UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

XÊNIA ALVES FREIRE

CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NATAL/RN

2015

XÊNIA ALVES FREIRE

CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Vigilância à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Maria de Medeiros.

NATAL/RN

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Catalogação da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Sistema de Bibliotecas – SISBI

Freire, Xênia Alves.
Capacidade para o trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde / Xênia Alves Freire. - Natal, 2016.
89f: il.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Maria de Medeiros.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Avaliação da capacidade de trabalho - Dissertação. 2. Enfermeiros - Dissertação. 3. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. I. Medeiros, Soraya Maria de. II. Título.

RN/UF/BSE Escola de Saúde CDU 616-083

BANCA EXAMINADORA

CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentação ao Promoção de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 18/12/2015.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Soraya Maria de Medeiros – Orientadora

Departamento de Enfermagem da UFRN

_____

Profº. Dr. Jonas Sâmi de Albuquerque de Oliveira

Departamento de Enfermagem da UFRN

_____

Profª. Dra. Lenilde Duarte de Sá.

Departamento de Enfermagem da UFPB

_____

Profª. Dra. Milva Maria Figueiredo de Martino

Departamento de Enfermagem da UFRN

_____

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por omitir. Não tenha medo dos tropeços da jornada. Não podemos esquecer que nós ainda que incompletos, fomos os maiores aventureiros da história”.

Augusto Cury

DEDICATÓRIA

Aos meus pais "in memoriam" razão da minha existência e das minhas boas lembranças de amor, afeto e dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, a quem eu devo gratidão por todas as bênçãos alcançadas;

Aos meus pais Otoniel e Isomar (In Memoriam), a quem eu devo a vida.

Ao meu irmão forte incentivador, e meu ídolo.

À toda minha família, à quem devo a pessoa que sou hoje, pelo amor ofertado sem cobranças, a dedicação, a moradia, a compreensão e o respeito, sou imensamente grata e não há palavras que descrevam.

À Eleonora e família, minha forte incentivadora e espelho para dedicação ao mestrado, meu porto seguro em todos os momentos.

À sabedoria e ao conhecimento.

À orientadora Profª. Dra. Soraya Maria de Medeiros, por toda sua paciência e competência em me orientar.

À Profª. Dra. Milva Maria Figueiredo De Martino.

Ao Prof. Dr. Jonas Sami de Albuquerque de Oliveira.

À Profª. Dra. Lenilde Duarte de Sá.

À Profª. Dra. Bertha Cruz Enders, por participar da orientação e da qualificação do projeto que deixou dicas valiosas no rumo deste trabalho.

Ao Estatístico Thiago Rodrigues, pelo auxilio na difícil tarefa da análise dos dados.

Aos professores e colegas do mestrado, pelas experiências compartilhadas e conhecimentos adquiridos, em especial às minhas queridas amigas, Gleyce, Giovanna, Kézia e Paulinha, pois sem a amizade e o conhecimento de vocês não teria dado certo.

Aos colegas de pesquisa, pela imensa ajuda, meu muito obrigada, a vitória é nossa, Marilia, Marcela, Raphael, Marcely e Ana Elisa.

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiavam nesse grande projeto que é o Mestrado, fica meu agradecimento aos da Atenção Primária, a qual trabalho, e Atenção Secundária, pela ajuda nas trocas de plantões e compreensão na flexibilidade dos horários de trabalho.

À secretária de Pós-Graduação, Luciana, por toda ajuda e esclarecimentos.

Aos Enfermeiros que participaram da pesquisa, por representarem o objetivo maior deste trabalho. Às Instituições que me acolheram tão bem enquanto pesquisadora por ter permitido a realização desta pesquisa.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Minha eterna gratidão e carinho!

RESUMO

A capacidade para o trabalho é o princípio do bem-estar laboral, podendo ser entendido como a capacidade física e mental, apresentada pelo profissional para execução de suas atividades no trabalho. Com o objetivo de analisar a capacidade para o trabalho em uma população de enfermeiros da Atenção Primária em Saúde, foi realizado um estudo transversal com 190 enfermeiros do estado do Rio Grande do Norte no Nordeste do Brasil. A análise das variáveis foi realizada através da estatística descritiva por meio de médias, desvios-padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas. Os enfermeiros apresentaram capacidade para trabalho baixa com escore de (1,58%), moderada (32,11%), boa (44,21%) e ótima (22,10%). Com média abaixo de 43 pontos, foi o que 75% dos enfermeiros apresentaram para a capacidade para trabalho. Dos entrevistados, 33,69% apresentaram baixa a moderada capacidade para o trabalho. De acordo com as recomendações do Instituto Finlandês de saúde Ocupacional- FIOH, para os trabalhadores que apresentarem esses escores, devem ser implementadas medidas cujo objetivo seja restaurar a capacidade para o trabalho que se encontre baixa, melhorar a capacidade para o trabalho moderada, apoiar a capacidade para o trabalho e manter a capacidade para o trabalho ótima. Portanto, recomenda-se que o ICT seja aplicado nos demais níveis de atenção à saúde, na perspectiva da realização de um diagnóstico real da situação de todos os trabalhadores do setor saúde, possibilitando a aplicação das referidas medidas tão necessárias à recuperação e à promoção da saúde dos enfermeiros.

Descritores: Avaliação da capacidade de trabalho; Enfermeiros; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The ability to work is the beginning of labor welfare, it can be understood as a physical and mental capacity, exhibited by the professional for the enforcement of his activities at work. With the goal to analyze the proficiency to work into a population of nurses from Health Primary care, a transversal study with 190 nurses from the State of Rio Grande do Norte in Northeast of Brazil was fulfilled. The analysis of the variables was performed through the descriptive statistic by mean, deviation - standard, median, minimum and maximum amounts of the scores of quantitative variables. The nurses show a low capacity with a score of (1,58%), moderate (32,11%), good (44,21%), great (22,10%). With an average under 43 points, was what 75% of the nurses presented to the ability to work. According to the Finnish Institute of Occupational Health - FIOH, for the workers who had presented those scores, must be implemented measures whose objective is restore work capacity where is found low, improve moderate work capacity, support the ability for the good work and maintain the ability to work great. Therefore, it is recommended that ICT be applied to other health care levels with a view to achieving a real diagnosis of the situation of all workers in the health sector, enabling the implementation of these measures quite necessary to recover and promote the health of nurses.

Descriptors: Work capacity evaluation; nurses; Family Health Strategy,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cobertura da estratégia saúde da família do Rio Grande do Norte (RN).....44

Figura 2 – Municípios da 7ª região de saúde do Rio Grande do Norte (RN).....44

Figura 3 – Proporção de cobertura populacional da ESF na 7ª região de saúde entre o ano de 2007 a 2011.....46

Quadro 1 – Detalhamento dos Itens, nº de questões e escore das respostas do ICT.....28

Quadro 2 – Consolidado e somatório dos escore do ICT.....29

Quadro 3 – Caracterização das atribuições específicas do enfermeiro na ESF.....58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos municípios e da área territorial adscrita.....42

Tabela 2 - Distribuição por município da população residente na região metropolitana do estado do Rio Grande do Norte-RN.....45

Tabela 3 – Estimativa da cobertura da ESF na sétima Região de saúde do Rio Grande do Norte.....47

Tabela 4 – Distribuição de enfermeiros por município pesquisado.....53

Tabela 5 – Distribuição dos fatores de exclusão dos participantes.....53

Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária.....54

Tabela 7 – Estatística descritiva dos dados sociodemográficos.....54

Tabela 8 – Perfil social dos enfermeiros.....55

Tabela 9 – Caracterização do enfermeiro quanto à exigência para o trabalho.....57

Tabela 10 – Caracterização dos entrevistados quanto à classificação do ICT.....59

Tabela 11 – Análise estatística descritiva segundo ICT.....63

Tabela 12 – Classificação do ICT versus o perfil do entrevistado.....63

Tabela 13 – Classificação do ICT versus o perfil do entrevistado.....64

Tabela 14 - Classificação do ICT versus o perfil do entrevistado segundo distribuição dos municípios pesquisados.....65

Tabela 15 - Estatística descritiva da avaliação de capacidade para o trabalho atual comparada com o melhor de toda a sua vida e o número de doenças constadas por meio de diagnóstico médico.....66

Tabela 16 - Caracterização do ICT quanto ao tipo de doenças apontada pelos enfermeiros.....66

LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOH - Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

ICT - Índice de Capacidade para o Trabalho

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NOB - Normas Operacionais Básicas

PIASS - Programas de Saúde e Saneamento do Nordeste

PSF - Programa de Saúde da Família

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2. OBJETIVOS 25

2.1 OBJETIVO GERAL 25

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 25

3. CAPACIDADE PARA O TRABALHO 25

3.1 DEFINIÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO 25

3.2 INDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO 27

3.3 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 29

4. MATERIAIS E MÉTODOS 41

4.1 TIPO DE ESTUDO 41

4.2 LOCAL DE ESTUDO 42

4.3 AMOSTRA 47

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS – ETAPAS DA PESQUISA 48

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA 51

4.6 SOFTWARE UTILIZADO 51

4.7 ASPECTOS ÉTICOS 51

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 52

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO 52

5.2 DISCUSSÃO DO INSTRUMENTO 59

6 CONCLUSÃO 67

REFERÊNCIAS 70

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo se coloca na temática de saúde do trabalhador, em particular na saúde do enfermeiro inserido na atenção primária em saúde. Internacionalmente, tem-se apresentado Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse proferido procura resumir as diversas concepções e denominações de propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (MATTA, 2009).

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawnson, em 1920 (OPAS/OMS, 1978).

Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (BRASIL, 2006).

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral (FAUSTO, 2005).

Essa concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade,

que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (BRASIL, 2006).

O uso indiscriminado de tecnologia médica, os elevados custos dos sistemas de saúde e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência.

Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e no controle de suas atividades (OPAS/OMS, 1978).

O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A Declaração de Alma-Ata direciona para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, idealiza a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também indica que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (OPAS/OMS, 1978; BRASIL, 2001; MATTA, 2009).

Da atenção primária proposta em Alma-Ata, até hoje, surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original.

A Declaração de Alma-Ata defendia a definição de APS, aqui entendida como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, com fundamentação científica e social consistentes e aceitáveis. Esses cuidados devem ser colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Faz parte tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OPAS/OMS, 1978).

Correspondem ao nível inicial de contato dos indivíduos, esses cuidados essenciais, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados, o mais aproximadamente possível, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentindo de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000).

No Brasil, algumas experiências de APS foram incipientes desde o início do século XX, como os centros de saúde implantados em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir do ano 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais.

Nos anos 1970, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas

simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população (MATTA, 2009).

Durante a crise do modelo médico previdenciário, nesse período representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos (OPAS/OMS, 1978; MATTA, 2009).

Segundo Mendes (1999), a implantação das AIS significou alguns avanços na área da saúde como o fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Os avanços, por sua vez, também vieram acompanhados de retrocessos, como a prática por parte do INAMPS de adotar uma política de favorecimento à iniciativa privada, principalmente através das alianças firmadas com a área hospitalar privada (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Para Bravo (2006), as AIS pautaram-se na potencialização e priorização dos serviços de APS e, conforme Mendes (2002), propiciaram um terceiro ciclo da expansão da rede de APS no Brasil. No processo de lutas do movimento social denominado de reforma sanitária no Brasil, a discussão sobre a expansão da rede de serviços de saúde no nível primário tinha forte vinculação com a proposta internacional de Atenção Primária à Saúde

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Esses ensaios somados à constituição do SUS (BRASIL, 1988) e sua regulamentação (BRASIL, 1990) possibilitaram a construção de uma política de AB que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário

da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da AB desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular.

Na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, define a AB como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006; MATTA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006).

Atualmente, a principal estratégia de configuração da AB no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

Atualmente, alguns autores (MENDES, 2002 e TAKEDA, 2004), o próprio CONASS e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vem utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, no presente estudo, a nomenclatura escolhida foi a de Atenção Primária em Saúde sempre que se referir à organização dos serviços de saúde nesse nível de complexidade.

A ESF aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país (BRASIL, 2006).

Apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais na realização de seus trabalhos, em especial nas pequenas cidades do interior, a atenção primária tem um grande potencial de fortalecer o vínculo entre gestor e trabalhador, estabelecendo uma relação íntima com os profissionais, diminuindo os fatores estressores aos quais estão submetidos os enfermeiros que atuam nessa assistência (SIQUEIRA, 2013).

Os profissionais de saúde, que lidam na Atenção Primária, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, deparam-se em seu cotidiano com conflitos familiares e sociais, bem como o estresse da violência urbana e das áreas rurais, afetando-lhes diretamente devido a seu trabalho em áreas de periferias e comunidades carentes (SIQUEIRA, 2013).

Somando-se a essa realidade especifica dos serviços de atenção básica de saúde do Brasil, há que se considerar as mudanças no mundo do trabalho como consequente resultado da globalização, que trouxeram, sobretudo a precarização das condições do trabalho. No transcorrer desse cenário, toda a sociedade vem acompanhando nos últimos anos o debate envolvendo a área de saúde do trabalhador.

Acredita-se que essa discussão vem ocorrendo principalmente em razão de diversos fatores como: os elevados índices de doenças e acidentes de trabalho; a falta de garantia de uma assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doença do trabalho; o atraso na implantação das políticas de atenção ao trabalhador. Esse conjunto de fatores leva à ansiedade, tensão e sofrimento, o que potencializa as cargas de estresse (PIRES, 2009; SILVA 2011).

O estresse é termo comum nos dias atuais e no cotidiano dos profissionais de saúde. Relatos por parte dos enfermeiros que se sentem estressados são verbalizados diariamente, respaldando a enfermagem como a quarta mais estressante entre as profissões. Além disso, a ocorrência crescente de afastamentos

do trabalho, por motivo de saúde, tem causado preocupação entre gestores e colegas, face às repercussões que geram no cotidiano laboral (SIQUEIRA, 2013).

Devido às condições de trabalho e à peculiaridade de suas atividades, faz-se necessário que esses profissionais de saúde estejam atentos quanto à sua saúde física e mental, pois disso depende e determina a conduta do trabalhador e a qualidade de seus atendimentos.

Estressores como a falta de estrutura física para o desempenho de atividades, reconhecimento profissional, alta demanda de atendimentos, carga horária elevada, remuneração, trabalho repetitivo, interrupção de suas tarefas antes de elas serem completadas e falta de segurança do trabalho, dentre outros, podem incapacitar esses profissionais de realizarem seus trabalhos de maneira satisfatória. Essa incapacidade interfere na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interferindo na qualidade de vida desses trabalhadores (BRASIL, 2007; SIQUEIRA, 2013).

O enfermeiro possui atribuições nas ações programáticas ligadas as suas várias vertentes profissionais: assistência, coordenação e ensino. Entre as ações que competem aos enfermeiros estão ações educativas, ações clínicas e ações de planejamento e organização (BRASIL, 2007).

O enfermeiro, enquanto Atenção primária, exerce um importante papel na equipe multidisciplinar que atua na comunidade, esta representatividade trouxe a esse profissional um reconhecimento social de extrema importância por este ser um componente essencial na consolidação da Estratégia como uma política integrativa, modificadora do perfil epidemiológico do país e humanizadora da saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Assim, o enfermeiro deve ter como prioridade conhecer a área de trabalho junto às famílias, fazer o perfil epidemiológico da comunidade, treinar recursos humanos voltados para prevenção e restauração da saúde, supervisão da equipe saúde da família e cuidar dos problemas específicos em cada grupo de atenção à saúde (ARAÚJO, 2011).

Esse profissional lida diariamente com conflitos entre a formação acadêmica teórica e a prática, o ideal e a realidade, e esse contexto gera dificuldades em delimitar o real campo de atuação (ROCHA, 2006).

Porém, além das exigências inerentes à saúde integral e à humanização das práticas, os profissionais da ESF também ficam expostos às situações extremas geradas pelas desigualdades sociais, à pobreza das comunidades e às deficiências organizacionais no sistema de saúde. Por isso, acabam desenvolvendo habilidades e incorporando tecnologias para superar os desafios diários (BARBOSA et al., 2012).

