CYNTHIA FONTELLA SANT'ANNA

INTERAÇÃO ENFERMEIRA-COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo das características do sujeito e da finalidade.

RIO GRANDE
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

INTERAÇÃO ENFERMEIRA-COMUNIDADE NA ESTRATGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo das características do sujeito e da finalidade.

CYNTHIA FONTELLA SANT'ANNA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Profª Drª. Marta Regina Cezar-Vaz.

RIO GRANDE
2009

S232i Sant'Anna, Cynthia Fontella

Interação enfermeira – comunidade na estratégia saúde da família: um estudo das características do sujeito e da finalidade / Cynthia Fontella Sant"Anna. – 2009.

80 f.

Orientadora: Marta Regina Cezar Vaz

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

1. Enfermagem 2. Saúde pública 3. Programa saúde da família I. Título. II. Vaz, Marta Regina Cezar

CDU: 616-083:614

Catalogação na fonte: Bibliotecária Jane M. C. Cardoso CRB 10/849

CYNTHIA FONTELLA SANT'ANNA
INTERAÇÃO ENFERMEIRA-COMUNIDADE NA ESTRATGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo das características do sujeito e da finalidade.

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final no dia 12 de agosto de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

_____
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
(Coordenador do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Dr(a) _____
Marta Regina Cezar-Vaz
Presidente FURG

Dr(a) _____
Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro (UFSC)

Dr(a) _____
Mara Regina Santos da Silva
Membro (FURG)

Dr(a) _____
Nalú Pereira da Costa Kerber
Suplente (FURG)

Agradecimentos.

Quero agradecer primeiramente à minha orientadora Marta Regina Cezar Vaz, quem admiro muito por sua imensa e complexa sabedoria, pela sua confiança, sensibilidade e atenção, que foram de extrema importância para meu amadurecimento e auto-confiança no processo acadêmico e pessoal.

Com muito carinho também agradeço ao grupo de estudos Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA, especificamente à companheira Leticia Silveira Cardoso pela amizade e comprometimento, bem como a todo o grupo de pesquisa que direta ou indiretamente me apoiaram nesta caminhada, ensejando na construção coletiva um processo de crescimento mútuo e contagiante. Neste grupo, salientando a relevância das particularidades individuais como essenciais para a complementaridade do trabalho coletivo, e com sucesso.

Ao companheirismo e afeto tornando o árduo, desafiador e o aprendizado, prazeroso com o apoio das colegas (grandes amigas), as quais agradeço o carinho, Rafaela Vivian Valcarenghi, Graziele Dalmolin, Evelyn Roballo, Ivana Duarte Brum, Marlise Capa Verde de Almeida, Gabriela Fonseca Pereira e Juliane Santanna Bento.

Às professoras doutoras da banca de sustentação pela colaboração e ajuda.

Aos enfermeiros trabalhadores da Atenção Básica na Estratégia Saúde da Família, por aceitarem participar da pesquisa.

À coordenação do PPGEnf pelo apoio acadêmico e acreditar em meu trabalho.

À CAPES pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxilio.

Aos meus grandes amores, mãe e pai, obrigada pelo apoio emocional e incentivador de imensurável importância para o alcance de mais esta etapa. À minha mana Vivian e ao cunhado Vinícius por proporcionarem essenciais momentos de descontração. E a todos familiares e amigos por compreender minhas ausências necessárias à academia.

Aos instrutores, amigos e colegas do SwáSthya Yôga pela energia gregária proporcionando aconchego e concentração.

E a todos que não citei aqui e que, de uma maneira ou outra, me auxiliaram, o meu muito obrigada!

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.” (Cora Coralina)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo esquemático 20

RESUMO

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. **Interação enfermeira-comunidade na Estratégia Saúde da Família: um estudo das características do sujeito e da finalidade.** 2009. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG**,** Rio Grande.

RESUMO: A Estratégia Saúde da Família, estruturada na atenção básica formada por equipes multidisciplinares inseridas em um território delimitado, desenvolve seu processo de trabalho atuando com as famílias adscritas a este, tendo enfoque na compreensão do ser humano como individual e coletivo, considerando o ambiente em que vive e interage. Neste sentido, a aproximação entre trabalhador da saúde e comunidade possibilita o desenvolvimento de ações direcionadas a sua população específica, por meio do conhecimento e atuação embasada nos Determinantes Sociais de Saúde. Desta forma, este estudo objetivou identificar os Determinantes Sociais de Saúde que despontam nos depoimentos das enfermeiras, ao caracterizarem a comunidade, analisando sua relação com o trabalho desenvolvido; bem como, compreendendo a comunidade como objeto coletivo constituído por famílias e contextos socioambientais, com e nos quais as enfermeiras desenvolvem seu trabalho, objetivou-se compreender em que concerne a constituição da interação da enfermeira com a comunidade, considerando o(s) sujeito(s) e a(s) finalidade(s). A metodologia utilizada é exploratório-descritiva com análise qualitativa, utilizando entrevista semi-estruturada gravada com consentimento das 65 enfermeiras atuantes na Saúde da Família, pertencentes à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, durante janeiro e julho de 2006. Evidenciou-se a inter e intrarrelação nos fatores determinantes da saúde, obtendo 104 citações para as características anatomofisiológicas dos indivíduos/comunidade correspondentes aos determinantes proximais e em associação predominantemente ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras. Para os determinantes intermediários houve 27 citações e, para os distais, 166, com predominante referência à localização territorial das comunidades em áreas rurais e periféricas. Em relação ao contato existente entre enfermeira e comunidade evidenciou-se duas abordagens desta interação: imediata relacionada às entidades coletivas da própria comunidade; e mediata por meio da relação com os demais trabalhadores da equipe. Nas finalidades acerca desta interação emergiram dois objetos de ação: a população e a equipe. A população na resolutividade e integralidade com enfoque na qualidade da ação, formação de vínculo, prevenção de doenças e promoção da saúde direcionada à autonomia com corresponsabilização; e a equipe na organização do trabalho direcionada à resolutividade da atenção. Desta forma, identificou-se que as enfermeiras relataram uma estreita relação existente entre as características proximais e o trabalho por elas desenvolvido, bem como visualizam a relação com os demais determinantes na relação com o processo de adoecimento. Enfatiza-se, no processo de trabalho na ESF, a importância da interação enfermeira-comunidade visando ações que fortaleçam potencialidades dos indivíduos/grupos e, integralidade e resolutividade da assistência pela organização do trabalho.

