de influenciar os outros, fazer com que aceitem suas idéias e sigam sua orientação.	()	()	()	()	()	()	()
Dizer e fazer coisas de modo natural , expressar livremente idéias, opiniões e sentimentos na ocasião em que ocorrem.	()	()	()	()	()	()	()
Enfrentar e superar dificuldades em situações de desafio, aceitando riscos com relativo conhecimento das conseqüências.	()	()	()	()	()	()	()
Habilidade de aceitar críticas sem fortes reações emocionais defensivas (tornando-se hostil ou “fechando-se”)	()	()	()	()	()	()	()
Capacidade de propor idéias inovativas , de iniciar projetos e influenciar o rumo dos acontecimentos.	()	()	()	()	()	()	()
Habilidade de percepção e consciência de necessidades, sentimentos e reações dos outros.	()	()	()	()	()	()	()
Assumir responsabilidade, agir de acordo com suas habilidades convicções sem dependência demasiada dos outros.	()	()	()	()	()	()	()
Habilidade de dar feedback aos outros de modo útil e construtivo.	()	()	()	()	()	()	()
Habilidade de reconhecer, diagnosticar e lidar com conflitos e hostilidade dos outros.	()	()	()	()	()	()	()
Capacidade de trabalhar em situações não rotineiras mantendo padrões de desempenho eficaz, mesmo enfrentando falta de apoio e cooperação, resistência , oposição, hostilidade.	()	()	()	()	()	()	()
Experimentar fazer coisas diferentes, conhecer novas pessoas, testar novas idéias e atividades com outras pessoas.	()	()	()	()	()	()	()
Tendência a procurar relacionamento mais próximo com as pessoas, dar e receber afeto no seu grupo.	()	()	()	()	()	()	()
Estimular e encorajar os outros a desenvolver seus próprios recursos para resolver seus problemas.	()	()	()	()	()	()	()
Capacidade de organizar e de apresentar suas idéias de forma efetiva induzindo os outros a aceitá-las	()	()	()	()	()	()	()
Procura conhecer as idéias dos outros , disposição para receber sugestões e influência dos outros.	()	()	()	()	()	()	()

Desejar vencer e ser o melhor no desempenho, superar obstáculos e conseguir reconhecimento dos outros.	()	()	()	()	()	()	()
Habilidade de modificar seu ponto de vista e comportamento no grupo em função de <i>feedback</i> dos outros e dos objetivos a alcançar.	()	()	()	()	()	()	()

Quadro E: Seguindo a escala de 1 a 7, os itens abaixo dizem respeito ao conhecimento que você possui da atuação de sua equipe de PSF na sua percepção. Sendo assim, a escolha do número da escala descreve a atuação da equipe de trabalho.

<i>Considere a atuação mais freqüente da “EQUIPE” na “SUA” percepção</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Capacidade de estabelecer uma comunicação clara e precisa.	()	()	()	()	()	()	()
Reconhecimento, colaboração e respeito dos distintos trabalhos.	()	()	()	()	()	()	()
Construção de consensos, projetos assistenciais comuns.	()	()	()	()	()	()	()
Reflexão conjunta do trabalho.	()	()	()	()	()	()	()
Participação de todos nas decisões.	()	()	()	()	()	()	()
Compromisso e responsabilidade com o PSF.	()	()	()	()	()	()	()
Humanização e acolhimento aos usuários	()	()	()	()	()	()	()
Iniciativa e criatividade.	()	()	()	()	()	()	()
Autonomia técnica dos trabalhos dos distintos profissionais	()	()	()	()	()	()	()
Divisão das tarefas dentro da equipe.	()	()	()	()	()	()	()
Avaliação da equipe em relação aos trabalhos realizados.	()	()	()	()	()	()	()