A Portaria 648 do Ministério da Saúde referente à Política Nacional da Atenção Básica, traz uma vasta lista de atribuições mínimas dos enfermeiros da ESF. São atribuições de suma importância para a implementação desta estratégia como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O papel do enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família (USF) se desenvolve para apoiar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), assistir às pessoas que necessitam de cuidados, organizar o cotidiano da USF, planejar ações e executar atividades juntamente à comunidade. Além disso, tem como atribuições a execução de ações na assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável (BRASIL, 1997).

Estudos recentes revelam que enfermeiros da ESF, ao exercitarem sua prática, assumem a demanda exigida pela gestão; dessa forma, se apoderam de responsabilidades além do que é preconizado pela estratégia, inclusive realizam funções que deveriam ser divididas entre todos os membros da equipe. Nessa lógica, eles se destacam como gerentes ao realizar atividades administrativas que interferem e melhoram o fluxo do serviço. Por outro lado, sua função na assistência à saúde é sufocada devido às outras atribuições (FREITAS; NUNES, 2010).

Diante da carga de trabalho e atribuições do enfermeiro dentro da Saúde da família, se houvesse o trabalho em equipe, planejando as ações de saúde coletiva, isso facilitaria o trabalho de todos, que obteriam êxito nas atividades; porém, os demais profissionais demonstram pouco interesse em participar e a comunidade não

é orientada quanto a esse espaço de decisão no planejamento das ações (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Assim, Schimith e Lima (2009) complementam que a organização do trabalho dentro das equipes de saúde da família está dividida entre as atividades clínicas prioritárias, realizadas pelo médico, e as práticas coletivas realizadas somente pelo enfermeiro. Esse modelo biologicista, fragmentado, centrado na doença, no indivíduo e no atendimento médico, se distancia do modelo de saúde integral e muda tudo o que foi preconizado na Estratégia Saúde da Família.

Nesta perspectiva, muitas vezes há reconhecimento por parte do enfermeiro de que ele tem uma maior aproximação com o usuário e a comunidade, assistindo aos usuários dentro do contexto histórico, socioeconômico e social. Porém, muitos enfermeiros ainda atendem as demandas que chegam às unidades e também se distanciam da comunidade (FREITAS; NUNES, 2010).

Ao trazer a discussão para a precarização do trabalho da enfermagem e aos riscos inerentes ao exercício da profissão, observa-se que esta é uma das categorias ocupacionais que atua em um ambiente penoso e insalubre que não oferece condições favoráveis para sua saúde e satisfação pessoal. A precarização do trabalho está relacionada ao uso excessivo de força física e mental, vínculo empregatício frágil e em alguns lugares a má remuneração, fatores determinantes para doenças ocupacionais (MAURO; GUIMARÃES; MAURO, 2010).

Alguns enfermeiros submetem-se a trabalhar em condições sub-humanas com falta de recursos materiais e poucos recursos humanos para desenvolver o trabalho, sobrecarga de responsabilidades, situação de conflitos interpessoais e outras condições que os coloca em situações de risco, vulnerabilidade e incapacidades (GIRONDI, 2010).

Segundo Ritter; Stumm; Kircher, 2009, o excesso de trabalho talvez seja a indicação mais precisa do desequilíbrio entre o trabalhador e o ambiente no qual trabalha. Associado ao ritmo do trabalho intenso, esse excesso de trabalho interfere na qualidade da assistência, nas relações com colegas e contribui para o desgaste físico e emocional do trabalhador.

Acredita-se que tal realidade venha contribuir de maneira significativa com a situação atual de saúde/doença dos enfermeiros observada na rotina diária deles e dos serviços, caracterizada entre outros problemas, pelo absenteísmo e pelo

número crescente da força de trabalho com capacidade para o trabalho comprometida, seja pela idade (capacidade funcional), ou por doenças: crônicas, adquiridas no trabalho, relacionadas ao trabalho, por acidentes em serviço ou outros fatores, como por exemplo, estilo de vida (SILVA, 2009).

Ressalta-se ainda que o mesmo fator de estilo de vida ainda pode se relacionar ao trabalho, considerando-se o excesso de estresse e carga física e psíquica que enfrentam em seu cotidiano de trabalho, insatisfação, desenvolvimento de doenças psicossomáticas e depressão, transtorno de ansiedade e alteração nos hábitos alimentares, como forma de compensação (NEGELISKII, 2011).

Com o intuito de analisar a capacidade de trabalho dos enfermeiros da APS, optou-se por usar o índice de capacidade de trabalho (ICT) que teve origem em pesquisas de saúde ocupacional desenvolvidas na Finlândia e tem como objetivo avaliar a perda da capacidade para o trabalho e propor medidas de intervenção e promoção de saúde para prevenção de mais perdas e manutenção da atual capacidade de trabalho.

O instrumento pode ser aplicado desde o ingresso na força de trabalho para prognosticar, de forma confiável, mudanças na capacidade para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais. A contribuição do ICT em estudo da avaliação da capacidade para o trabalho se concretiza pelo seu valor preditivo para invalidez, saúde/doença e mortalidade (TUOMI, 2005).

A capacidade para o trabalho é o princípio do bem-estar laboral, podendo ser entendido como a capacidade física e mental, apresentada pelo profissional, para execução das tarefas, a partir das exigências do trabalho. Estudo realizado na Finlândia demonstrou que a capacidade para o trabalho não permanece satisfatória por toda vida, sendo que alguns fatores, tais como o ambiente ocupacional e o estilo de vida, influenciam de maneira importante, nos mais variados contextos laborais (TUOMI, 2005).

A avaliação considera as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde do trabalhador e seus recursos físicos e mentais. A definição conceitual do índice é: “quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo, e quão bem capaz ele ou ela podem executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais” (TUOMI, 2005).

No Brasil, os estudos sobre capacidade para o trabalho iniciaram após a tradução e adaptação do questionário ICT para uso no país. Foram feitas algumas alterações no texto do instrumento visando garantir o entendimento das questões e poderia ser auto-aplicativo desde que a escolaridade mínima fosse a quarta série do ensino fundamental. Essa versão brasileira é encontrada em Tuomi et al (2005). Desde a adaptação para uso no Brasil no final do ano de 1990, o questionário vem sendo utilizado em inquéritos populacionais (SIQUEIRA, 2013; SILVA, 2009; NEGELISKII, 2011).

Nesse sentindo, avaliar a capacidade para o trabalho dos enfermeiros inseridos na APS no Rio Grande do Norte justifica-se pela necessidade de investigar os trabalhadores que atuam em serviços de atenção primária em saúde, considerando-se que os estudos existentes reportam-se essencialmente aos profissionais que atuam em hospitais. Portanto, esta dissertação pretende contribuir na análise das condições de capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem de nível superior, considerando-se que os impactos à saúde da população são influenciados pela capacidade para o trabalho desses trabalhadores, justificando-se por um lado, a relevância científica e social da presente pesquisa.

Por outro lado, há que se considerar o que este estudo trará de contribuição ao conhecimento científico na área de saúde e enfermagem, uma vez que não existem muitos estudos sobre Capacidade para Trabalho voltados para os trabalhadores do nível de atenção primária em saúde.

Nesse sentido, destaca-se como tema relevante por tratar-se da Avaliação da Capacidade o Trabalho de Enfermeiros da APS, considerando-se que há estudos apontado o grande desgaste dos trabalhadores no cenário da APS ocasionado por situações tais como sobrecarga de trabalho e prolongamento da jornada de trabalho, precarização do vínculo de trabalho, baixos níveis de remuneração, violência, assédio moral, dentre outros fatores.

Considerando a complexidade das questões discutidas, na perspectiva de aproximação quanto à capacidade para o trabalho dos enfermeiros inseridos em serviços de Atenção Primária em Saúde, há que se indagar: Qual a capacidade para o trabalho dos enfermeiros que trabalham na Atenção Primária Saúde?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a capacidade para o trabalho de enfermeiros que atuam em serviços de atenção primária em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Investigar a capacidade para o trabalho dos enfermeiros a partir da utilização do Índice de Capacidade para Trabalho (ICT).
2.2.2 Classificar, de acordo com resultado do ICT, a capacidade para o trabalho dos enfermeiros citados, a partir da visão deles próprios.
2.2.3 Relacionar os índices de capacidade para o trabalho dos enfermeiros com o seu processo de trabalho.

3. CAPACIDADE PARA O TRABALHO

3.1 DEFINIÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional - FIOH - enfatiza, a partir dos seus estudos, o conceito de capacidade para o trabalho, que esta é a condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas e sociais do trabalho, gerenciamento e comunidade do trabalho, cultura organizacional e ambiente de trabalho (ILMARINE, 2001; TUOMI, 2005). Se expressa nesse conceito como sendo com “quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) presente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho e função das exigências de seu estado de saúde e capacidade física e mentais” (FISCHER 2005, p.9).

A capacidade para o trabalho refere-se à capacidade que o trabalhador possui para realizar suas tarefas inerentes ao seu trabalho, em função das exigências do trabalho, de suas capacidades físicas e mentais e de seu estado de

saúde, sendo entendida, portanto, como uma medida de envelhecimento funcional (BELLUSCI et al, 2008; ILMARINEN, 2001).

Considera-se que a capacidade para o trabalho é a base do bem-estar do indivíduo, porém não permanecerá satisfatória a menos que nos cuidemos. Sendo afetadas por diversos fatores, podendo influenciá-la até mesmo por meio de nossa própria atividade, estilo de vida e ambiente de trabalho (TUOMI, 1997).

Considerada como um processo dinâmico, entre recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, a capacidade para o trabalho, tem como principal determinante a saúde, entre os diversos fatores que a influenciam, como aspectos sócio-demográficos, estilo de vida, exigências do trabalho e processo de envelhecimento (TUOMI, 1997; ILMARINEN et al, 2001).

Visto que a capacidade para o trabalho não é uma medida exclusivamente objetiva, sua avaliação deve ser baseada em dados obtidos de várias e diferentes fontes, pois o conceito do trabalhador em relação a sua capacidade para o trabalho é tão importante quanto a avaliação clínica especializada. Dessa forma, a metodologia do ICT retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho e, segundo amplos estudos de acompanhamento do Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, têm prognostico, com confiabilidade, alterações na capacidade para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais (TUOMI, 1997).

Percebe-se que todos os estudos utilizando-se o ICT para a avaliação da capacidade para o trabalho auxilia na priorização e na identificação de trabalhadores que necessitam ou necessitarão num breve período de tempo do apoio dos serviços de saúde ocupacional, garantindo, assim, uma atenção precoce que aperfeiçoará as condições estabelecidas para prevenir uma diminuição prematura na capacidade para o trabalho (TUOMI, 2005).

Sugerem ainda que a metodologia do ICT pode ser empregada no acompanhamento individual dos trabalhadores, bem como em grupos ou setores de funcionários no sentido de fundamentar, orientar e acompanhar os resultados de medidas intervencionistas e avaliações adicionais que se fizerem necessárias dos trabalhadores e do ambiente de trabalho (TUOMI, 2005; MARTINEZ, 2006).

O ICT é determinado com base nas respostas dos trabalhadores a questões sobre as demandas do trabalho, estado de saúde e capacidades físicas, mentais e sociais, sendo, para isto, considerado uma avaliação subjetiva da percepção do

trabalhador sobre sua condição e documentações prévias de doenças diagnosticadas por médicos ou licenças obtidas por motivo de doença (SILVA, 2009).

Esta metodologia é de fácil acesso e pode ser utilizada por serviços de saúde ocupacional aperfeiçoando as técnicas de investigação e promoção de melhorias tanto no ambiente de trabalho, como na saúde do trabalhador. O questionário do ICT é composto por 7 itens cuja somatória dos pontos atribuídos a cada um deles define o escore total do índice. Os itens possuem pontuações mínimas e máximas e a equivalência de seus valores são ponderadas conforme as características específicas da atividade realizada no trabalho (MARTINEZ, 2006).

3.2 INDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Um grupo de pesquisadores de um Instituto de saúde ocupacional da Finlândia (*Finnish Institute of Occupational Health)* desenvolveu uma metodologia conhecida como Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) que foi difundido e atualmente é utilizado por serviços de atenção à saúde de trabalhadores em vários países do mundo sendo considerado um bom indicativo de avaliação e acompanhamento de questões voltadas à saúde no trabalho (TUOMI et al, 1997).

O ICT pode ser definido como:

> O quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) presente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho e função das exigências de seu estado de saúde e capacidade física e mentais. Esta metodologia auxilia no desenvolvimento de medidas para intervir, promover e manter a saúde prevenindo perdas da capacidade para o trabalho e desempenho profissionais (TUOMI et al, 2005, p. 9).

A coleta de dados foi realizada através de dois instrumentos, sendo um questionário com perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos e laborais elaborado pela pesquisadora proponente e um questionário que corresponde ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), proposto pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia. Trata-se de um instrumento de auto-avaliação, de fácil aplicação (Anexo A).

O ICT é composto por sete itens, cada um compreendendo uma, duas ou três questões e a cada resposta é creditado um número de pontos (escore), como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Detalhamento dos Itens, nº de questões e escore das respostas do ICT.

ITENS ABRANGIDOS	Nº DE QUESTÕES	ESCORE DAS RESPOSTAS DO ICT
1.Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos, valor assinalado no questionário.
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho
3.Número atual de doenças diagnosticadas por médico	1 (lista de doenças)	Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos
4.Perda estimada para o trabalho devido às doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)
5.Faltas ao trabalho por doenças no último ano	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário
6.Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos	1	1-4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)
7. Recursos mentais	3	Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Fonte: Adaptado de Tuomi et al (1997).

A quantidade de pontos alcançada em cada questão é somada, resultando em um escore final. O escore final pode variar de 7 a 49, classificados como mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Consolidado e somatório dos escore do ICT.

ESCORE DO ICT	PONTOS
Baixa Capacidade para o Trabalho	7-27
Moderada Capacidade para o Trabalho	28-36
Boa Capacidade para o Trabalho	37-43
Ótima Capacidade para o Trabalho	44-49

Fonte: Adaptado de Tuomi et al. (1997)

3.3 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O trabalho pode ser caracterizado como esse processo de transformações que acontece porque o homem apresenta necessidades que precisam ser satisfeitas, como por exemplo, necessidades de saúde. Outra característica central do trabalho é a intencionalidade, ou seja, o trabalho depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Esse processo de trabalho é o modo como o ser humano produz e reproduz a sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva a sua subjetividade. As concepções históricas, materialistas e dialéticas procuram demonstrar que cada geração que transmite uma massa de força produtiva, de capitais e de circunstâncias que é, por um lado, muito transformado pela nova geração, porém por outro, acaba por ditar suas condições de existência e imprime um desenvolvimento específico, um caráter determinado. Consequentemente, as circunstâncias constroem os homens, da mesma forma que os homens constroem as circunstâncias (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Sobre essa questão, Franco e Merhy (2006) expõem que o trabalho em saúde não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional por ser produzido por sujeitos que se apropriam e organizam seus processos de trabalho, na finalidade da construção do cuidado.

Sendo assim, ao mesmo tempo em que trabalham, produzem o mundo onde estão inseridos por meio dos processos de subjetivação, que os afetam, tornando-os

reconhecedores como integrantes e resultados das experiências do cotidiano, juntamente com as vivências experimentadas anteriormente nos microespaços de trabalho na saúde. Dessa forma, espaços peculiares, fundados numa intensa relação interpessoal, dependem do estabelecimento do vínculo entre os envolvidos e pela eficiência do ato.

No processo de trabalho em saúde existe a construção de critérios para uma nova percepção da assistência formatada num conjunto dos atos. O trabalho em saúde produz um formato do cuidar, de distintos modos com atividades individuais e coletivas, com abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, agregando saberes e ações implicadas com o desenvolvimento dos atos cuidadores e que conformam os modelos de atenção à saúde (CAMPOS, 2000).