DESCRITORES: Enfermagem em Saúde Pública. Programa Saúde da Família. Desigualdades em Saúde. Atenção primária em saúde. Força de trabalho. Trabalho.

ABSTRACT

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. **Nurse-community interaction in the Family Health Program: study of the characteristics of the subject and purpose.** 2009. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG**,** Rio Grande.

The Family Health Program is structured in primary care by multidisciplinary teams formed placed in a defined territory, developing their work process working with the families registered for this, with a focus on understanding the human being as individual and collective, considering the environment in which live and interact. In this sense, the approach between health workers and community allows the development of actions aimed at their specific population, through knowledge and action grounded on the Social Determinants of Health Therefore. This study aimed to identify the Social Determinants of Health Care which highlighted in the nurses' statements, when they characterize the community, analyzing its relation to the work carried out by them; and to understand the constitution of interaction of nurses and community, considering the subject(s) and the purpose(s). The methodology is exploratory, descriptive qualitative analysis, applying semi-structured interview recorded under the permission of the 65 nurses working in the Family Health Strategy of the 3rd Regional Health Care Coordination/RS, during January and July of 2006. It has been shown the inter and intra-relation in the health determinant factors, achieving 104 citations for the anatomo-physiological features of the corresponding individuals/community to the proximal correspondents and in association, mainly, to the work carried out by the nurses. For intermediate determinants there were 27 citations and, for distals, 166, with predominant reference to the territorial localization of the communities in rural areas and peripheries. For the contact between nurse and community, it has been noticed two approaches of interaction: immediate, in the collective entities; and mediate, with the rest of the workers of the team. In the purposes, it has emerged two action objects: the population in the resolution and integration with approaches in the quality of action, bond formation, disease prevention and promotion of health aimed to autonomy with correspondence and team direction in the organization of work aimed to the resolution of attention. Thus, it was found that the nurses have stated a narrow relation between the proximal features and by the work carried out by them, besides the visualization of the relation with other determinants in the relation with the process of getting sick. Emphasis is in the process of working in the primary health care, the importance of the interaction between nurse-community aimed to actions which strengthen potentialities of the individuals/groups and also the integration and resolution of assistance by work organization.

Descriptors: Public Health Nursing; Family Health Program. Health Inequalities. Primary Attention to health. Labor force. Work.

RESUMEN

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. **Enfermera-comunidad en el Programa de Salud de la Familia: un estudio de las características del objeto y la finalidad.** 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG**,** Rio Grande.

RESUMEN: La Estrategia de Salud de la Familia se estructura en atención primaria por equipos multidisciplinarios formados colocado en un territorio definido, el desarrollo de su proceso de trabajo que trabajan con las familias registradas con este, con un enfoque en la comprensión del ser humano como individuo y colectivo, teniendo en cuenta el entorno en que vivir e interactuar. En este sentido, el acercamiento entre los trabajadores de la salud y la comunidad permite el desarrollo de acciones dirigidas a la población específica, a través del conocimiento y la acción fundamentada sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Por lo tanto, este estúdio tuvo el objetivo de identificar los Determinantes Sociales de Salud que se destacan en las declaraciones de las enfermeras, al caracterizar la comunidad, analizando su relación con el trabajo desarrollado; y comprender en que consiste la constitución de la interacción de la enfermera con la comunidad, considerando el(los) sujeto(s) y la(s) finalidad(es). Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con análisis cualitativa, fue utilizada la entrevista semiestructurada grabada con el consentimiento de las 65 enfermeras de la Salud de la Familia, pertenecientes a la 3ª Coordinación Regional de Salud/RS, durante el periodo de enero a julio de 2006. Fue evidenciado la inter e intrarrelación en los factores determinantes de la salud, obteniendo 104 citaciones para las características anatomofisiológicas de los individuos/comunidad correspondientes a los determinantes proximales y en asociación predominantemente al trabajo desarrollado por las enfermeras. Para los determinantes intermediarios hubo 27 citaciones y, para los distales, 166, con predominante referencia a la localización territorial de las comunidades en áreas rurales y periféricas. Para el contacto entre la enfermera y la comunidad fue evidenciado dos abordajes de la interactividad: inmediata, en las entidades colectivas; y mediata, con los demás trabajadores del equipo. En las finalidades, emergían dos objetos de acción; la población en resolución e integración con enfoques en la cualidad de acción, formación de vínculo, prevención de enfermedades y promoción de la salud dirigida a la autonomía con corresponsabilización y el direccionamiento del equipo en la organización del trabajo dirigido a la resolución de la atención. Así, se constató que las enfermeras relataron una estrecha relación entre las características proximales y el trabajo por ellas desarrollado, además de como visualizan la relación con los demás determinantes en la relación con el proceso de enfermarse. Se enfatiza la importancia de la interacción enfermera/comunidad visando las acciones que fortalezcan potencialidades de los individuos/grupos y también integración y resolución de la asistencia por la organización del trabajo.

Descriptores: Enfermería en Salud Pública; Programa Salud de la Familia. Desigualdades en la Salud. Atención primaria en salud. Fuerza de trabajo. Trabajo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 OBJETIVOS GERAIS 15

3 PROCESSO METODOLÓGICO 16

4 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DA COMUNIDADE E TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA 21

5 COMUNIDADE: OBJETO COLETIVO DO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 40

6 CONCLUSÃO FINAL 57

7 REFERÊNCIAS 59

8 ANEXOS 65

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética CEPAS/FURG 65

ANEXO II - Aprovação da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde 66

ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 67

ANEXO IV - Instrumento de Caracterização 68

ANEXO V – Instrumento de Questões 70

ANEXO VI – Normas de publicação artigo 1 71

ANEXO VII – Normas de publicação artigo 2 76

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo está vinculado à linha de pesquisa "Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde" do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da FURG, ao pretender compreender, no processo de trabalho das Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF), como ocorre sua articulação com a comunidade de abrangência para realização conjunta da promoção da saúde socioambiental.