Parte-se da apreensão da discussão do processo de trabalho, com ênfase no campo da micropolítica de organização dos processos de trabalho, como ação orientada para uma finalidade, seu objeto e seus instrumentos. Mendes Gonçalves (1994) construiu um consolidado raciocínio lógico e dialético para compreender as atividades em saúde, discutindo e redefinindo a compreensão da tecnologia no setor saúde. Tecnologias, para esse autor, expressam relações que não se ligam somente à eficácia útil dos instrumentos, mas dizem respeito às relações sociais que os homens estabelecem e modificam na sua relação com a natureza e a história.

Refletir sobre o modelo de se trabalhar em saúde, a sua configuração tecnológica e as características dos trabalhadores, como atores sociais implicados com os processos produtivos, que buscam a produção do cuidado próximo aos usuários, são movimentos reflexivos fundamentais para se compreender a conformação histórica e social do campo da saúde enquanto lugar de práticas, e sua estruturação, enquanto serviço. Torna-se possível, pois o ato cuidador é em si um encontro intercessor entre o trabalhador de saúde e o usuário, no qual existe um jogo relacional entre o mundo das necessidades e direitos com o do agir tecnológico (MERHY, 2004).

Compreendido como um dos elementos chaves do processo de trabalho em saúde, os profissionais dessa área específica precisam ser entendidos no interior das relações recíprocas entre o objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. O modelo de atenção está intimamente relacionado à compreensão do processo de trabalho em saúde,

recortado da realidade dos profissionais que o compõe. Reconhecer quais os resultados que efetivamente são alcançados no cotidiano desses trabalhadores possibilitam a crítica e a retomada de decisões (MENDES-GONÇAVES, 1992).

A Atenção Básica no Brasil, influenciada pela cultura institucional do modelo tradicional e ainda hegemônico, centraliza-se em um processo de trabalho em que a prática de atenção está focada no atendimento de doenças, portanto centrada na queixa-conduta, caracterizada por uma visão positivista linear e mecanicista, recorrendo exclusivamente ao saber biológico e a intervenções técnicas e medicalizantes. Destaca-se um modo e uma forma de se construir saúde a partir de um longo período histórico, que possui sua formação no conjunto de dicotomias que permeia a instituição de saúde corroborada pela lógica do mercado, o qual por sua natureza almeja o lucro, em detrimento às necessidades de saúde da população como algo inserido num plano secundário (FERRI et al., 2007).

Após aproximadamente vinte anos de luta política, a Reforma Sanitária Brasileira ideológica e social abre espaço para um novo olhar na saúde. A saúde, até então vinculada ao setor previdenciário ou privado, orienta-se em uma nova ótica na Constituição Federal de 1988. A saúde passou a ser vista de maneira mais abrangente, deixando de ser entendida como a ausência de doenças. Ampliando seu conceito para o bem-estar físico, mental e social, incorporou, também, a concepção de direito básico de cidadania. Por fim, a nova constituição promulgou os princípios e as diretrizes de um novo sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

No ano de 1990, foi aprovada a Lei Orgânica 8080 que constituiu esse sistema, o SUS. A partir daí, o seu processo de implantação foi orientado por meio de instrumentos chamados Normas Operacionais Básicas (NOB) (BRASIL, 2007).

A proposta do SUS vem para direcionar o fluxo dos usuários aos serviços, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada no sistema. Sistema este que se caracterizava por uma oferta limitada de serviços e um acesso restrito dos usuários. Tem-se a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2010). Os fundamentais princípios da AB são a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, do vínculo e

continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2010).

Criou-se então em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como alternativa concreta das propostas trazidas pela organização da atenção básica no país. O Programa Saúde da Família foi definido como uma estratégia substitutiva do modelo assistencial, médico-centrado, tendo a família e o indivíduo como foco da assistência, e não mais a doença. O programa tem como objetivo priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. A estratégia reafirma os princípios básicos trazidos pelo SUS (PASSOS, 2011).

Segundo (FRANCO; MERHY, 1999), o PSF opera de uma maneira bastante prescritiva, utilizando-se de objetivos, metas e passos definidos, estabelecidos e formulados por normatizações a nível central. Ele funciona por meio de equipes de saúde da família compostas por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A delimitação do território é uma característica importante na estratégia, possibilitando o diagnóstico da realidade, planejamento das ações, organização coerente do trabalho, que auxiliarão nos processos decisórios compatíveis com a realidade da população adscrita (BRASIL, 2010; PASSOS, 2011).

Por conseguinte, o programa possui uma importância estratégica na mudança do modelo assistencial da Atenção Básica, uma vez que é a porta de entrada do cidadão no serviço e o nível de atenção mais próximo dos usuários. No entanto, o processo de reorganização dos serviços de saúde acontece articulado aos demais setores sociais, políticos e econômicos para possibilitar que seu funcionamento torne-se efetivo e seja capaz de ampliar a qualidade da atenção prestada ao usuário (PASSOS, 2011).

Destacando-se que a Atenção Básica está atrelada fortemente ao setor político e muito fragilmente ao setor econômico, isso faz com que suas bases permaneçam instáveis e fragilizadas. Portanto, seu progresso parece ser barrado a todo momento. Percebe-se assim, que se trata de um sistema utilizado para conformação de políticas sociais. No entanto, o seu setor econômico se consolidou através de uma crise do setor previdenciário, fazendo com que o financiamento da

Atenção Básica venha alocado com os interesses macro, do Estado, e não das reais necessidades da população nacional (CAMPOS, 2007; PAIM, 2007; PASSOS, 2011).

Essa relação entre o processo de trabalho e necessidades implica circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços. Assim, pode-se pensar que o modo como as ESF se organizam e distribuem as atividades relativas às Ações Programáticas de Saúde influenciam o consumo desses serviços pelos usuários.

No contexto atual, na Estratégia Saúde da Família, um dos elementos de destaque são as sugestivas mudanças na organização do trabalho trazidas por essa estratégia. A estratégia propõe o rompimento do modelo tradicional de assistência que, ainda hoje, mais de dez anos após a criação do programa, não pode ser alcançado completamente.

Dessa forma, podem-se observar no cenário brasileiro de saúde, processos de reestruturação produtiva, a exemplo da ESF, que em muitas situações, proporcionaram modificações na forma de produção, sem, no entanto transformar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. Alguns fatores como a formação da equipe, a transferência do trabalho para o território e incentivo ao trabalho de vigilância à saúde viabilizam um pensamento de que realmente há transformações do modo de construir saúde; porém, sob a ótica da micropolítica de organização do trabalho apresenta, em específico nas atividades da clínica, um núcleo do cuidado que permanece operando somente na produção de procedimentos (FRANCO; MERHY, 2006).

A enfermagem, como profissão integrante do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família - ESF - tem um papel fundamental em contribuir para a inserção de novas tecnologias e novos saberes no processo de trabalho dessas equipes. O trabalho será entendido, neste estudo, como um fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais. Essas relações constituem um jogo político com disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida (PIRES, 1998).

Observa-se, na atual conjuntura, que a adoção da estratégia Saúde da Família, por si só, não tem conseguido superar essas dificuldades, dada a pluralidade das formas de operacionalização, vigorando ações de saúde pontuais e

isoladas, mantendo o modelo expressivamente assistencialista (CANABRAVA et al., 2007; BRASIL, 2010). Então, uma das propostas trazidas pelos autores é que se inclua, na agenda da Reforma Sanitária, a dimensão econômica e política da estratégia.

É oportuno que não se coloque o peso total da mudança na Atenção Básica ou no Programa Saúde da Família. Em outras palavras, a Atenção Primária à Saúde precisaria ter autonomia e forças suficientes para influenciar o mercado de bens e, dessa maneira, correlacionar seu poder econômico, os interesses públicos e privados - inclusive no capitalismo - ao seu poder político, essencial para formulação e pactuação de políticas sociais e de saúde. Para tanto, as mudanças tão esperadas vão além do que a Atenção Básica pode alcançar. Elas caminharão a partir do momento em que a sociedade civil se estruturar no sentido do bem comum e tiver incorporado, em seus princípios, o conceito da cidadania (GOTTEMS E PIRES 1998).

Franco e Merhy (1999) e Soares (2000), em seus estudos evidenciais, trazem algumas outras limitações do PSF na mudança do modelo assistencial. Apenas a mudança estrutural nos serviços de saúde, sem que se altere o modo de operar os processos de trabalho, não se mostra suficiente para transformar a dinâmica de trabalho médico-centrado em trabalho multiprofissional (FRANCO; MERHY, 1999).

A demanda espontânea, que continua sendo um dos maiores motivos de procura dos serviços, não encontra um esquema organizado de atendimento. A população se vê, assim, obrigada a recorrer às UPA (FRANCO; MERHY, 1999; PIRES; GOTTEMS, 2009). O programa não conta com uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada bem estabelecida, o que dificulta o processo de cuidado. Ele possui ainda fragilidades nos investimentos financeiros, já que o programa foi imposto aos municípios que foram obrigados a adquirir um “pacote básico” (SOARES, 2000).

Além disso, os profissionais estão expostos a condições de trabalho insuficientes como infraestrutura inadequada, recursos materiais e humanos escassos, entre outros (COSTA, 2008; PASSOS, 2011).

Ainda que alguns estudos venham a indicar o PSF como detentor de um potencial para mudanças; porém, também deixam claras as suas limitações.

Sousa (2000) mostrou que a maior parte da população está satisfeita com o

atendimento das ESF. A resolutividade da rede aumentou e houve redução nas internações hospitalares desnecessárias.

Segundo FARIAS (2010), até o ano de 1980, os modelos assistenciais eram entendidos como forma de organização dos serviços de saúde relacionada ao conteúdo do sistema, ou seja, às ações. Eles se distinguem do modelo organizacional-gerência que, por sua vez, está relacionado com o contingente do sistema, com a sua estrutura. Na medida em que se difundiu o princípio da integralidade como solução dos problemas de saúde, seria difícil pensar em ações integrais sem repensar o processo de trabalho em que estão envolvidas essas atividades. Portanto, a teoria do processo de trabalho passa a parear os modelos de atenção. Enquanto o processo de trabalho organiza os meios de trabalho (instrumentos), os modelos assistenciais orientam as ações (saberes).

Com isso, o Modelo de Atenção à Saúde passa a ser definido como “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas” (FARIAS, 2010; PASSOS, 2011).

Assim, o trabalho é um processo dinâmico, histórico e de construção inconstante que envolve a participação de elementos, os quais compõem o processo como um todo. Os elementos são: o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a finalidade do trabalho e os agentes. O objeto de trabalho é tudo aquilo que será transformado pela ação do trabalho. Ele deve ser reconhecido baseado no saber. O reconhecimento da carência, da necessidade, de maneira sempre intencional, oportunizará o produto ou o resultado esperado como resposta. Os instrumentos permitirão a possibilidade de intervenção sobre o objeto, orientando a ação. A finalidade refere-se ao objetivo e à direção das atividades que envolvem o processo (PASSOS, 2011).

Trazendo essa discussão para o setor da saúde, Pires (1989) apresenta, de forma bem simplificada, o conceito de processo de trabalho aplicado a esses serviços.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas

que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde, e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 2008).

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) acrescenta ainda que o agente, sujeito do processo, constitui um dos seus elementos, devendo ser analisado e compreendido no interior das relações entre objeto, instrumentos e atividades. Pensando ainda sob a ótica da saúde, o trabalho foi construído majoritariamente dentro da instituição hospitalar ou ambulatorial, tendo o médico como elemento central de um trabalho coletivo. Assim, ele detém o controle de todo o processo assistencial e delega tarefas aos outros profissionais de saúde. É interessante notar que a maioria das profissões da saúde se desenvolveu com relativa autonomia em relação aos outros profissionais, mas esteve, quase sempre, subordinada ao gerenciamento assistencial dos médicos.

A enfermagem como parte do processo de trabalho em saúde, se caracteriza como profissão somente a partir de 1890, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Ela se organiza sob a ótica capitalista de produção e, internamente, caracteriza-se pela divisão do trabalho. A sua institucionalização vem acompanhada de outros dois aspectos marcantes, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI, 2002). “A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada” (PIRES, 1989). No Brasil, os precursores da enfermagem foram religiosos que se dedicavam ao trabalho nas Santas Casas, enfermarias dos jesuítas e outras ordens religiosas. Em 1890, surge, no país, a primeira escola de formação de enfermeiros e enfermeiras, Escola Alfredo Pinto, organizada e controlada por médicos. Somente em 1923, com a criação da Escola Ana Neri, a enfermagem passa a ser uma profissão independente (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

À sua principal característica, a teoria do trabalho social, atribui-se a origem dos agentes da enfermagem e as várias modalidades de trabalho auxiliar. Então, subdividiu-se o cuidado em direto e indireto, tornando-o fragmentado. Dessa forma, o pessoal auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem) fica responsável pela maioria das atividades de assistência – cuidado direto. Ao enfermeiro são conferidas as atividades de ensino, supervisão e administração – cuidado indireto (FARIAS, 2010; PASSOS 2011).

Segundo Felli e Peduzzi (2005), a enfermagem é entendida como prática social, articulada a outras práticas, e é efetivada, na sociedade, por meio do trabalho. O trabalho integra o setor da prestação de serviços à saúde, é coletivo e é consumido no ato de sua produção (MERHY, 1997). Porém, percebem-se traços da constituição histórica da enfermagem caracterizando o processo de trabalho do enfermeiro.

De acordo com Hausmann e Peduzzi (2009), a enfermagem era responsável por assegurar o bom funcionamento da instituição hospitalar e da ordem médica e, também, por prestar cuidados contínuos aos pacientes 24 horas por dia, o que conferia à profissão uma prática assistencial e de coordenação da assistência.

Hoje, o trabalho do enfermeiro possui uma dupla dimensão, o cuidado/assistência e a gerência/supervisão, podendo ser incluída até uma terceira dimensão, o ensinar/ educar, dimensões essas que se complementam. Seu trabalho se caracteriza também pela sua abrangência, podendo atingir a área da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (MISHIMA et al., 1997; PEDUZZI, 2000; FELLI; PEDUZZI, 2005).

No entanto, o profissional da enfermagem sofre algumas outras influências no seu processo de trabalho, além daquelas citadas por Hausmann e Peduzzi (2009). O fato de o trabalho do enfermeiro ter sido inicialmente construído em um ambiente em que o poder médico era superior ao de qualquer outra profissão pode ter influenciado no processo de construção da autonomia daquele profissional. O trabalho do enfermeiro talvez tenha sido construído com as mínimas possibilidades de governar a si próprio, de reger suas próprias leis. O profissional autônomo precisa ter liberdade de pensamento, agir de acordo com os seus próprios conhecimentos, sem interferência de forças internas ou externas (FORTES, 1998).

O processo de trabalho em saúde, segundo a concepção de Mendes-Gonçalves (1994), considera objeto de trabalho como um recorte da realidade com finalidades específicas que variam de acordo com o olhar. São considerados instrumentos de trabalho em enfermagem e em saúde tanto os aparatos materiais, quanto os intelectuais.

Podemos, então, entender o processo de trabalho como o modo de organização dos serviços para atender as necessidades de saúde dos usuários, ou

ainda como a configuração e o reconhecimento de novas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992; LIMA; ALMEIDA, 1999).

Segundo Pires (1998), vários fatores explicam porque o modelo assistencial médico-centrado se mantém. Dentre os fatores, a autora aponta a história da organização das profissões em saúde.

A profissão de enfermeiro, com a expansão do PSF, atua na linha de frente das UBS, em nível gerencial ou assistencial. Por outro lado, percebe-se uma correlação de forças pouco favorável às práticas diferenciadas que o profissional pode desenvolver devido a fatores ligados à historicidade da profissão. No entanto, o impacto da reorganização das UBS, onde o PSF foi implantado, é possivelmente maior para os profissionais não médicos que participam da assistência, como é o caso do enfermeiro (PASSOS, 2011).