É parte integrante do macroprojeto de pesquisa intitulado "Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção à saúde da família – Uma Abordagem Ecossistêmica da Produção Coletiva de Saúde", financiado pelo CNPq (CEZAR-VAZ, 2004). A participação neste projeto, possibilitou conhecer na Estratégia Saúde da Família (ESF) – o processo de reestruturação da Atenção Básica que propõe o desenvolvimento de um trabalho mais próximo dos indivíduos e das comunidades – dois focos principais de atenção. Um, no qual a enfermeira caracteriza sua comunidade de adscrição que correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que pertencem e se relacionam com as condições de vida e saúde local, nas particularidades dos indivíduos, aspectos comportamentais dos diferentes grupos de uma comunidade e elementos socioambientais.

O outro foco está centrado na interação entre enfermeira e comunidade que é facilitada/estimulada pela continuidade da atenção com estreitamento de vínculos entre os sujeitos, estabelecendo um elo de confiança, como para o êxito e a consolidação do trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Esta forma de trabalho desenvolvido na ESF permeia a utilização de instrumentais diferenciados a objetos de trabalho que ultrapassam o limite do sujeito individual, ou seja, amplia sua atenção para a compreensão do ambiente sócio-cultural, vinculação e participação da comunidade como objeto/sujeito coletivo de sua ação. Interando com parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais centradas na qualidade de vida dos seres humanos e no seu ambiente

Na expressão da política da ESF caracteriza-se como comunidade o conjunto de famílias adscritas em determinado território geográfico em um município. Neste sentido de aproximação, salienta-se o trabalho da enfermeira como agente propulsor das ações interativas e integrativas na relação com os diferentes grupos da comunidade. Permite-se assim, caracterizá-la como articuladora do trabalho multiprofissional ao intervir nas várias

dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, família e grupo, no contexto socioambiental comunitário.

Contudo, a relevância em se realizar pesquisa se refere ao aprendizado mútuo na abordagem realizada às enfermeiras envolvidas no estudo e à troca de experiências com as mesmas, proporcionando retorno dos resultados e aplicação no trabalho desta trabalhadora. Favorecendo assim, a possibilidade de desenvolver novos saberes, novas habilidades e novas atitudes a fim de garantir a continuidade das ações [em saúde], bem como oferecer espaço/momentos para discussões, pois estar-se-á contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida, modificando o perfil de saúde.

A proposta das ações previstas às equipes da ESF no desenvolvimento cotidiano de assistência, nos diferentes espaços de atuação, como na USF, domicílio, coletiva nos grupos de saúde, escolas, etc. possibilita/condiciona dar ênfase nas atividades que aproximam/fortalecem articulação entre comunidade adstrita e trabalhadores da saúde. Esta aproximação pode ser vista acerca da inserção dos ACS na equipe, que são pessoas da comunidade com relação/inserção direta com a equipe, processo de cadastramento dos indivíduos/famílias, acolhimento nas atividades, inserção dos trabalhadores no espaço domiciliar, auxiliar no incentivo à cidadania por meio da formação de Conselhos Locais de Saúde, entre outras particularidades desta estratégia de atenção básica em saúde.

Na ESF, ao considerar o processo de trabalho no conjunto de saberes, força de trabalho, instrumentos e meios, os trabalhadores – sujeitos que prestam assistência individual e coletiva – visa-se atingir produtos e resultados decorrentes desta prática (MENDES-GONÇALVES, 1994); que para o desenvolvimento da ação na atenção básica, a enfermeira utiliza os meios e instrumentos para a aproximação ao objeto de trabalho, comunidade.

Nesta perspectiva, a prática da enfermeira deverá intervir através da organização do processo de trabalho, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito seja, por meio de seu trabalho, um agente de transformação.

Neste sentido, conhecendo sua comunidade e desenvolvendo ações especificas às necessidades locais – compreendendo que as características da comunidade estão diretamente relacionadas com o tipo e modo de desenvolvimento do trabalho das enfermeiras e com relação direta à finalidade deste trabalho – possibilita visualizar a realização de ações de intervenção sobre os fatores de risco existentes à comunidade; assistência integral, permanente e de qualidade; atividades de educação e promoção da saúde; atuação intersetorial, com parcerias de diferentes segmentos sociais e institucionais, a fim de intervir

em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que podem ser determinantes às condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Neste sentido, emergiu o interesse em compreender, numa perspectiva crítica/analítica, as características locais e a efetividade da prática das enfermeiras nas equipes de Saúde da Família na interação com esta comunidade é justificado pela sua relevância social para legitimar-se no contexto político social do setor saúde, por acreditar que essa prática pode facilitar/proporcionar a construção de novos saberes, na produção de novos conhecimentos que contribuam para a efetivação da atenção à saúde coletiva, resolutividade e integralidade na qualidade de vida e saúde da comunidade.

2 OBJETIVOS GERAIS

- Compreender a percepção das enfermeiras acerca das características da comunidade em associação com os determinantes sociais de saúde.
- Compreender a percepção das enfermeiras no que concerne a constituição de sua interação com a comunidade, considerando o(s) sujeito(s) e a(s) finalidade(s).

3 PROCESSO METODOLÓGICO

O caminho metodológico utilizado em direção ao alcance dos objetivos propostos é descrito na caracterização e local do estudo, sujeitos e procedimentos éticos envolvidos, procedimentos de coleta e análise dos dados.

3.1 Característica do estudo

Este estudo é parte de um macro projeto, do grupo de pesquisa Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA, intitulado "Trabalho em saúde e o Contexto tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família – Uma abordagem sócioambiental da produção coletiva de saúde". Inserido no edital MS/CNPq/FAPERGS nº 004/2007 – do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – processo nº 0415374. Que teve como objetivo analisar as mudanças atuais no modelo de atenção básica à saúde, na organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual intensifica a proposta de ações abrangendo aos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, por meio do Programa Saúde da Família – PSF.

Desta forma, a presente pesquisa se caracteriza por ser um estudo transversal (num tempo histórico socioambiental determinado) numa abordagem dialética, a qual congrega uma análise qualitativa temática (Minayo, 2004), em um modelo ecossistêmico construído a partir dos elementos do sistema de saúde na expressão do trabalho coletivo.

Com a proposta de pesquisa explicativa, assume uma abordagem dialética do objeto do estudo. Segundo esta compreensão, a relação de exterioridade entre sujeito e objeto, cujos termos estão separados e em oposição entre si, expressa apenas um momento do processo de sua constituição. O sujeito não preexiste, mas se constrói, e esta construção implica um processo de desenvolvimento, tanto do sujeito como do objeto. Nesta relação, portanto, numa abordagem qualitativa com base empírica o processo de trabalho das enfermeiras nas equipes da ESF pertencentes à terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), as explicações ocorrem nas relações estruturais tanto na internalidade através da investigação do trabalho em ação direta com as comunidades, como na externalidade das relações e estruturas sociais em que se intercala através da incorporação e execução do processo de trabalho das enfermeiras da ESF a sua comunidade de adscrição. Considerando modelo estruturante da atenção básica à saúde e as características

socioambientais, com o intuito de potencializar a ação sustentável e a resolutividade na organização tecnológica do trabalho em saúde coletiva.

No trabalho da enfermagem/saúde, o profissional, enquanto agente promotor de saúde instrumentado pelos seus saberes, requer assumir o ser humano como sujeito socioambiental e histórico.

3.2 Local do Estudo

A 3ª CRS/RS constitui-se de 22 municípios, que além do município de Rio Grande e o município de Pelotas como sede da 3ªCRS/RS inclui os municípios de Amaral Ferrador, Arroio Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval do Sul, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Piratini, Pinheiro Machado, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

No período de coleta de dados, esta região da 3ª CRS/RS compreendia sessenta e cinco (65) Equipes da Saúde da Família implantadas em 14 desses municípios.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo compreende as 65 enfermeiras componentes das 65 equipes da Estratégia Saúde da Família, dos municípios pertencentes à 3ª CRS/RS, existentes durante janeiro e julho de 2006.

3.4 Procedimentos Éticos

Com referência aos aspectos éticos da pesquisa, em consonância com a Resolução CNS 196/96, o macro projeto obteve aprovação do Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (protocolo CEPAS-FURG nº 02/2004) e, aprovação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde - 3ºCRS (oficio nº 1299), responsável pela coordenação regional das Equipes da Estratégia Saúde da Família na região do estudo. Foi utilizado com os sujeitos do estudo um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual consta objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, a estratégia de implementação e o modo de inserção do sujeito no processo da pesquisa, visto que o presente trabalho utiliza a base de dados do macro projeto de pesquisa referido anteriormente. Em se tratando de um estudo que não envolve risco direto a integridade física dos sujeitos, esse aspecto será explicitado, bem

como será assegurado o direito do sujeito de deixar de compor o grupo de participantes da pesquisa em qualquer momento que assim o desejar.

Documentos constantes do processo de consonância ética:

- Parecer do Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (Anexo I – Documento I – constante na versão original do projeto em guarda da coordenadora da proposta);
- Aprovação da Terceira Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul (Anexo II – constante na versão original do projeto em guarda da coordenadora da proposta);
- Modelo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos do estudo. (Anexo III)

3.5 Trabalho de Campo - Coleta de dados

No trabalho de campo deste estudo foi utilizado, como instrumento para coleta e registro dos dados, a *Entrevista* Semi-Estruturada Gravada, para subsidiar as análise e discussões. A qual consiste de comunicações pessoais dos trabalhadores acerca de suas ações no trabalho, registradas em sua linguagem por gravações em fitas magnéticas, a partir de um protocolo com questões norteadoras, previamente elaborado e testado, permitir aos sujeitos, integrantes das equipes da Saúde da Família discorrerem sobre as características de sua população, a organização do trabalho frente a essas características, e a forma como ocorre a articulação entre enfermeira e indivíduos, famílias e comunidade. O roteiro foi estruturado em duas partes: a primeira, um questionário de identificação dos sujeitos, para apoio e motivação para a entrevista gravada; e a segunda, o roteiro propriamente dito da entrevista gravada, visualizando buscar situações que fornecessem respostas às quais a concepção pretendida transpareça na internalidade dos depoimentos.

O estudo-piloto consistiu de um ensaio, o qual buscou o aperfeiçoamento do método a ser utilizado para a coleta de dados, visando a melhor compreensão dos participantes às questões investigadas, para assim atingir os objetivos propostos.

Para aproximação das enfermeiras realizou-se contato via telefone para visualizar a disponibilidade para participar da pesquisa e realizar o agendamento da realização da entrevista.

3.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos no trabalho de campo foram analisados numa dinâmica dialética (MINAYO, 2004), para a explicação da estrutura tecnológica do modelo de atenção à Estratégia Saúde da Família, através da base empírica do processo de trabalho das enfermeiras

nas equipes da ESF na 3ªCRS/RS. Tendo em vista a discussão para o alcance do primeiro objetivo foram utilizados, como fio condutor, as categorias estruturantes dos Determinantes Sociais de Saúde na relação com as categorias empíricas discorridas pelas enfermeiras acerca de sua população, e os princípios norteadores da ESF na estrutura do SUS. E para análise dos dados em direção do segundo objetivo utilizou-se análise do processo de trabalho por meio das relações entre enfermeira e comunidade como interações mediatas e imediatas.

As entrevistas foram transcritas e organizadas em texto no formato WORD. Os dados ou trechos do texto serão destacados e preparados para compor o sistema de relações entre as categorias de análise e as categorias empíricas (MINAYO, 1992).