A Equipe multiprofissional é aqui entendida como aquela em que são evidenciadas relações recíprocas e interações entre agentes de diferentes áreas profissionais, mediadas pela comunicação, objetivando a articulação das ações e a cooperação. Tal equipe passa a ser o foco principal de prestador de assistência de qualidade para o usuário do serviço (PASSOS, 2011).

De acordo com os objetivos da estratégia, o enfermeiro, realizando suas atividades dessa maneira e considerando também a legislação que regulamenta sua profissão, deverá ter maior autonomia na função que exerce. No entanto, o papel do enfermeiro no programa é muito amplo, abrindo um leque de possibilidades para organizar seu trabalho de diversas maneiras, podendo, assim, atender a questões de um novo modelo proposto, bem como a diretrizes propostas pela estratégia em questão: Saúde da Família (FARIAS, 2010).

A base da construção da autonomia do enfermeiro está justamente na maneira através da qual ele se comporta frente ao seu objeto de trabalho e seus instrumentos, fazendo, a partir disso, uma prática social reconhecida pela comunidade, capaz de proporcionar um aumento da procura pelos serviços do enfermeiro.

Dentro das ações programáticas, o enfermeiro tem uma contribuição singular pela sua compreensão do ser humano além dos aspectos biológicos, pelo seu entendimento da influência dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde e da doença, pela sua capacidade de prática amalgamadora, coordenando e

gerenciando o processo de trabalho da equipe de saúde dentro da unidade, por seu comportamento generoso com a clientela, demonstrando preocupação com o acesso da mesma aos serviços de saúde e pela disponibilidade de uma relação didático-pedagógica-dialogal com a comunidade, pode se constituir em elemento fundamental a uma prática multiprofissional transdisciplinar, no contexto das ações da programação em saúde (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

O trabalho do enfermeiro como parte do processo de trabalho em saúde, possui o ser humano como centro de suas ações e este sujeito é um ser de relações, inserido em contexto social e, por isso, o trabalho do enfermeiro é compreendido como prática social e, portanto, articulado a outras práticas, como saúde, educação, produção de medicamentos e equipamentos, sendo efetivado na sociedade por meio do trabalho (FELLI; PEDUZZI, 2010).

A respeito do processo de trabalho do enfermeiro, é preciso compreender que ele se realiza como atividade que se constitui no interior do trabalho em saúde, produzindo-se na sua relação com os outros profissionais dessa área. Nessa articulação é reconhecida a sua complementaridade com os outros trabalhos e não a sua sujeição (PASSOS, 2010).

Conforme evidenciado, o processo de trabalho do enfermeiro é parte integrante do processo de trabalho em saúde, tanto no modelo de saúde individual como no de saúde coletiva, os quais são compreendidos desta forma, como partes de um mesmo trabalho. Sendo assim, é possível identificar seus momentos, caracterizar seus objetos de trabalho, como também instrumentos, finalidade, tecnologias e agentes, ou seja, é possível olhar para as práticas do enfermeiro em relação entre e com os trabalhadores da saúde. É a partir da apreensão de como esta relação ocorre, que se reconhece a sua complementaridade com o trabalho dos outros no espaço institucional e social desta prática (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Tradicionalmente, a enfermagem executa suas atividades predominantemente na área hospitalar que oferta mais serviços. Entretanto, a partir dos anos oitenta, especialmente com o debate instituído na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, iniciaram mais oportunidades para o trabalho do enfermeiro no âmbito local, junto com os usuários e dentro das comunidades. Posteriormente, quando estabelecido a ESF, foi incentivado e motivado ainda mais as atividades do enfermeiro na Atenção Básica (ABRANCHES, 2005).

A ESF torna-se, portanto, o pilar da atenção primária, constrói uma rede oficial que detém autoridade e responsabilidade legais para planejar as ações junto à comunidade, partindo do reconhecimento e estudo das problemáticas locais de saúde. Atua em determinada área, enfatiza as atividades de proteção e promoção da saúde dos atores sociais, busca utilizar técnicas preventivas e curativas com tecnologias adequadas. Apresenta caráter dinâmico, desenvolvendo atividades em parceria com a comunidade e a equipe multiprofissional. Neste contexto, o enfermeiro assume papel fundamental no processo de trabalho na construção das atividades da ESF (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Observa-se, ainda, que o enfermeiro apresenta importante contribuição na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, bem como na ESF, quando apresenta, por exemplo, sua adequada participação em questões políticas, de ensino e pesquisa, dimensões consideradas como importantes elementos do processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica (SILVA et al., 2006).

Outra questão bastante pontuada em relação ao processo de trabalho do enfermeiro é a de que este profissional vem assumindo cargos de gestão das Unidades Básicas de Saúde, atendendo ao intenso processo de mudanças sofrido frente à reforma do setor saúde, principalmente relacionada à reorganização do modelo de assistência, uma vez que estas unidades também vêm sendo convocadas a participarem deste processo de mudanças (FARIA, 2010).

Quando se observa o papel do enfermeiro na ESF, este se contrapõe com a indefinição em outros cenários de trabalho, marcado pelas diferentes atividades, a indefinição dos papeis, o desprestígio social e a falta de autonomia. Essa estratégia incentiva uma maior integração dos profissionais, principalmente no trabalho em equipe, para que estes possam ser gerenciados mais adequadamente. Também o aceite da corresponsabilidade na estratégia tem representado uma maior valorização do enfermeiro (PASSOS, 2011).

Sendo assim, o processo de trabalho desse profissional deve ser discutido e aprofundado no cenário da Atenção Básica, possibilitando mais visibilidade social, valorização e mudanças nas práticas de trabalho, pois assim como a ESF permanece fortemente influenciada pelo modelo tradicional da assistência, com práticas biologicista, reducionistas, fragmentadas e com ênfase no uso de

tecnologias duras, as ações do enfermeiro refletem também essas mesmas particularidades (PASSOS, 2011).

Destaca-se nessa estratégia que o trabalho vivo sofre processos de captura pela normatividade de funcionamento desse serviço, impondo fortes amarras ao trabalho, impedindo o estabelecimento de relações positivas entre os profissionais e os usuários. Assim, o trabalho vivo perde toda a sua potência resolutiva (FRANCO, 2003) e como as ações dos enfermeiros estão inseridas nesse ambiente, acabam por sofrer as mesmas influências.

Portanto, o processo de trabalho do enfermeiro na ESF caracteriza-se por apresentar ambivalências, mas que demonstra tentativas de ruptura e superação da dicotomia entre o modelo tradicional e o modelo mais contemporâneo, buscando ações democráticas, priorização de tecnologias de relacionamento, valorização do trabalho interdisciplinar em equipe e a ênfase no cuidado ampliado (RODRIGUES, 2008).

É dessa forma que o processo de trabalho do enfermeiro deve se construir, almejando alcançar transformações reais nos diversos cenários sociais em que a ESF está inserida. Somente com essas mudanças de paradigmas, atitudes mais críticas e reflexivas, será alcançado um espaço de trabalho mais justo e coerente.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata de um estudo transversal, descritivo com apresentação e análise estatística dos dados. Segundo Rouquayrol (1987), nesse tipo de estudo o pesquisador observa as causas e os efeitos de um fenômeno em um mesmo momento histórico. Seu planejamento e sua execução não têm por objetivo a validação de hipóteses causais. São programados para observação e descrição de eventos epidemiológicos em uma comunidade, para fins de planejamento de seus serviços de saúde. Podem vir a ser úteis no levantamento de problemas epidemiológicos e na formulação de hipóteses causais.

Ainda, segundo Medronho (2002), estudos transversais, são utilizados para investigar uma gama de problemas de saúde pública, com diferentes propósitos, desde administrativos até analíticos. Segundo o mesmo autor, comumente seu uso está ligado à necessidade de conhecer como uma ou mais características, individual ou coletiva, se distribuem em uma determinada população, também chamadas de variáveis. A distribuição de um evento em uma população é uma das fontes imprescindíveis para o planejamento e a administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo quanto individual.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O cenário da pesquisa foi representado pelas Unidades de Saúde da Família (USF) de seis municípios do estado do Rio Grande do Norte. Atualmente a maioria desses municípios faz parte da sétima região de saúde do estado, tendo em vista que existem unidades com mais de uma equipe inserida, totalizaram-se o quantitativo de 190 enfermeiros.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios e da área territorial adscrita. Natal, Rio Grande do Norte, 2015.

MUNICÍPIOS	ÁREA TERRITORIAL
Nísia Floresta	306 Km²
Natal	167 Km²
Parnamirim	123 Km²
São Gonçalo do Amarante	248, Km²
Macaíba	510,771 Km²
Extremoz	139, 575 Km²

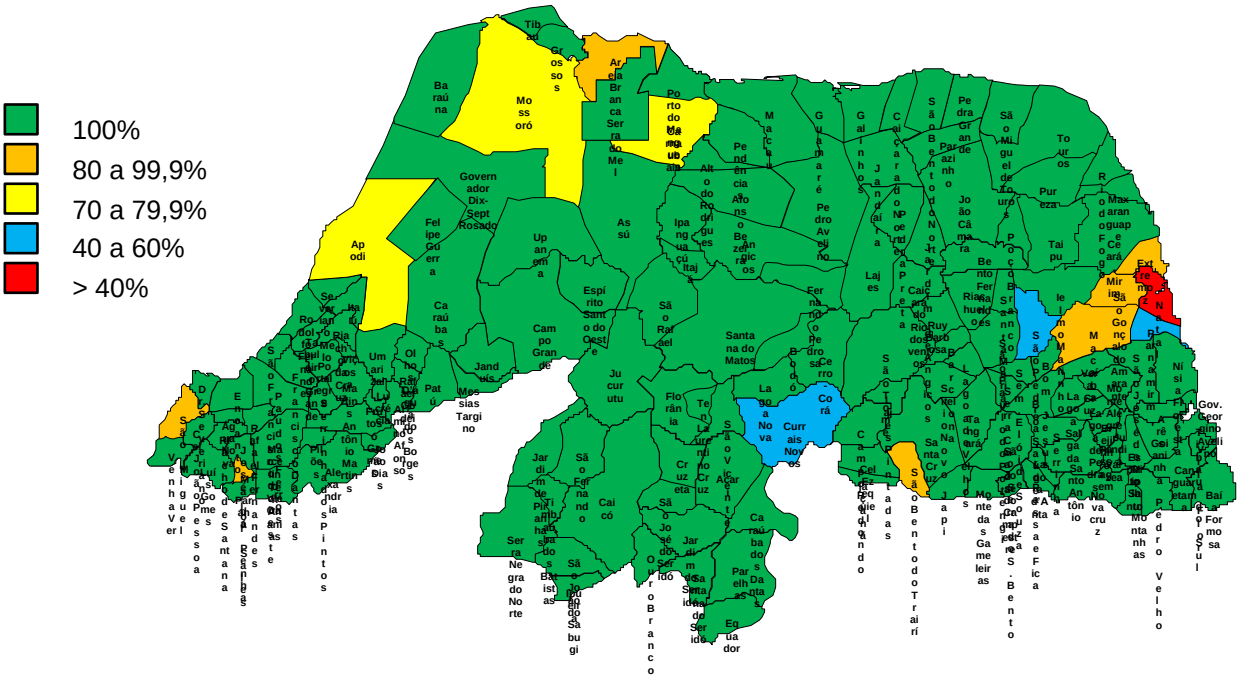
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2010).

Como recorte de estudo foi pesquisado o município de Nísia Floresta e os cinco municípios correspondentes à sétima região de saúde que são Natal, Parnamirim, Extremoz, São Gonçalo do Amarante e Macaíba.

O Estado possui 861 equipes da Estratégia Saúde da Família, o que corresponde a 75% da proporção de cobertura populacional estimada, segundo dados do Departamento da Atenção Básica - DAB/MS - para competência de fevereiro de 2012. No Rio Grande do Norte, o acesso da população aos serviços de saúde ampliou-se devido à expansão da Estratégia Saúde da Família, especialmente nos municípios com menor porte populacional.

No entanto, analisando os dados do mapa abaixo quanto aos municípios que apresentam cobertura inferior a 80% obervamos Natal inserido entre eles, considerando que a população desses cincos municípios de baixa cobertura juntos, corresponde a 42,52% da população total do estado, deduz-se que a baixa cobertura reflete importantes vazios assistenciais que fragilizam a assistência prestada.

Figura 1 - Cobertura da estratégia saúde da família no Rio Grande do Norte/RN, 2015.



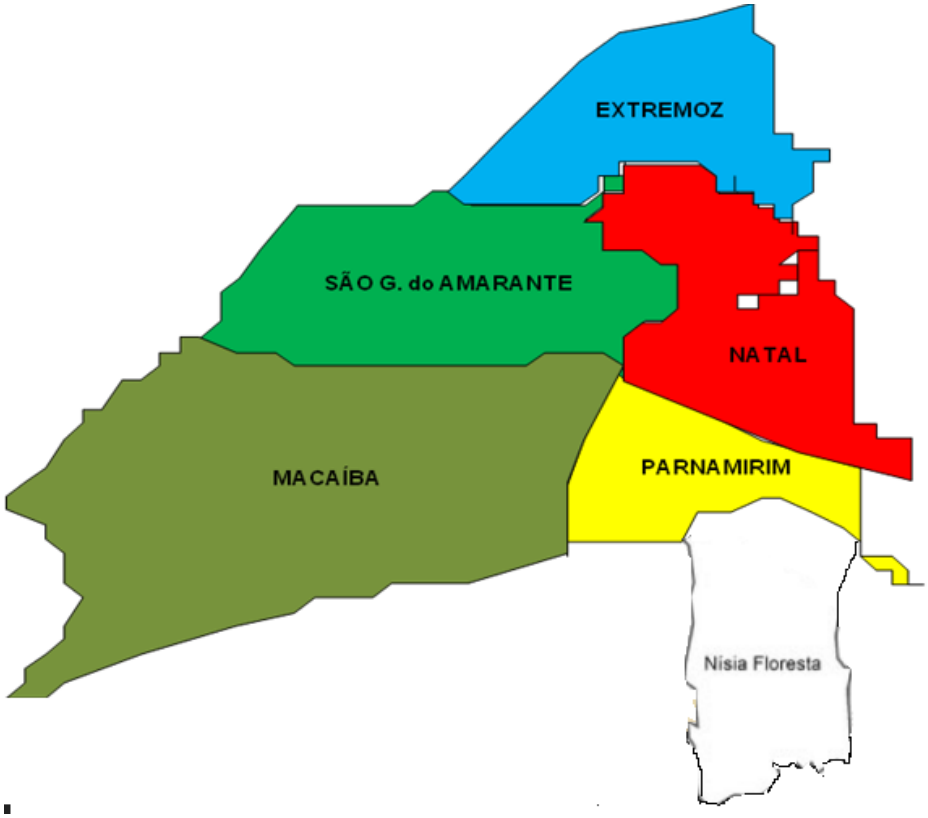
Fonte: MS/SAS/DAB – Competência Jan 2012.

Além dos vazios assistenciais presentes nos municípios com grande representatividade populacional, a Atenção Primária de grande parte dos pequenos

municípios com coberturas de 100%, possuem entraves relacionados ao não cumprimento da carga horária, precarização do vínculo empregatício, equipes e escalas incompletas que denotam descontinuidade da atenção, também pela falta de acesso a serviços de média e alta complexidade. Ressalte-se que tais problemas também são encontrados na assistência hospitalar.

A região Metropolitana do Estado do Rio Grande do Norte possui um território de 1180,138 km^2. É composta por 05 (cinco) municípios: Natal (capital), Parnamirim, Macaíba, São Gonçalo do Amarante e Extremoz, comportando uma população de 1.187.899 hab. que representa 37,5% da população total do Estado. Nesta Região concentra-se a maioria da população do Estado, correspondendo a 37,6 % da população total, conforme tabela abaixo.

Figura 2 -Municípios da 7ª região de saúde do Rio Grande do Norte/RN, 2015.



Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

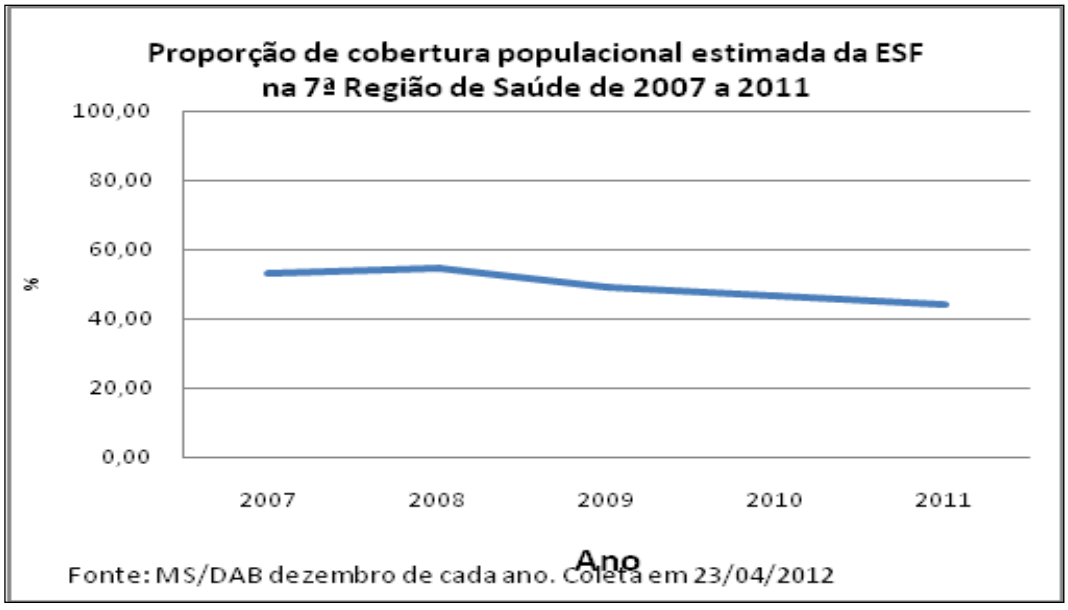
Tabela 2 - Distribuição, por município, da população residente na região metropolitana do estado do Rio Grande do Norte.

Região de Saúde/Municípios	População	% da população na Região Por município	% da população no Estado
Extremoz	24568	2,07	0,8
Macaíba	69467	5,85	2,2
Natal	803739	67,66	25,4
Parnamirim	202456	17,04	6,4
S G Amarante	87668	7,38	2,8
Região Metropolitana	1187899	100,0	37,6
Rio Grande do Norte	3.168.027		100,0

Fonte: IBGE(2010).

A organização da Atenção Básica na região demonstra fragilidade em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre as Regiões de Saúde do RN, a 7ª Região é a única que não atingiu a meta pactuada de 80% de cobertura populacional estimada da ESF. Observa-se ainda, uma queda discreta e constante desde o ano de 2008, refletida principalmente pela baixa cobertura do município de Natal.

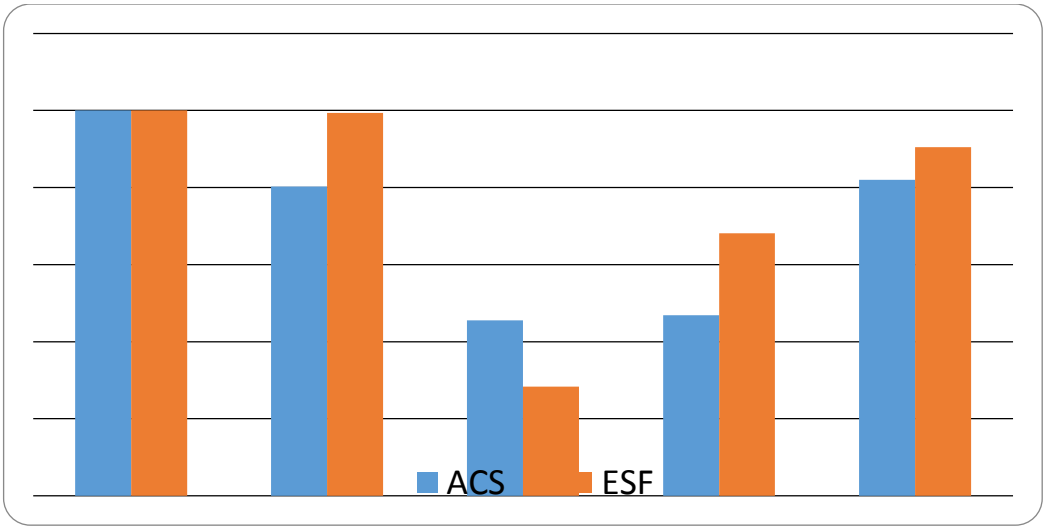
Figura 3 - Proporção de cobertura populacional estimada da ESF na 7ª Região de Saúde entre o ano de 2007 a 2011.



Fonte: MS/DAB dezembro de 2012.

Quanto à cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios da 7ª região, Natal e Parnamirim apresentam baixas coberturas, visualizadas na figura abaixo, fato que a equipe técnica da Atenção Básica Estadual vem discutindo com os gestores municipais quanto à necessidade de expansão dessas estratégias nos clarões assistenciais. No Rio Grande do Norte, há equipe de atenção Básica, no entanto, não são visualizadas no CNES por não serem cadastradas como tal.

Gráfico 2 - Proporção de cobertura populacional estimada das Estratégias Saúde da Família nos municípios da 7ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte-RN.



Fonte: MS/SAS/DAB – Competência fev 2012.

Considerando a Atenção Básica norteadora de todo o processo de saúde e expansão dessas Estratégias visando a melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada, trata-se de ação primordial para a garantia da assistência qualificada. Vale salientar que ter 100% de cobertura não significa a qualidade da atenção, o que merece acompanhamento e monitoramento contínuo.

Tabela 3 - Estimativa da cobertura da ESF na sétima região de saúde do estado do Rio Grande do Norte-RN.

MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO	COBERTURA DA ESF (%)
Natal	28
Parnamirim	68
Extremoz	100
São Gonçalo do Amarante	90
Macaíba	99

Fonte: MS/SAS/DAB – Competência - fev 2012.
*CNES – Competência - abr/2012.

4.3 AMOSTRA

A população estudada trata-se de enfermeiros da atenção primária à saúde, diante de todos os pressupostos relatados no decorrer do estudo, considerando-se que o instrumento utilizado para conhecer a Capacidade para o trabalho, consta de duas partes que se complementam. A primeira parte do instrumento corresponde às características demográficas e funcionais da população estudada e a segunda consta de dados para calcular o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

Os dados gerais relativos às características demográficas da população de estudo foram analisados de acordo com sexo, idade, estado conjugal e escolaridade.

Quanto às características funcionais, analisou-se cargo, idade que o servidor começou a trabalhar, principal ocupação atual, principais tarefas que faz no trabalho, tempo de trabalho na instituição, tipo e vínculo empregatício, percepção de adicional por exposição a riscos, turno de trabalho e tipo de exigências do trabalho.

Os enfermeiros encontravam-se distribuídos pelos seis municípios: Nísia Floresta, Parnamirim, Natal, São Gonçalo do Amarante, Extremoz e Macaíba que, segundo as secretarias, totalizavam 234 enfermeiros da ESF, que diferem de UBS e unidades mistas.

Foram considerados apenas os enfermeiros que se encontravam no exercício ativo de suas funções durante o período da coleta dos dados, totalizando 190 funcionários (N = 190) como a população de estudo.

Quanto à amostra, buscou-se elaborar um estudo representativo; para tanto, calculou-se o tamanho da amostra com base nas fórmulas que permitiam generalizar os resultados obtidos para toda a população. Considerando-se a intenção de estimar algumas proporções da população finita na análise descritiva, utilizou-se a seguinte fórmula:

N	Nível de confiança	Erro amostral
190	95%	3,1%
190	99%	4,1%

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Assim sendo, com erro amostral de 4,1%, nível de confiança de 99%, a estimativa de proporção da característica estudada com nível de significância de 5%, obteve-se o tamanho da amostra de 190 enfermeiros da Atenção Primária a Saúde.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS – ETAPAS DA PESQUISA

Uma preocupação ética foi a realização de uma reunião antecipada com os enfermeiros para explicação da pesquisa, sobre a importância e a metodologia realizada, sendo apresentado durante a reunião o questionário que posteriormente seria aplicado. Foi realizada a distribuição dos questionários e finalizado o prazo estabelecido para devolução, de forma a não ultrapassar o período de coleta de dados.

Nenhum material foi identificado de forma que caracterizasse os participantes, bem como a entrega foi realizada em meio a reunião e sobre alguns faltosos, a partir do distrito sanitário. Os TCLE foram colocados nos envelopes junto ao questionário individual com intuito de serem devolvidos em igual tempo. Para atingir os propostos, seguiram-se as seguintes etapas:

a) Negociação do campo de estudo: Inicialmente foi feita uma visita informal, explicando a intenção de realizar o estudo às secretarias de saúde dos municípios, explicando a finalidade de realizar o estudo aos secretários de saúde. Posteriormente solicitada a autorização da instituição para realização da pesquisa.

b) Divulgação aos enfermeiros: Após aprovação da Instituição, foi feito um contato com os distritos sanitários, e portando um documento de apresentação, com uma cópia da autorização da instituição do parecer final do comitê de ética (anexo 2). As unidades foram chamadas para uma reunião para que fosse divulgada a importância e a metodologia realizada, sendo apresentado durante a reunião o questionário que posteriormente seria aplicado. Todo o processo transcorreu com tranquilidade de forma que os enfermeiros sabiam do que se tratava.

c) Coleta de dados: A partir da comunicação com a secretaria de saúde dos municípios e das reuniões para explicar aos enfermeiros, foram distribuídos os envelopes contendo os TCLE e o questionário. Estipulamos a data para preenchimento e devolução ao setor administrativo.

Foi assumido o compromisso de que os resultados da pesquisa seriam devolvidos em forma de gráficos sobre a situação do município, de forma coletiva à chefia. Alguns questionários foram preenchidos pela pesquisadora, após o enfermeiro ouvir a leitura das questões e escolher a alternativa, devido à dificuldade de tempo livre segundo o pesquisado.

Com a preocupação de diminuir as dúvidas que pudessem ocorrer durante o processo de preenchimento do questionário, foi garantido o acesso à pesquisadora por telefone ou pessoalmente.

Alguns participantes da pesquisa solicitaram levar os questionários para preencher e devolver depois, o que foi concedido. Os questionários foram recolhidos e mantidos em envelopes para garantir confidencialidade dos dados. Dos enfermeiros que se recusaram a participar também foi recolhido o questionário.

No que se refere à coleta de dados foi realizada por meio de questionário, constando de duas partes: “identificação” e “capacidade para o trabalho”. No que se refere à identificação, tem-se que são questões objetivas, sobre as características demográficas: sexo, idade, estado conjugal, escolaridade; e outras funcionais: turno,

idade que começou a trabalhar, ocupação, atividades realizadas, turno de trabalho, podendo ser observado no anexo 2.

No que se refere à segunda parte “Capacidade para o trabalho”, tem-se que a capacidade para o trabalho foi verificada por meio do Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT. Este instrumento permite avaliar e detectar em tempo hábil, comprometimento que por ventura o funcionário apresente, podendo ser usado como instrumento para subsidiar programas de ações preventivas (TUOMI et al*, 2005).*

O referido instrumento foi considerado de baixo custo, o seu preenchimento rápido e simples, permitindo ser autoaplicável, desde que a escolaridade mínima seja de 4ª série do ensino fundamental (FISHER, 2005). Decidimos utilizar a auto aplicação e, para aqueles que apresentassem alguma dificuldade, a entrevistadora esclarecia ao servidor, participante da pesquisa, suas dúvidas. Tal decisão se baseou também no estudo realizado por Martinez (2006), em que essa possibilidade foi testada.

Os autores, pesquisadores desenvolveram o referido instrumento para o uso em saúde ocupacional denominado índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). O livro traz o histórico e o conceito de ICT. Traz também todos os passos que devem ser seguidos para o cálculo e a determinação do Índice, valores de referência, medidas práticas de acompanhamento, e o modelo do formulário, com todas as suas variáveis.

Essa aquisição possibilitou inclusive o conhecimento de elementos necessários para compreensão e discussão do objeto em estudo: a capacidade para o trabalho.

O ICT é composto por 07 dimensões, as instruções para cálculo do escore que varia de 07 a 49 pontos estão disponíveis em Tuomi et al (2005), e são elas: Capacidade atual para o trabalho, comparada com a melhor de toda a vida: escore de 0 a 10 pontos; Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho: número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho compondo um escore de 2 a 10 pontos; Número de doenças atuais diagnosticadas por médico: a partir de uma lista de 51 doenças, é composto um escore variando de 1 a 7 pontos; Perda estimada para o trabalho por causa de doenças: escore de 01 a 06 pontos; Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses); escore de 01 a 05 pontos;

Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos: pontuação com valor de 1,4 ou 07 pontos; Recursos mentais: número de pontos a partir de três questões pertinentes à vida em geral (no trabalho e no tempo livre) que, ponderadas, compõem um escore de 01 a 04 pontos.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Tem-se uma análise estatística descritiva, onde obtém-se uma caracterização da população de estudo através de análise estatística descritiva por meio das médias, desvios padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas.

4.6 SOFTWARE UTILIZADO

O banco de dados foi constituído no Excel, versão 2010, com dupla digitação para validação e verificação da consistência dos dados e para as técnicas estatísticas descritivas utilizou-se o Software Statistics SPSS, versão 20.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O estudo seguiu as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos definidas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, com CAAE: 43896315.7.0000.5537 e parecer de número 1.058.222.

Houve autorização formal da instituição para realização do estudo. Os enfermeiros participaram voluntariamente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As informações foram mantidas em sigilo e serão devolvidas, após a defesa da dissertação à administração das unidades de forma coletiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população estudada foi caracterizada inicialmente, como forma de apresentação dos primeiros achados, considerando-se que o instrumento utilizado para conhecer a Capacidade para Trabalho, consta de duas partes que se complementam. A primeira parte deste instrumento corresponde às características demográficas e funcionais da população estudada e a segunda consta de dados para calcular o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

Os dados gerais relativos às características demográficas da população de estudo foram analisados de acordo com sexo, idade, estado conjugal, escolaridade.

Quanto às características funcionais analisou-se cargo, idade que o enfermeiro começou a trabalhar, principal ocupação atual, principais tarefas que faz no trabalho, tempo de trabalho na instituição, tipo e vínculo empregatício, percepção de adicional por exposição a riscos, turno de trabalho e tipo de exigências do trabalho.

Os enfermeiros encontravam-se distribuídos inicialmente entre os seis municípios em estudo, com uma subdivisão de distritos no município de Natal pela grande extensão populacional como pode ser observado na Tabela 4**.**

Tabela 4 - Distribuição de enfermeiros por municípios pesquisados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS		
MUNICÍPIOS		**QUANTITATIVO(N)**
Parnamirim		47
Natal	OESTE	40
	SUL	2
	LESTE	13
	NORTE I	27
	NORTE II	30
São Gonçalo do Amarante		31
Macaíba		23
Extremoz		9
Nísia Floresta		12

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

No tocante às características sociodemográficas, analisando os resultados apresentados na tabela 5, podemos observar as características demográficas dos enfermeiros em análise. Nota-se que a maioria dos enfermeiros estudados é composta por mulheres (88,42%)

Quanto ao estado conjugal (tabela 5), os resultados mostraram prevalência de solteiros, 42,10%; acompanhado por indivíduos casados com 40, 53%; vivem com companheiro, com 10,53%; e divorciados, 6,84%. Dentre os enfermeiros entrevistados, 71,05% possuem algum curso de pós-graduação, portanto, ressalta-se que a maioria apresenta um nível diferenciado de qualificação profissional.