Para melhor elucidação da estrutura de alcance de tais objetivos e análise dos dados, construiu-se o esquema a seguir:

Modelo esquemático do estudo

Figura 1 – Modelo esquemático do estudo

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DA COMUNIDADE E TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO: Este estudo objetivou identificar os Determinantes Sociais de Saúde que despontam nos depoimentos das enfermeiras, ao caracterizarem a comunidade, analisando sua relação com o trabalho desenvolvido. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com análise qualitativa nas categorias teóricas dos determinantes. Utilizou-se entrevista semiestruturada gravada com consentimento das 65 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, pertencentes à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. Evidenciou-se a inter e intrarrelação nos fatores determinantes da saúde, obtendo 104 citações para as características anatomofisiológicas dos indivíduos/comunidade correspondentes aos determinantes proximais e em associação predominantemente ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras. Para os determinantes intermediários houve 27 citações e, para os distais, 166, com predominante referência à localização territorial das comunidades em áreas rurais e periféricas. As enfermeiras relataram uma estreita relação entre as características proximais e o trabalho por elas desenvolvido, bem como visualizam a relação com os demais determinantes na relação com o processo de adoecimento.
DESCRITORES: Enfermagem. Enfermagem em Saúde Pública. Programa Saúde da Família. Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT: The aim of this study is to identify the Social Determinants of Health Care which highlighted in the nurses' statements, when they characterize the community, analyzing its relation to the work carried out by them. It is an exploratory and descriptive study with qualitative analysis in the theoretical categories of the determinants. It has been applied a semi-structured interview recorded under the permission of the 65 nurses of the Family Health Care, members of the 3rd Regional Health Care Coordination/RS. It has been shown the inter and intra-relation in the health determinant factors, achieving 104 citations for the anatomo-physiological features of the corresponding individuals/community to the proximal correspondents and in association, mainly, to the work carried out by the nurses. For intermediate determinants there were 27 citations and, for distals, 166, with predominant reference to the territorial localization of the communities in rural areas and peripheries. The nurses have stated a narrow relation between the proximal features and by the work carried out by them, besides the visualization of the relation with other determinants in the relation with the process of getting sick.
DESCRIPTORS: Nursing. Public Health Nursing. Family Health Program. Health Inequalities.
Social determinants of health: community features and nurse work in the family health care.

RESUMEN: Este estudio tuvo el objetivo de identificar los Determinantes Sociales de Salud que se destacan en las declaraciones de las enfermeras, al caracterizar la comunidad, analizando su relación con el trabajo desarrollado. Se trata de un estudio

exploratorio-descriptivo con análisis cualitativa en las categorías teóricas de los determinantes. Fue utilizada la entrevista semiestructurada grabada con el consentimiento de las 65 enfermeras de la Salud de la Familia, pertenecientes a la 3ª Coordinación Regional de Salud/RS. Fue evidenciado la inter e intrarrelación en los factores determinantes de la salud, obteniendo 104 citaciones para las características anatomofisiológicas de los individuos/comunidad correspondientes a los determinantes proximales y en asociación predominantemente al trabajo desarrollado por las enfermeras. Para los determinantes intermediarios hubo 27 citaciones y, para los distales, 166, con predominante referencia a la localización territorial de las comunidades en áreas rurales y periféricas. Las enfermeras relataron una estrecha relación entre las características proximales y el trabajo por ellas desarrollado, además de como visualizan la relación con los demás determinantes en la relación con el proceso de enfermarse.
DESCRIPTORS: Enfermería. Enfermería en Salud Pública. Programa de Salud Familiar. Desigualdades en la Salud.
Determinantes sociales de salud: características de la comunidad y trabajo de las enfermeras en la salud de la familia.

INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correspondem a um conjunto de fatores que caracteriza as particularidades dos indivíduos e também reflete sua inserção em um tempo-espaço. Os determinantes referidos constituem uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo.

As características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que pertencem às condições de vida e saúde local e com elas se relacionam[1]. Nesse espectro, a relação entre saúde e doença é dinâmica e constante, compreendendo a capacidade normativa para a vida que o indivíduo possui, ou seja, pela sua capacidade de estabelecer novas normas, mesmo que orgânicas, frente às circunstâncias apresentadas e considerando-se, assim, normal, percebendo o surgimento da doença como compatível com a vida[2].

Em uma comunidade, as características anatomofisiológicas se constituem nas particularidades dos indivíduos, que representam parcela da comunidade, os DSS proximais.

Outra parcela atrela-se aos aspectos comportamentais de diferentes grupos, que pode formar redes sociais de apoio e complemento às questões de vida e saúde, os DSS intermediários. E ainda, considera-se as características mais externas aos indivíduos e grupos, os fatores sócio-ambientais, como DSS distais[3].

A comunidade, na condição de contexto sócio-ambiental, condiciona e determina a saúde e o adoecimento, na relação entre os indivíduos e os sistemas ambientais em que vivem, interagindo com seres vivos e não vivos[4]. Essa interação desenvolve efeitos de ação e reação, que interferem nos estados de vida em comunidade, bem como em situações de construção do próprio ambiente físico-social, produzindo meios (in)sustentáveis à sobrevivência e à preservação[1].

Em tal conjuntura, o processo de trabalho com os elementos/fatores determinantes sociais de saúde – ao conhecer e atuar junto às condições de vida e saúde de indivíduos e famílias – no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) é abordado pelo Ministério da Saúde como estratégia de reestruturação da Atenção Básica, que desenvolve a mediação das ações estatais para melhorar as condições de vida e saúde, a partir da ação de uma equipe multiprofissional[1]. Essa força de trabalho impulsiona ações promotoras a grupos com fatores de risco comportamentais e ambientais, visando adequar hábitos/estilos de vida saudáveis, minimizando o aparecimento de agravos[5].

Neste âmbito do grupo multiprofissional, salienta-se o trabalho das enfermeiras como agentes propulsores das ações interativas e integrativas na relação com os

diferentes grupos da comunidade. Permite-se, assim, caracterizá-las como articuladoras do trabalho multiprofissional ao intervirem nas várias dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, família e grupo, no contexto sócio-ambiental comunitário.

No desenvolvimento do trabalho, a comunidade, quando estimulada a participar ativamente na atenção à saúde, desenvolve a corresponsabilização com os trabalhadores da equipe, permitindo o desenvolvimento de um trabalho com maior abrangência frente à determinação social da saúde.

Nesse contexto, a atuação dos trabalhadores da ESF necessita ir além dos cuidados anatomofisiológicos nos indivíduos, buscando ações de prevenção da doença e promoção da saúde na comunidade, compreendendo os aspectos sócio-ambientais. Sendo assim, o presente estudo emerge do anseio da seguinte questão norteadora: Como as enfermeiras caracterizam seu objeto coletivo de trabalho, a comunidade, de acordo com os DSS?

Nessa direção, objetivou-se identificar os Determinantes Sociais de Saúde que despontam nos depoimentos das enfermeiras ao caracterizarem a comunidade, analisando a relação com o seu trabalho.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa temática[6] – a aproximação das características das comunidades atendidas na Estratégia Saúde da Família aos Determinantes Sociais de Saúde – na tentativa de compreender uma problemática sob a ótica dos sujeitos envolvidos, as enfermeiras, para análise do objeto de investigação em determinado tempo histórico sócio-ambiental, pois o foco é para a apreensão da enfermeira sobre o seu

objeto/sujeito coletivo da ação – a comunidade que vive em um espaço delimitado e socializado cultural e economicamente.

O presente estudo originou-se de uma dissertação em enfermagem[7], a qual utilizou o banco de dados de um macroprojeto* que teve como cenário de estudo a rede da ESF da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), no extremo sul do Rio Grande do Sul, Brasil. A população da pesquisa constituiu-se de 65 enfermeiras que compõem a totalidade de profissionais da categoria atuantes nas 65 equipes da ESF pertencentes à 3ª CRS, no período da coleta dos dados, realizada entre janeiro a julho de 2006. Destaca-se que foi utilizado como critério de seleção das equipes a sua constituição até o período de 2004, data em que o projeto da pesquisa foi aprovado.

O instrumento foi testado por meio do estudo-piloto, junto a uma equipe da ESF não pertencente ao grupo selecionado para a amostra. As entrevistas semiestruturadas gravadas foram norteadas pela questão dirigida às enfermeiras: Expõe as características da comunidade que compõem o território adscrito à utilização dos serviços, nesta Unidade Saúde da Família. Este processo foi previamente projetado com o suporte dos DSS como base teórica, para sustentar a base empírica construída a partir dos depoimentos das enfermeiras sobre as condições de vida e saúde da comunidade.

A análise dos dados foi delineada pelo suporte teórico dos DSS, para possibilitar a aproximação da base empírica do conteúdo dos depoimentos das enfermeiras. Este

---

* Intitulado "Trabalho em saúde e o Contexto tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família – uma abordagem socioambiental da produção coletiva de saúde" e inserido no edital MS/CNPq/FAPERGS nº 004/2007 – do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – processo nº 0415374. Objetivou analisar as mudanças atuais no modelo de atenção básica à saúde, na organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual intensifica a proposta de ações abrangendo os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, por meio do Programa Saúde da Família – PSF.

processo permitiu a exploração do material obtido, em acordo à aplicação aos elementos dos DSS e princípios da ESF.

Assim, a apresentação e análise dos dados estão divididas didaticamente nas categorias teóricas, de acordo com os DSS, em: **Determinantes Proximais**, representados pelas categorias operacionais relacionadas ao indivíduo, como idade, sexo e fatores hereditários; **Determinantes Intermediários**, que compreendem as categorias operacionais de estilo de vida e redes sociais, comunitárias e saúde; e os **Determinantes Distais**, que abrangem as condições de vida e trabalho (escolaridade, ambiente de trabalho, fonte de renda, saneamento básico, cultura, habitação e serviços sociais e de saúde) e as condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais.

Quanto aos aspectos éticos, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), sob parecer n^{o}02/2004. Assegurando a observação das normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução196/96 do Conselho Nacional de Saúde[8], obteve-se expresso por escrito em duas vias o consentimento de todos os entrevistados, após serem informados acerca do direito à desistência da participação sem qualquer ônus e à preservação do anonimato da identidade pessoal, dos locais de trabalho e dos municípios.

RESULTADOS

Da totalidade das 65 enfermeiras entrevistadas, 59 são do sexo feminino e 6 do masculino, com média de idade de 37,60, variando entre 24 e 55 anos. O tempo de trabalho na ESF foi de 25,93 meses, variando entre 1 e 60 meses de atuação. Destes

trabalhadores, 50 possuem Especialização em Saúde da Família e 15, Especialização em Saúde Pública e Saúde Coletiva. Acerca da formação pós-graduada *stricto sensu*, 4 enfermeiras possuem Mestrado.

Os resultados apresentados a partir das categorias teóricas – **determinantes proximais**, **determinantes intermediários** e **determinantes distais** – são descritos com apresentação do número de referências feitas a cada categoria operacional, representada entre parênteses, visando demonstrar a representação quantitativa para consubstanciar o qualitativo da caracterização das enfermeiras acerca das características da comunidade.

Determinantes Proximais e características anatomofisiológicas

Na categoria teórica dos DSS proximais, houve 104 citações das entrevistadas referentes à **faixa etária** (45), ao **sexo** (31) e aos **fatores hereditários** (28), no que concerne às características da comunidade.

Na categoria operacional referente à **faixa-etária** foi possível visualizar predominantemente nas falas das enfermeiras como característica proximal o idoso (25), relacionando-o com DSS distais representados pela fonte de renda, aposentadoria e melhores condições de moradia. As demais características etárias (20) foram associadas à escolaridade, para o cadastramento no bolsa-escola, e às ações desenvolvidas pela trabalhadora, no atendimento à puericultura, pré-natal, vacinação e planejamento familiar, classificadas nos DSS distais e intermediários, respectivamente.

No que se refere ao **sexo**, foi descrito (25) para a diferença entre homens e mulheres, relacionada às características distais correspondente ao tipo de emprego extra ou intradomiciliar, o último ocupado com o cuidado dos filhos; nível educacional baixo

em função do trabalho precoce; e uso de drogas, que acarretam conseqüências distintas para o homem e a mulher, desenvolvendo o alcoolismo e a depressão, respectivamente.

Em relação aos **fatores hereditários**, foram relacionadas características que identificam patologias crônico-degenerativas (19), como a hipertensão e diabetes, depressão (8) e obesidade (1), relacionadas a outros DSS proximais, como a faixa-etária (com ênfase na pessoa idosa), com DSS intermediário, como o estilo de vida, e ainda com DSS distal, como a cultura referente aos hábitos alimentares, o sedentarismo e a ausência de atividades de lazer.

Determinantes Intermediários e interações condicionantes da vida e da saúde

De acordo com a percepção das enfermeiras, a categoria teórica em questão obteve 27 citações, relacionadas ao **estilo de vida dos indivíduos** (17) e às **redes sociais, comunitárias e saúde** (10).