Tabela 5 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Perfil do entrevistado		Frequência	%
Sexo	Feminino	168	88,42
	Masculino	22	11,58
Estado Civil	Solteiro	80	42,10
	Casado	77	40,53
	Vive com companheiro	20	10,53
	Divorciado	13	6,84
Grau de escolaridade	Graduação	55	28.95
	Pós graduação	135	71.05

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Para análise da idade dos enfermeiros que participaram efetivamente do estudo, as idades foram distribuídas em faixas etárias de 21 a 30 anos, devido ser a menor idade encontrada na população investigada. Na tabela 7, nota-se que 25,88% dos enfermeiros encontra-se com idade entre 31 a 40 anos.

Estudos demográficos vêm apontando que no Brasil, o envelhecimento da força de trabalho começou a ocorrer a partir dos ano de 1980 com a elevação progressiva da participação das pessoas com idade partir de 30 anos. Esse perfil corrobora com as afirmações de Giatti (2003), que afirma que o envelhecimento da população promoverá repercussões em diversos setores, nesse caso nas políticas públicas de atenção à saúde.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros por faixa etária. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Perfil do entrevistado		Frequência	%
Faixa etária	Até 30 anos	43	25,29
	31 - 40 anos	44	25,88
	41 - 50 anos	41	24,12
	Acima de 50 anos	42	24,71

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

A idade média dos enfermeiros é de 40,45 anos com desvio padrão de 10,96, tendo com idade mínima de 24 anos e máxima de 64 anos. A idade média do primeiro emprego é de 21,51 anos, enquanto que a idade média que começou a trabalhar com enfermagem é de 25,52 anos. Quanto ao tempo médio na empresa atual é de 10,48 anos com desvio padrão de 9,81.

Tabela 7 - Estatística descritiva dos dados sociodemográficos. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Estatística descritiva dos dados sociodemográficos

Variáveis	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	DP*	CV
Idade (em anos)	24.00	64.00	30.00	40.00	50.00	40.45	10.96	27.09
Idade do primeiro emprego (em anos)	10.00	43.00	18.00	22.00	24.00	21.51	5.10	23.74
Idade que começou trabalhar com enfermagem (em anos)	10.00	44.00	23.00	24.00	28.00	25.52	5.05	19.78
Tempo de empresa (em anos)	0.03	35.00	2.50	6.00	20.00	10.48	9.81	93.60

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.
DP: Desvio Padrão*

Relativo ao tempo de serviço, 25,14% informaram trabalhar há menos de 3 anos, e 37,72%, há mais de 10 anos, 13,14% trabalham entre 6 a 10 anos, 24% trabalham entre 3 a 5 anos como enfermeiros na atenção primária. Tivemos como

resultado um percentual maior para os enfermeiros com mais de 10 anos de serviço, esse dado nos chamou atenção no sentido de pesquisar a correlação existente entre o ICT e o tempo de serviço dos enfermeiros estudados. Muitos deles revelaram já ter trabalhado em outra profissão ou ocupação anteriormente.

Quando indagados sobre a principal ocupação atual, 100% dos entrevistados responderam que executam a mesma atividade do cargo que foram contratados. Porém, encontramos alguns enfermeiros que trabalhavam no turno após a sua principal ocupação, alguns deles que trabalham no turno da noite (16,32%) informaram que faziam outras atividades fora a “Atenção Primária” (atividades como preceptoria escolar, plantonistas hospitalar, docência, entre outros), e quando perguntados sobre o tipo da contratação, 97,37% referiram não serem terceirizados (os mais citados foram processo seletivo e concurso público)

Tabela 8 - Perfil social dos enfermeiros. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Variáveis	Faixa etária	Frequência	%
Tempo de empresa	Menos de 3 anos	44	25,14
	3 - 5 anos	42	24,00
	6 - 10 anos	23	13,14
	Acima de 10 anos	66	37,72
Terceirizado	Não	185	97,37
	Sim	5	2,63
Trabalha à noite	Não	159	83,68
	Sim	31	16,32
Possui mais de um emprego	Não	146	76,84
	Sim	44	23,16

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Quando questionados sobre a existência de mais de um emprego, 23,16% informaram possuir outra ocupação em horários distintos ao serviço ocupado.

A multiplicidade de relações contratuais e de trabalho encontradas neste processo recente de reestruturação produtiva, tem sido chamada, pelos defensores, de flexibilização e, pelos críticos, de precarização das relações de trabalho. Na saúde, apesar de não dispormos de pesquisas com dados nacionais que permitam estudos comparativos sobre a força de trabalho em saúde, podemos apontar a existência crescente de trabalhadores com contratos temporários, ou contratados para realizar atividades especiais, sem garantias trabalhistas que gozam os demais

trabalhadores assalariados da instituição. Como nos demais setores da produção, a terceirização na saúde tem sido utilizada pelos empregadores, tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da orça de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (instituição original).

Em relação à qualificação dos trabalhadores, tanto pode ser utilizado um trabalho mais qualificado para permitir a realização de um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico, quanto pode aumentar o parcelamento do trabalho e a utilização de trabalho desqualificado (cumprir tarefas delegadas, por exemplo, apenas verificar e registrar os dados fornecidos pela máquina sem entender o seu funcionamento nem o significado dos dados obtidos).

No que diz respeito à qualificação da força de trabalho em saúde, os dados sobre a força de trabalho em enfermagem, que representa mais de 50% da força de trabalho em saúde, apontam uma melhora. Aumentou o percentual de enfermeiros em relação à equipe de enfermagem.

Os enfermeiros no intuito de aumentar sua renda acumulam vínculos empregatícios, assumem uma jornada de trabalho extensa e cansativa. Essa jornada de trabalho diária multiplica e acumula a exposição a riscos diversos, inclusive para os enfermeiros da Atenção Primária que trabalham no diurno, e possui mais de um vínculo, que lançam mão também do horário noturno por meio de plantões (SIQUEIRA, 2013).

Esse acúmulo de cargas horárias ou atividades pode ser causador de estresse para o profissional na medida em que ele desempenha funções múltiplas em seu cotidiano, devendo ser coordenador de sua equipe, envolvendo-se com tratamento, diagnóstico e prevenção da doença, acaba por vivenciar a falta de recursos, condições financeiras e materiais (SIQUEIRA, 2013).

Em pesquisas, já há relatos de fatores que corroboram com essa atribulação, como a ausência muitas vezes de comprometimento da gestão com a ética, sobrecarregando os enfermeiros com atividades que podem ser causadoras de esgotamento físico e mental. O trabalhador inserido em ambiente de trabalho inadequado tende a desenvolver sinais de estresse tendo prejuízo no desempenho profissional, com comprometimento da qualidade do processo de trabalho (SIQUEIRA, 2013).

Quando questionados sobre a percepção deles sobre a capacidade para o trabalho, a tabela 9 informa a porcentagem de 91,06% do quesito exigência mental e física sobre o trabalho exercido.

Tabela 9 - Caracterização do enfermeiro quanto à exigência para o trabalho. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Perfil do entrevistado		Frequência absoluta	%
Exigências no trabalho	**Mentais e físicas**	**173**	**91,06**
	Mentais	15	7,89
	Físicas	2	1,05

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Quando indagamos sobre a principal ocupação atual, a maioria respondeu que executam no mínimo a mesma atividade do cargo que foram contratados. Segue abaixo no Quadro 3 as principais atribuições do enfermeiro na atenção primária à saúde.

Quadro 3 - Caracterização das atribuições específicas do enfermeiro na ESF.

I.	- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e às famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
II.	- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
III.	- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
IV.	- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
	- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;

V.	
VI.	- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

As formas de organizações coorporativas como sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais da área de enfermagem são fontes de informações sobre aspectos relacionados, tanto a questões quantitativas como qualitativas afetas ao exercício de atividades na área. Os conselhos, face a legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional, executam atividades tanto regulatórias como fiscalizadoras do exercício profissional e das ocupações relacionadas às atividades de enfermagem.

Embora arranjos do ambiente organizacional produzam possivelmente resultados mais rápidos e eficazes na promoção da saúde, intervenções focadas no trabalhador podem, também, contribuir para a prevenção de doenças, ao atuarem como ferramenta auxiliar em programas multidisciplinares de promoção à saúde no trabalho. O modo como a pessoa lida com as circunstâncias geradoras de estresse exerce grande influência sobre sua saúde, modulando a gravidade do estresse resultante. Então, o trabalhador poderá ter sua saúde protegida ao se engajar em comportamentos de enfrentamento adequados que amenizem o impacto psicológico e somático do estresse.

Teste de confiabilidade dos dados de *Cronbach's Alpha*	
Índice de capacidade para o trabalho	0,762

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Através do teste estatístico *Cronbach's Alpha*, que verifica a confiabilidade dos dados, pode-se observar o índice de capacidade para o trabalho, avaliados pelos enfermeiros da USB, obtiveram um alfa de Cronbach's de 0,762. Portanto, consistência dos dados é classificada como satisfatória.

5.3 DISCUSSÃO DO INSTRUMENTO

A partir desse item, serão apresentados os resultados do questionário de ICT, classificando os enfermeiros de acordo com o escore alcançado em uma das seguintes categorias: Capacidade para o Trabalho Baixa, Moderada, Boa ou Ótima.

O grupo pesquisado avaliou que suas atividades exigem mais esforço mental e físico, seguido de recursos mentais e, por fim, os demais números bem menores optaram a alternativa que diz serem de exigência apenas física.

Na tabela 10, verifica-se que 1,58 dos enfermeiros apresentaram baixa Capacidade para o trabalho, 32,11 dos enfermeiros apresentaram moderada Capacidade para o Trabalho, 44,21% apresentaram boa capacidade para o trabalho e constatou-se ótima capacidade para o trabalho em 22,10% dos enfermeiros.

Tabela 10 - Caracterização dos entrevistados quanto à classificação do ICT. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Classificação	**N**	**%**
Ótima	42	22,10
Boa	84	44,21
Moderada	61	32,11
Baixa	3	1,58
Total	**190**	**100,00**

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Destaca-se na análise destes dados que 33,69% dos servidores investigados apresentaram o índice de capacidade baixa ou moderada e, portanto, necessitam de intervenções prioritárias para recuperar ou melhorar sua capacidade para o trabalho, como formas de evitar uma aposentadoria por invalidez ou agravamento da sua capacidade, respectivamente.

Observa-se, a partir desses resultados, a necessidade de melhorar as condições de trabalho, prevenindo os danos à saúde que poderiam ter influência na perda da capacidade para o trabalho. Isso pode garantir a permanência desses trabalhadores no seu emprego, podendo ser uma das principais ações para redução do absenteísmo por doença.

Os resultados fornecem subsídios para o planejamento de um programa em saúde que venha promover uma melhor capacidade para o trabalho dos enfermeiros e, consequentemente, melhorar sua qualidade de vida.

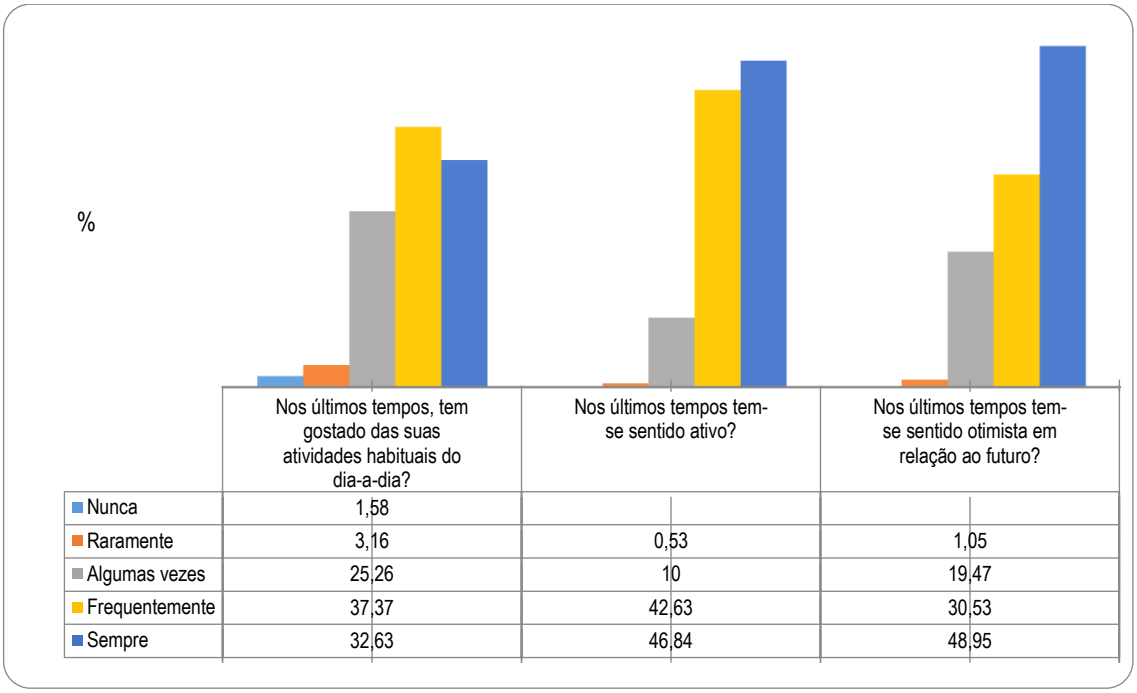
Dado a peculiaridade desse resultado, no qual o enfermeiro apresenta baixa capacidade para o trabalho, foi decidido analisar com mais profundidade esse grupo, tendo em vista que as medidas a serem tomadas deverão ser urgentes para restaurar essa capacidade. Ainda consideramos que em estudos posteriores esse ponto deverá ser mais bem investigado.

Diante do resultado, entende-se que se faz necessário investigar a relação entre o nível da capacidade apresentada e a exposição a agentes insalubres e periculosos, considerando que, para os dois índices, a maioria afirmou receber algum tipo de adicional, e principalmente para aqueles com capacidade para o trabalho baixa. Acreditamos que este tipo de estudo poderia afastar a presença de agravos relacionados ou causados pelo processo de trabalho, além de fornecer subsídios para atuar na prevenção e na promoção dos grupos expostos, porém ainda com boa ou ótima capacidade para o trabalho.

A partir do Gráfico 5, buscou-se conhecer o que pensam esses enfermeiros com relação às três questões para obtenção do escore relativo à dimensão dos recursos mentais. No Gráfico 5, pode-se observar a resposta do servidor a respeito da referida questão. Os enfermeiros declaram “sempre” apreciar suas atividades com 32,63%, seguidos daqueles que responderam que “algumas vezes” apreciam suas atividades diárias com 25,26%.

Observa-se que o percentual de trabalhadores correspondente a 1,58% que responderam não ter tempo de avaliar suas atividades, pode-se considerar que eles, por não refletirem sobre seu cotidiano, demonstram um comprometimento de sua atuação como agente transformador da sua realidade de trabalho.

Gráfico 5 – Aspectos relacionados aos recursos psicológicos.



	Nos últimos tempos, tem gostado das suas atividades habituais do dia-a-dia?	Nos últimos tempos tem-se sentido ativo?	Nos últimos tempos tem-se sentido otimista em relação ao futuro?
Nunca	1,58		
Raramente	3,16	0,53	1,05
Algumas vezes	25,26	10	19,47
Frequentemente	37,37	42,63	30,53
Sempre	32,63	46,84	48,95

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

A segunda questão, ainda do Gráfico 5, apenas 46,84% dos enfermeiros entrevistados responderam que sempre têm se sentido ativo e alerta, 42,63% informaram que quase sempre, 10%, às vezes e 0%, nunca tem se sentido ativo e alerta. Diante de tais resultados, refletimos a necessidade de avaliação do estado de saúde, particularmente aos recursos exigidos pelo trabalho que executem.

Por fim, a terceira e última questão relacionada à dimensão de recursos mentais, 48,95% responderam que “sempre ou quase sempre” se sentem cheios de esperança para o futuro, em contrapartida, 19,47% afirmaram que “às vezes ou nunca” se sentem cheios de esperança para o futuro. Esses achados são importantes, considerando a necessidade de restaurar a capacidade, pode-se indagar sobre que futuro esses enfermeiros estão construindo e como eles estarão em médio e longo prazos.