A categoria operacional **estilo de vida dos indivíduos** visualizou-se como predominante a referência ao uso de drogas (10), ao referir alguns DSS distais de localização territorial e cultural, devidos à ingesta diária de bebida alcoólica, na área rural, e ao uso de substâncias ilegais como uma das causas da violência na periferia. Apresenta-se ainda o comportamento pouco reivindicador associado à característica distal da cultura no território rural (6), e a atribuição de responsabilidades do cuidado entre irmãos de diferentes idades associado ao DSS distal da área periférica (1) e ainda a cultura da comunidade.

Em relação às **redes sociais, comunitárias e saúde**, predominaram no relato das enfermeiras os espaços de lazer (8), apontados por sua ausência; e assim, utilização do

serviço da unidade de saúde, a participação em grupos religiosos, no conselho local de saúde e em grupo de saúde mental como meios de socialização; relacionada ao comportamento suicida (1), por sua vez, associado ao desemprego e à consequente falta de alimentação, ambos DSS intermediários.

Determinantes Distais e características sócio-ambientais

Nesta categoria teórica, os entrevistados fizeram 168 referências aos aspectos de condições de vida e trabalho e de condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais, identificadas na educação (40), **ambiente de trabalho** (32), **fonte de renda** (29), **saneamento básico** (27), **habitação** (13), **serviços sociais de saúde** (13) e **cultura** (14).

Em relação à categoria operacional **educação**, o analfabetismo e o baixo nível escolar, identificado no 1º grau incompleto (33), foram registrados como sendo a principal característica da comunidade, relacionada aos seguintes DSS distais: localização periférica ou rural, inserção precoce no mercado de trabalho, carência na alimentação e evasão escolar durante a gravidez.

Para o **ambiente de trabalho** foi referido como característica principal o tipo de trabalho (25), na relação com DSS de localização, identificando na área rural o trabalho agrícola e agropecuário, e estes, por sua vez, com os DSS proximais de patologias, devido à exposição a toxinas e ao trabalho excessivo. Na área periférica (7), o ambiente de trabalho foi associado a DSS distais, como o trabalho autônomo, sem carteira assinada.

Em relação à categoria operacional da **fonte de renda**, as enfermeiras caracterizam a comunidade pelo baixo nível salarial (15), ao referirem relação com outros

DSS distais, como o trabalho sem renda fixa e a cultura, devido ao elevado número de filhos: 11 a 12 por família. Foram apontados o desemprego (9) em relação aos intervalos da safra agrícola rural, característica distal, e a utilização de benefícios do governo, característica intermediária.

Em relação ao **saneamento básico** foram identificadas a carência e/ou ausência de estrutura para esgoto (11), água (9), luz (5) e coleta de lixo (2), relacionados à característica distal de localização territorial, referindo alagamentos de ruas, na área periférica, e uso de poço artesiano e despejo de esgoto nos rios, na área rural.

Os aspectos de **habitação** foram caracterizados pelas condições de saúde (8), relacionadas às precárias estruturas físicas e tipo de material de construção (papelão, latas), co-habitação com animais, tamanho da residência, ausência de assoalho, precárias condições de higiene e ausência de equipamentos domésticos.

Em relação aos **serviços sociais de saúde** foi referida a acessibilidade dos clientes à unidade de ESF (9), identificando as atividades desenvolvidas, tais como grupos de saúde, vacinação e atendimento à demanda, associados a DSS distais em razão de o horário de trabalho coincidir com o de funcionamento da unidade ESF, da dificuldade pela distância territorial bem como da dificuldade financeira para tal deslocamento. E ainda foi identificado o perfil reivindicador (4) da comunidade, DSS intermediário, para solicitação de maior número de consultas.

Referente à **cultura**, foi mencionada a etnia alemã (13), identificando a área rural, característica distal, hábitos alimentares e doenças crônicas; e a dificuldade de comunicação, que recai no uso do dialeto pomerano pela comunidade. E na periferia (1),

foi citada a representação da mulher na sociedade, de acordo com o maior número de filhos.

DISCUSSÃO

A estruturação dos DSS expressa a mediação existente entre as diferentes categorias teóricas nas intra e inter-relações com os fatores operacionais[9] que, nessa dinâmica interativa do indivíduo e da coletividade aos fatores sócio-ambientais, origina-se a necessidade de uma assistência integral à saúde[3].

O estabelecimento da relação das características da comunidade relatadas pelas enfermeiras com os DSS evidencia o idoso pela estabilidade financeira que a aposentadoria pode significar, sendo por vezes a única fonte de renda familiar, e com possibilidade de proporcionar melhoria quantitativa e qualitativamente às condições de vida[10]. Esta relação torna clara a interrelação entre os diferentes DSS, pois ao descrever características de uma determinada faixa etária, DSS proximal, a trabalhadora faz referência à condição sócio-econômica deste, o trabalho, correspondente a um dos DSS distais.

Este mesmo sentido é identificado quando é feito referência à criança na relação com a escolaridade que pode representar o suporte financeiro proporcionado pelo governo, que tem o objetivo de incentivar a educação por meio de benefícios. Estes, nas áreas de carência sócio-econômica, podem significar a existência de uma criança como provedora financeira de uma família[11].

Neste espectro, as enfermeiras caracterizam o próprio objeto coletivo de intervenção, a comunidade, a partir do desenvolvimento de seu trabalho, direcionado às

características correspondentes à faixa-etária e fatores hereditários pautado nas prioridades previstas no Pacto pela Saúde[5], na realização de ações individuais e coletivas de responsabilidade criativa e organizativa das enfermeiras.

As enfermeiras enfatizam a relação entre o trabalho masculino e feminino, considerando o primeiro como provedor financeiro de uma família, o que pode representar a evasão escolar por parte dos adolescentes do sexo masculino, ligados a aspectos culturais e fatores de localização territorial. Desta forma, visualiza-se a direta relação de um DSS proximal, o sexo, com o trabalho dos indivíduos homens interligado à cultura, correspondentes aos DSS distais; bem como, a intra-relação nos elementos dos DSS distais, pois a cultura de o homem ser o provedor do sustento familiar pode interferir no processo de escolarização deste indivíduo, que corresponde também a um determinante distal.