Diante dos resultados observados, a partir das respostas correspondentes às três questões que definem a dimensão dos recursos mentais do enfermeiro, observa-se que prevaleceu “sempre” ou “quase sempre” como resposta aos quesitos formulados. Esse achado nos remete à reflexão que há esperança para os enfermeiros quando afirmam que “sempre” ou “quase sempre” têm se sentido bem, ou seja, estão sensíveis a sua problemática porém esperançosos, o que ao nosso

ver sinaliza positivamente para a equipe que possa vir a desenvolver ações de promoção a saúde obterá êxito.

Portanto, diante desses resultados, entendemos que a Dimensão relativa a recursos mentais influenciou positivamente a definição dos altos escores do ICT.

Segundo Tuomi et al (1997), diante de tais resultados, a Instituição deve tomar as medidas que, de acordo com os escores encontrados nesse estudo, 58% dos enfermeiros devem ter sua capacidade restaurada, 32,11% devem ter sua capacidade para o trabalho melhorado e 44,21% devem receber medidas de apoio para manter sua capacidade para o trabalho. Medidas de manutenção devem ocorrer para o grupo que apresentar um escore correspondente à “ótima capacidade”, correspondente a 22,10% dos enfermeiros pesquisados.

Nesse sentido, os serviços oferecidos nesse momento através do setor do Núcleo de Saúde do Trabalhador do Estado devem ser reestruturados imediatamente, na perspectiva de implantar um modelo que se antecipe a ocorrência de condições que afetem a capacidade para o trabalho e restaurem aquelas comprometidas. Ressalta-se a necessidade de políticas públicas de promoção à Saúde dos Trabalhadores que atuam nos serviços de Atenção Básica em Saúde no Brasil que sejam mais efetivas e voltadas para a realidade locoregional.

Porém, a necessidade para o estabelecimento dessas medidas passa também pela capacidade funcional de cada indivíduo e das próprias condições de trabalho existentes, o que traz uma limitação ao estudo, pelo limite do tempo, ficando como sugestões para realizar novos estudos.

A tabela 11 apresenta a estatística descritiva do ICT. Nota-se a pontuação média do ICT dos enfermeiros, 38,76% pontos com desvio padrão de 5,37 pontos. O ICT variou entre 24 a 49 pontos.

Verifica-se também que 25% dos enfermeiros têm ICT abaixo 35 pontos, 75% deles encontram-se com 43 pontos, e 50% apresentando 39 pontos. Confirma-se então que a média não retrata a realidade da população estudada, devendo portanto ao se observar os resultados encontrados para fins de intervenção, considerar os achados na tabela citada.

Tabela 11 – Análise estatística descritiva segundo ICT. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Estatística descritiva	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	DP	CV
ICT	24,00	49,00	35,00	39,00	43,00	38,76	5,37	13,86

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Na Tabela 12, a respeito da classificação do ICT versus o perfil do entrevistado, em relação à faixa etária dos enfermeiros, 59,09% apresentaram boa capacidade para o trabalho com idade entre 31 a 40 anos.

Quanto ao tempo de empresa, 52,38% apresentaram boa capacidade para trabalho com o tempo de 3 a 5 anos

Tabela 12 - Classificação do ICT versus o perfil do entrevistado. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Perfil do entrevistado	Classificação				Total	Valor-p
	Ótimo	Boa	Moderad	Baixa		
Sexo						
Feminino	20,83% (n=35)	43,45% (n=73)	33,93% (n=57)	1,79% (n=3)	**100,00% (n=168)**	**0,370**
Masculino	31,82%	50,00%	18,18%	0,00%	**100,00%**	
Faixa etária						
Até 30 anos	27,91% (n=12)	46,51% (n=20)	25,58% (n=11)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=43)**	**0,013[a]**
31 - 40 anos	15,91%	59,09%	25,00%	0,00%	**100,00%**	
41 - 50 anos	19,52%	39,02%	39,02%	2,44%	**100,00%**	
Acima de 50	14,29%	30,95%	50,00%	4,76%	**100,00%**	
Estado civil						
Solteiro (a)	24,00% (n=24)	43,00% (n=43)	32,00% (n=32)	1,00% (n=1)	**100,00% (n=100)**	**0,835**
Casado (a)	20,00%	45,56%	32,22%	2,22%	**100,00%**	
Grau de escolaridade						
Graduação	20,00% (n=11)	47,27% (n=26)	32,73% (n=18)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=55)**	**0,671**
Pós	22,96%	42,96%	31,86%	2,22%	**100,00%**	
Tempo de empresa						
Menos de 3 anos	34,09% (n=15)	50,00% (n=22)	15,91% (n=7)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=44)**	**0,003[a]**
3 - 5 anos	21,43%	52,38%	26,19%	0,00%	**100,00%**	
5 - 10 anos	8,70%	52,17%	39,13%	0,00%	**100,00%**	
Acima de 10	12,12%	34,85%	48,48%	4,55%	**100,00%**	

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

[a] P ≤ 0,05 (teste de Qui-Quadrado).

Na tabela 13, o que chama atenção é a contradição de que 49,50% dos enfermeiros apresentaram “boa capacidade para trabalho” não recebendo insalubridade; em contrapartida, 38,20% apresentaram “boa capacidade para o trabalho” recebendo insalubridade.

Tabela 13 - Classificação do ICT versus o perfil do entrevistado. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Perfil do entrevistado	Classificação				Total	Valor-p
	Ótimo	Boa	Moderad	Baixa		
Terceirizado						
Não	22,70% (n=42)	42,70% (n=84)	32,97% (n=61)	1,63% (n=3)	**100,00% (n=185)**	**0,090[a]**
Sim	0,00% (n=0)	100,00% (n=5)	0,00% (n=0)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=5)**	
Registrado na carteira de trabalho						
Não	23,46% (n=38)	45,68% (n=74)	29,01% (n=47)	1,85% (n=3)	**100,00 % (n=162)**	**0,155**
Sim	9% (n=4)	35,71% (n=10)	50,00% (n=14)	0,00% (n=0)	**100,00 %**	
Recebe adicional de insalubridade						
Não	27,72% (n=28)	49,50% (n=50)	21,79% (n=22)	0,99% (n=1)	**100,00% (n=101)**	**0,007[a]**
Sim	15,73% (n=14)	38,20% (n=34)	43,82% (n=39)	2,25% (n=2)	**100,00% (n=89)**	
Trabalha à noite						
Não	23,27% (n=37)	46,54% (n=74)	28,30% (n=45)	1,89% (n=3)	**100,00% (n=159)**	**0,080[a]**
Sim	16,13% (n=5)	32,26% (n=10)	51,61% (n=16)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=31)**	
Possui mais de um emprego						
Não	20,55% (n=30)	47,26% (n=69)	30,14% (n=44)	2,05% (n=3)	**100,00% (n=146)**	**0,298**
Sim	27,27% (n=12)	34,09% (n=15)	38,64% (n=17)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=44)**	
Exigências do trabalho						
Física e mental	24,28% (n=42)	42,77% (n=74)	31,22% (n=54)	1,73% (n=3)	**100,00% (n=173)**	**0,435**
Mental	0,00%	60,00%	40,00%	0,00%	**100,00%**	
Física	0,00% (n=0)	50,00% (n=1)	50,00% (n=1)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=2)**	

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

[a] P ≤ 0,05 (teste de Qui-Quadrado).

Na tabela 14, é demonstrada a classificação da capacidade para o trabalho por municípios, sendo observado que o município de Natal apresentou uma porcentagem relevante com 50,67% de capacidade para trabalho “moderada” e 4,00% “para baixa”, com diferença significativa dos demais municípios que se encontram com sua capacidade para trabalho entre boa e ótima.

Fizemos, então, um cruzamento de dados relacionando essa “moderada capacidade para o trabalho” do município de Natal e o fato de a maioria dos enfermeiros, 185, não eram terceirizados, gerando um vínculo estável e com maior tempo de empresa. Talvez seja esse o fato de a capacidade para o trabalho se tornar prejudicada.

Tabela 14 - Classificação do ICT versus o perfil do entrevistado segundo distribuição dos municípios pesquisados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Perfil do entrevistado	Classificação				Total	Valor-p
	Ótimo	Boa	Moderada	Baixa		
Município						
Extremoz	25,00% (n=1)	50,00% (n=2)	25,00% (n=1)	0,00% (n=0)	**100,00% (n=4)**	
Macaíba	9,52%	76,19%	14,29%	0,00%	**100,00**	
Natal	13,33%	32,00%	50,67%	4,00%	**100,00**	**0,006[a]**
Nísia Floresta	9,09%	63,64%	27,27%	0,00%	**100,00**	
Parnamirim	33,33%	48,72%	17,95%	0,00%	**100,00**	
São Gonçalo do	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%	**100,00**	

Fonte: Pesquisa (2015).

[a] P ≤ 0,05 (teste de Qui-Quadrado).

A avaliação média informada na tabela 15 quanto à “capacidade para o trabalho atual” comparada com “melhor de toda a sua vida” apresentou valor médio de 8,44, com desvio padrão de 1,17, enquanto que o número médio de doenças com diagnóstico médico foi de 4,22, com desvio padrão de 3,95. Ou seja, como trata-se de uma variável que deve apresentar números inteiros, temos um número médio de 4 doenças.

Tabela 15 - Estatística descritiva da avaliação de capacidade para o trabalho atual comparada com o melhor de toda a sua vida e o número de doenças constadas por meio de diagnóstico médico. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Estatística descritiva	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	DP	CV

Avaliação	5,00	10,00	8,00	9,00	9,00	8,44	1,17	13,81
Número de doenças	0,00	18,00	1,00	3,00	6,00	4,22	3,95	93,54

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Ao observar a tabela 16, relacionada a doenças apontadas pelos enfermeiros, é visualizado uma frequência quanto a distúrbios emocionais leves, com 32,63% e alterações musculoesqueléticas em geral, com 96,83% de enfermeiros acometidos.

Tabela 16 - Caracterização do ICT quanto ao tipo de doenças apontada pelos enfermeiros. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2015.

Doenças	**Frequência**	**%**
Distúrbio emocional leve	62	32,63
Doença da parte superior das costas ou região do	59	31,05
Lesão nas costas	53	27,89
Doença da parte inferior das costas com dores	45	23,68
Sinusite crônica	45	23,68
Gastrite ou irritação duodenal	37	19,47
Lesões nas pernas/pés	36	18,95
Hipertensão arterial	32	16,84
Lesão nos braços/mãos	31	16,32
Doença músculo-esquelético afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes	27	14,21
Doença ou lesão da visão	25	13,16
Outras lesões na parte do corpo	23	12,11
Alergia, eczema	21	11,05
Dor nas costas que irradia para a perna (ciática)	20	10,53
Doença neurológica	20	10,53
Infecções repetidas do trato respiratório	19	10,00
Obesidade	19	10,00
Diabetes	17	8,95

Fonte: Originário da própria pesquisa. Natal, 2015.

Segundo (Brasil, 2009 e Mendes & Dias, 1999), os trabalhadores compartilham do perfil de adoecimento e morte populacional estudados em geral, em função de idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Há uma preocupação com os trabalhadores sobre o adoecimento ou a morte por causas relacionadas ao trabalho, como decorrência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado.

Assim, o perfil de patologias relatadas pelas pesquisas como frequentes em trabalhadores é diversificado, dependendo da ocupação, entre elas as doenças crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas. A hipertensão arterial é relatada como aumento no aparecimento e frequência nos trabalhadores sob determinadas condições de trabalho. Registros de pesquisas exemplificam as demais patologias com a asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva pelo ruído (ocupacional), as doenças musculoesqueléticas e alguns transtornos mentais em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros patológicos (MENDES, 1999).

Na atual pesquisa, outro aspecto importante foi a identificação de enfermeiros portadores de hipertensão, com 16,84% e portadores de diabetes, com 8,95%, a prevalência de HAS foi inferior à observada em outros estudos.

Considera-se que as recomendações do Ministério da Saúde sobre a importância da atuação dos serviços de saúde como estratégias de práticas saudáveis como alimentação saudável, controle de peso e atividade física, implantação de protocolos para diagnóstico e tratamento de hipertensão e diabete melito nos serviços de saúde das empresas. Cientes de que os enfermeiros também são pacientes, usuários do serviço de saúde primária do país e devem ser beneficiados com os programas de saúde.

6 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, analisou-se a Capacidade para o Trabalho no que se refere ao processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em saúde em uma região de saúde do estado do Rio Grande do Norte-RN.

Dentre os achados, observou-se que entre a população de enfermeiros pesquisados predominaram adultos com idade acima de 31 anos de idade com uma media de 41 anos, casados, do sexo feminino, com escolaridade de pós-graduados (especialistas).

Quanto ao primeiro objetivo proposto para esta pesquisa, que foi investigar a Capacidade para o Trabalho dos enfermeiros da atenção primária à saúde, foi alcançado pela aplicação do questionário do ICT, em que, numa escala de 7-49

pontos, foram avaliados a partir de sete dimensões e o escore médio encontrado foi de 38,76.

O segundo objetivo seria classificar a Capacidade para o trabalho a partir do resultado do ICT, que foi alcançado pela aplicação de uma tabela que varia de baixa, moderada, boa e ótima e, pelo escore acima descrito, esses enfermeiros apresentaram uma média boa para Capacidade para o Trabalho.

E por último, o terceiro objetivo que seria contextualizar os resultados obtidos com o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária à saúde, os resultados nos levaram a concluir que o processo de enfermagem faz parte da caracterização do perfil do enfermeiro da APS, no qual o profissional encontra-se sobrecarregado de tarefas relatadas por diversas pesquisas e relatos inclusive no momento da coleta de dados, citando inclusive a ausência de estratégias de melhoria na saúde e qualidade de vida desse trabalhador.

Partindo da inferência que o estudo abrangeu seis municípios da grande Natal, projetando o olhar para os demais municípios, verifica-se que tantos outros enfermeiros podem se encontrar em realidades semelhantes ao do estudo e, portanto, deveriam se encontrar participando de práticas de reabilitação, o que nos faz concluir a afirmação acima referida.

Outra vez, para aqueles municípios que ainda não desenvolveram nenhuma ação voltada para a promoção da saúde do trabalhador, o contexto torna-se mais grave diante dos resultados parcialmente encontrados, tanto do ponto de vista da faixa etária da população, quanto pelo comprometimento da Capacidade para o Trabalho.

Essa constatação resulta dos relatos de estudos que veem sendo realizados em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, demonstrando que a intervenção é necessária para manter, apoiar, melhorar ou restaurar a Capacidade para o Trabalho, sob o risco de essa capacidade declinar, evoluindo para níveis cada vez mais baixos trazendo graves consequências à população trabalhadora.

Esse contexto torna mais evidente a necessidade de programas que promovam a Capacidade para o Trabalho dos servidores desta Instituição.

Confirma-se nesse estudo, diante da experiência vivida na realização dessa pesquisa e dos resultados obtidos, que o questionário do ICT por ser um instrumento de autoavaliação e, portanto autoexplicativo, sendo de fácil aplicação, até para

pessoas com limitado nível de escolaridade, seja um instrumento válido e adequado para ser utilizado na avaliação dos demais profissionais de saúde, de forma a conhecer o perfil desses profissionais do ponto de vista quantitativo e qualitativo, segunda as leis de regimento ético.

Reconhecendo-se as limitações desse estudo, após sua conclusão, estamos certos que possibilitou crescimento tanto profissional como pessoal.

Igualmente, diante dos resultados e por ter atingido com êxito os objetivos propostos pelo estudo, possamos também ter contribuído com o aprofundamento das discussões sobre o Índice de Capacidade para o Trabalho, o aprimoramento da utilização do instrumento.

Sugerimos que outros estudos relacionados com a temática possam ser realizados, principalmente na categoria de enfermeiros da atenção primária à saúde, na qual encontramos lacunas que retratem sua real condição.

Concluímos que os esforços desprendidos foram compensados diante dos resultados encontrados e que as dificuldades e as facilidades encontradas durante a realização da pesquisa, tiveram suas dimensões justificadas, e estão relacionadas ao mestrado, ou a fatores do próprio campo pesquisado.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. S. A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

BELUSCI, S.M., FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.6, p.602-09, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização da avaliação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: DF, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria n. 648**, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http// dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/ Port2006/GM/GM-648.htm> Acesso em: 4 set. 2014.

CAMPOS, W. C. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANABRAVA, C. M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não-hospitalares, que possuem serviços de atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.115-126, 2007.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F.A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuições para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p.120-28, 2008.

FARIA, Horácio Pereira de. et al*.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68 p.

FAUSTO, M. C. R. **Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde**

brasileira. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem.** In: KURGANT, P. et al. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-29, 2007.

FISCHER, F.M. **Breve histórico desta tradução:** índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EdUFScar, 2005.
FORTES, P. A. C. **Ética e saúde:** questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde:** a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-34.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

GOMES, A. M. T., OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enfermagem,** v. 58, n. 4, p. 393-8, 2005.

GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da inserção do político como o econômico. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p. 189-198, 2009.

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

ILMARINEN J. **What the social partners can do to improve employment opportunities for older works**. In: final report of the ninth eu-japan symposium “improving employment opportunities for older workers, 2002. Anais…. Disponível em:<http//ec.europa.eu/employment_social/internacional_cooperation/japan_japan-olderworkers_en.htm>. Acesso em: 05 de setembro de 2014.

ILMARINEN, J. Aging and Work. **Occup Environ Med**, n. 58, p. 546-52, 2001.

MARTINS, M.M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

MARTINEZ, M.C. et al. Validade e confiabilidade do ICT. **Rev Saúde Pública,** v. 43, n.3, p. 525-32, 2009.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.RD.O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 851-8, 2006.

MATTA GC, MOROSINI MVG. Atenção primária à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- Manguinhos - Rio de Janeiro, 2009.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.
MENDES, E.V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec,1993.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar é um ato paradoxal:** pode aprisionar ou liberar. 2004. Disponível em: <http:// http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>. Acesso em: 25 novembro 2014.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

PASSOS, C. M. O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PEDUZZI, M; ALSEMI, M. L. O processo de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado**. Rev. Bras. Enferm**, v. 55, n. 4, p. 392-8, 2002.

PEDUZZI, M; ALSEMI, M. L. O processo de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 55, n. 4, p. 392-8, 2002.

PIRES D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Ver Bras Enferm,** v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez editora, 1989, 156 p.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B**. Necessidades de saúde e atenção primária.** In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica, São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

SILVA RC, FERREIRA MA. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 169-73, 2009.

SILVA, N.M. Avaliação da capacidade para o trabalho do servidor público: um estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SIQUEIRA, GFF. et al. Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 72-85, 2013.

TUOMI, K.; ILMARINEM, J.; JAHKOLA, A.; KATAJARINE, L.; TULKKI, A. **Índice de Capacidade para o Trabalho.** Helsinki: Instituto de Saúde Ocupacional, 1997.

TUOMI, K.; ILMARINEM, J.; JAHKOLA, A.; KATAJARINE, L.; TULKKI, A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO
Campus Universitário, S/N – Lagoa Nova, Natal/RN
CEP:59072-970 Fone:3215 3196

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa: **Capacidade para o trabalho de enfermeiros em nível de atenção primária à saúde**, que tem como pesquisador responsável **Soraya Maria de Medeiros**.

Esta pesquisa pretende Analisar os conhecimentos e as práticas relacionadas à saúde do trabalhador vivenciadas pelos enfermeiros que compõem a Atenção Primária à saúde.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de ampliação do conhecimento sobre a capacidade para o trabalho dos enfermeiros da rede básica de saúde relacionada à saúde do trabalhador. Além disso, a pesquisa oportunizará a qualificação da literatura acerca dessa temática, contribuindo para o aumento da bibliografia sobre saúde do trabalhador relacionada ao tema. A pesquisa pode também contribuir para a detecção de dificuldades e problemas relacionados com a atenção prestada por esses serviços à saúde do trabalhador, visando o aprimoramento da assistência oferecida.

Caso você decida participar, você deverá responder um questionário estruturado, que será preenchido de acordo com sua disponibilidade em seu local de trabalho.

Durante o preenchimento do questionário a previsão de riscos é mínima.

Pode acontecer um desconforto, como sentir-se incomodado com alguma pergunta do questionário, que será minimizado através da explicação prévia dos objetivos do estudo, e você terá como benefício a possibilidade de expor uma realidade que poderá contribuir para o crescimento do serviço no qual atua.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para o pesquisador responsável: Soraya Maria de Medeiros; telefone: (84) 981551500.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável (Soraya Maria de Medeiros).

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **Capacidade para trabalho de enfermeiros a nível de atenção primária à saúde**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____, _____ de _____.

_____

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo **"Capacidade para o trabalho de enfermeiros a nível de atenção primária à saúde"**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal ____/____/____.

Assinatura do pesquisador responsável

Prof. Dra. Soraya Maria de Medeiros
COREN: 22.942/RN - SIAPE: 1214075
Depto. Enfermagem - UFRN

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ICT

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Instrumento de coleta de dados da Dissertação de Mestrado: “CAPACIDADE PARA TRABALHO DE ENFERMEIROS A NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Questionário para conhecimento do Índice de Capacidade para o Trabalho

Esse questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinki; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Departamento de Saúde Ambiental e Centro de Estudos e Pesquisas sobre o envelhecimento; Universidade Federal de São Carlos: Departamento de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

DATA: ___/_____/_____
NOME:_____
DATA DO NASCIMENTO:_____

DADOS GERAIS:

SEXO

( )Feminino.....1

( )Masculino.....2

Idade:_____anos.

ESTADO CONJUGAL ATUAL

( )Solteiro (a).....1

( )Casado (a).....2

( )Vive com companheiro(a).....3

( )Separado(a)/ Divorciado(a).....4

( )Viúvo(a).....5

ESCOLARIDADE – ASSINALAR O NÍVEL MAIS ELEVADO

( )Ensino fundamental incompleto (não terminou a 8ª serie).....2

( )Curso técnico de 1 grau completo.....3

( )Ensino médio incompleto(não terminou o 3 colegial).....4

( )Ensino médio completo(terminou o 3 colegial).....5

( )Curso técnico de 2 grau completo.....6

( )Faculdade incompleta.....7

( )Faculdade completa.....8

( )Pós-graduação incompleta/ completa.....9

- Com que idade começou a trabalhar?_____
- Com que idade começou a trabalhar como enfermeiro?_____
- Qual a sua principal ocupação atual?_____
- Descreva as principais tarefas que você faz no trabalho:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- Há quanto tempo você trabalha na atual empresa?

_____

- É Funcionário terceirizado?

  Sim( ) Não( )

- É funcionário com registro em carteira de trabalho?

  Sim( ) não ( )

- Recebe adicional de insalubridade ou periculosidade?

  Sim( ) não ( )

- Trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre durante a noite)?

  Sim( ) não ( )

- Tem mais de um emprego?

  Sim( ) não ( )

- As exigências de seu trabalho são principalmente:

( )Mentais.....1
( )Físicas.....2
( )Ambas, mentais e físicas.....3

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA TRABALHO

1. Suponha que sua melhor capacidade para trabalho tem um valor igual a 10 pontos.
Assinale com X um numero na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

Estou incapaz para trabalho — Estou em minha melhor capacidade para trabalho.

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação ás exigências físicas do mesmo? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo):

( )Muito boa.....5
( )Boa.....4
( )Moderada.....3
( )Baixa.....2
( )Muito baixa.....1

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação ás exigências mentais de seu trabalho? (por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

( )Muito boa.....5
( )Boa.....4
( )Moderada.....3
( )Baixa.....2
( )Muito baixa.....1

4. Em **sua opinião**, quais das lesões por acidente ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque com "x" também aquelas que foram **confirmadas pelo médico.**

	Em minha opinião	Diagnosticada pelo médico
1-lesão nas costas.....	( )2.....	( )1
2-lesão nos braços/mão.	( )2.....	( )1
3- -lesão nos pernas/pés.	( )2.....	( )1
4- -lesão em outras partes do corpo	( )2.....	( )1

Onde? Que tipo de lesão?
_____
_____
_____
_____-

5- Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.....( )2....( )1
6- Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.....
.....( )2....( )1
7- Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) .....( )2....( )1
8- Doença músculo-esqueletica que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes.....( )2.....( )1
9- Artrite reumatóide.....( )2.....( )1

10- Outra doença músculo-esqueletica.....( )2....( )1
Qual outra doença músculo-esquelética?_____
_____-
11- Hipertensão arterial (pressão alta) .....( )2...( )1
12- Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris).....( )2....( )1
13- Infarto do miocárdio, trombose coronariana.....( )2....( )1
14- insuficiência cardíaca .....
.....( )2....( )1
15- outra doença cardiovascular .....( )2... ( )1
Qual?
_____
_____-

16-Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda) .....( )2....( )1
17- Bronquite crônica.....( )2....( )1
18- Sinusite crônica .....( )2....( )1
19- asma .....( )2..( )1
20- Enfisema.....( )2....( )1
21- Tuberculose Pulmonar.....
.....( )2...( )1
22- Outra doença respiratória.....
.....( )2...( )1
Qual?
_____
_____
23- Distúrbio emocional severo (Depressão severa).....( )2...( )1
24-Distúrbio emocional leve, (Depressão leve, tensão, ansiedade insônia).....( )2....( )1

25- Problema ou diminuição da audição.....( )2....( )1
26- Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau).....( )2....( )1
27-Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)....
.....( )2....( )1
28- Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.....( )2...( )1

Qual?
_____
_____-
29- Pedra ou doença da vesícula biliar.....( )2....( )1
30- Doença do pâncreas ou do fígado .....( )2....( )1
31- Ulcera gástrica ou duodenal.....
.....( )2...( )1
32- Gastrite ou irritação duodenal....
.....( )2...( )1
33- Colite ou irritação do cólon .....( )2....( )1
34- Outra doença digestiva .....( )2...( )1
Qual?
_____
_____-

35- Infecção das vias urinárias .....
.....( )2.. ( )1
36- Doença dos rins.....( )2....( )1
37- Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas).
.....( )2....( )1
38- Outra doença geniturinária.....
.....( )2...( )1

Qual?

_____
_____-

39- alergia, eczema.....( )2...( )1

40- Outra erupção.....( )2...( )1

Qual?

_____
_____

41- Outra doença de pele.....
.....( )2... ( )1

Qual?

_____
_____-

42- Tumor benigno.....( )2...( )1

43- Tumor maligno(câncer).( )2..( )1

Onde?

_____
_____-

44- Obesidade.....( )2.. ( )1

45- Diabetes.....( )2.. ( )1

46- Bócio ou outra doença da tireoide.....( )2...( )1

47- Outra doença endócrina ou metabólica.....( )2...( )1

Qual?

_____
_____-

48- Anemia.....( )2...( )1

49- Outra doença do sangue.....
.....( )2....( )1

Qual?

_____
_____-

50- Defeito de nascimento.....
.....( )2...( )1

Qual?

_____
_____-

51- Outro problema ou doença
.....( )2....( )1

Qual?

_____
_____-

5- Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

( )Não há impedimento/Eu não tenho doenças 6

( )Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas. 5

( )Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.4

( )Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho. 3

( )Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial. 2

( )Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar. 1

6. Quantos **dias inteiros** você esteve fora do trabalho por causa do problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

( ) Nenhum.....5

( ) Até 9 dias.....4

( ) De 10 a 24 dias.....3

( ) De 25 a 99 dias.....2

( ) De 100 a 365 dias.....1

7.Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, **daqui a 2 anos,** fazer seu trabalho atual? (este item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre)

( ) É improvável.....1
( ) Não estou muito certo.....4
( ) Bastante provável.....7

8. Recentemente você tem conseguido avaliar sua atividades diárias?

( ) Sempre.....4
( )Quase sempre.....3
( ) Às vezes.....2
( ) Raramente.....1
( ) Nunca.....0

9- Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

( ) Sempre.....4
( )Quase sempre.....3
( )Às vezes.....2
( )Raramente.....1
( ) Nunca.....0

10- Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?
( ) Continuamente.....4
( ) Quase sempre.....3
( ) Às vezes.....2
( ) Raramente.....1
( ) Nunca.....0

Deseja receber o resultado desta avaliação?

( ) Sim ( ) Não

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

ANEXOS

ANEXO - AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

PREFEITURA DO
NATAL
A NOSSA CIDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

Memorando n.º 1532/2015

Origem: DGTES/SEPAES

Destino: Unidades de Saúde da Família do Natal/RN

Natal, 30 de Julho de 2015.

Assunto: Autorização de Coleta de Dados

Informamos a autorização de Coleta de Dados para a aluna **Xênia Alves Freire**, do curso de **Enfermagem,** da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – **UFRN.** A coleta será realizada nas **Unidades de Saúde da Família,** no período do mês de Julho a Setembro de 2015.

Atenciosamente,

Nádia R. S. Almeida
Setor de Desenvolvimento
Profissional de Educação na Saúde
Mat. 22.692-1

35.154-4

Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço

Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada: CAPACIDADE PARA TRABALHO DE ENFERMEIROS A NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, coordenada pelo(a) Prof(a) Dra. Soraya Maria de Medeiros, concordo em autorizar a realização da etapa de entrevista com todos os enfermeiros que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Macaíba, 13 de julho de 2015.

SMS / MACAIBA
Silvana Cosme Pereira
Secretaria Municipal de Saúde
CPF 720538 944-00

SILVANA COSME PEREIRA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada: CAPACIDADE PARA TRABALHO DE ENFERMEIROS A NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, coordenada pelo(a) Prof(a) Dra. Soraya Maria de Medeiros, concordo em autorizar a realização da etapa de entrevista com todos os enfermeiros que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal 10 de setembro de 2015.

Jalmir Simões da Costa
Secretário Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante

Jalmir Simões da Costa
Secretário Municipal de Saúde
São Gonçalo do Amarante
CPF 026.282.594-09

PREFEITURA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NÍSIA FLORESTA

Rua Américo de Oliveira, S/N, centro, Nísia Floresta-RN

CEP:59164000

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **CAPACIDADE PARA TRABALHO DE ENFERMEIROS A NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,** coordenada pelo(a) Prof(a): **Dra. Soraya Maria de Medeiros**, concordo em autorizar a realização da etapa de entrevista com os 10 enfermeiros que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal 09 de março de 2015.

Angela Cristina N. Braz Paiva
Secretária Municipal de Saúde
CPF.: 028.359.194-16

Angela Cristina Nascimento Braz Paiva
Secretária Municipal de Saúde

PREFEITURA DE
EXTREMOZ
Construindo com o povo!

PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMOZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE EXTREMOZ

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada: CAPACIDADE PARA TRABALHO DE ENFERMEIROS A NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, coordenada pelo(a) Prof(a) Dra. Soraya Maria de Medeiros, concordo em autorizar a realização da etapa de entrevista com todos os enfermeiros que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Extremoz, 30 de julho de 2015.

Secretária Municipal de Saúde de Extremoz

Veruska de Souza Fonseca
Secretária Municipal de Saúde
Extremoz (RN)
Port. nº 192/2015 - GP

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARNAMIRIM

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada: CAPACIDADE PARA TRABALHO DE ENFERMEIROS A NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, coordenada pelo(a) Prof(a) Dra. Soraya Maria de Medeiros, concordo em autorizar a realização da etapa de entrevista com todos os enfermeiros que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal 09 de junho de 2015.

Henrique Eduardo Costa
Secretário Municipal de Saúde
CPF 457 961 054-49

Henrique Eduardo Costa

Secretário Municipal de Saúde de Parnamirim