Na diferença entre sexos, percebe-se a estreita relação com o consumo de álcool, associado ao comportamento de risco, permeada às diferenças regionais e o tipo de bebida consumida. Pode-se constatar também a prevalência do consumo de álcool por homens, e nas mulheres, a prevalência de desordens no consumo de drogas controladas[3]. Assim, o DSS proximal, sexo, é identificado na relação com um DSS intermediário, estilo de vida, o qual pode representar um fator de vulnerabilidade à saúde do indivíduo – correspondente a um DSS proximal, e interferir na inserção/relação com redes sociais, comunitárias e saúde – um DSS intermediário.

Visualiza-se que o foco de abordagem aos fatores hereditários encontra-se direcionado à prevenção e controle da hipertensão e diabetes[12], definidas como prioridades na atenção à saúde do adulto. Assim, compreendendo a saúde como uma

questão de bons hábitos[13], as enfermeiras na ESF desenvolvem a atenção aos indivíduos acometidos de doenças crônico-degenerativas, em atividades educativas e informativas individuais ou coletivas, incluindo conteúdos relativos a patologia, suas implicações e riscos. As referidas atividades têm em vista a perspectiva de mudanças de hábitos comportamentais e alimentares, incentivo à atividade física, entre outras atitudes possíveis para produzir a adequação dos indivíduos a hábitos mais saudáveis[12].

Ao analisar a descrição das enfermeiras acerca das características anatomofisiológicas da comunidade, DSS proximal, é identificado a interrelação que estas trabalhadoras fazem com os demais DSS, apontando assim que, ainda que exista divisão teórica destes determinantes, os fatores se conectam e interagem constantemente na vida do sujeito indivíduo e coletivo.

Tal interação entre os DSS também pode ser visualizado em relação ao modo condicionante do viver, no qual as enfermeiras percebem a relação entre o estilo de vida e o meio de inserção dos indivíduos, que pode ter como fator diferenciador a cultura de determinada localização territorial. Nessa direção, destaca-se a área rural e o uso de drogas associados às questões culturais e patologias crônico-degenerativas.

Na área periférica, o uso de drogas, aqui representadas prioritariamente pelas ilegais, imbrica-se com demais fatores relacionados às redes sociais e comunitárias, como o desemprego. Este pode ser um elemento desencadeador, devido à carência nas condições de sobrevivência; um estímulo à violência, inclusive contra si mesmo, representada no comportamento suicida: em consequência da marginalização e da exclusão social. O que produz, em contrapartida, o aumento abusivo do uso de drogas legais e ilegais[14]. Esta associação de fatores representa a dinâmica relação dos

determinantes, no qual um DSS intermediário, estilo de vida, reflete inúmeras conseqüências às condições de vida e saúde, e assim interfere nos demais fatores determinantes.

Quanto às redes sociais e comunitárias, é identificado que a localização territorial das unidades de comunidades adstritas à ESF carece de espaços estruturados para o lazer. Essas redes de apoio social podem representar um potencializador à redução de transtornos mentais, ainda que igualmente relacionado à idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho, pois promove inter-relações, produzindo autoconfiança e poder de enfrentamento dos problemas no cotidiano dos indivíduos[3].

Para o enfrentamento de tais problemas, os trabalhadores devem considerar que a vida é polaridade e, por isso, uma posição inconsciente de valor, sendo a restauração da doença uma atividade normativa, conforme o contexto, dentro de um dinamismo estabelecido pelo ambiente, situado no tempo e no espaço[2].

Na dinâmica existente da condição de saúde e adoecimento apresentada, enfatiza-se o crescimento das desigualdades sócio-econômicas e seu efeito em cadeia[15]. Ou seja, o estado de bem-estar é representado por elementos anteriores e consecutivos, visto que o acesso à educação – DSS distal – se relaciona às possibilidades de acesso no mercado de trabalho – outro DSS distal – produzindo a aquisição de renda ou ausência da mesma. Essa última, é importante frisar, dificulta ou impossibilita aquisições de materiais e produtos necessários à melhoria ou manutenção das condições de vida, alimentação e higiene[16] – DSS intermediário. Torna-se oportuno, ainda, salientar a estreita relação entre o nível da escolaridade e a taxa de fecundidade, que ocorre em medida inversamente proporcional[3].

O ambiente como um fator condicionante ao trabalho é referido pela negligência de alguns cuidados que pode representar/desenvolver um agravo à saúde, como na exposição a agrotóxicos visualizada na área rural, trabalho que se desenvolve de geração em geração[17]. Nesse sentido, a enfermeira e a sua equipe de saúde têm a possibilidade de desenvolver ações acerca da saúde do trabalhador e da prática do autocuidado.

Identifica-se ainda que as enfermeiras caracterizam sua comunidade quanto às condições de moradia, relacionando-as à localização territorial. A periférica é inferida como a de menor acesso aos serviços de saneamento básico – DSS distal – na qual há também pouca procura pelos serviços de saúde[18], DSS intermdiário. Dessa forma, o ambiente natural condiciona incisivamente o viver dos indivíduos[19,20], seja impondo limites para locomoção, tipo de produção ou socialização, entre outros aspectos.

A partir daí, a saúde e seus determinantes necessitam ser pensados na dimensão social, cultural e econômica, que se manifesta no ambiente onde o indivíduo e sua coletividade se inserem. Pois, possibilita identificar melhor seleção, adequação e planejamento das ações a serem desenvolvidas, objetivando a integralidade e a universalidade da atenção, como princípio de justiça social[21,22].

Entende-se, assim, a saúde como uma estrutura de organizações que consiste no conjunto de relações de produção de componentes do ambiente, os quais se modificam e transformam as relações entre si, à medida que vão interagindo com/no ambiente, sendo o ser humano o produto da atividade social. Ou seja, um conteúdo complexo, que no nível da ciência, da saúde, é uma categoria ou conceito com suas aplicações, realizando-se estruturalmente no tempo e no espaço[1], enfatizando a conexão das relações complexas e mútuas entre o sujeito e o seu ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, o estudo alcançou o objetivo proposto, possibilitando visualizar a relação direta existente entre ambiente e saúde, pois as condições da última podem interferir no ambiente físico, econômico e social, bem como o inverso também se torna verdadeiro.

Pode-se, assim, concluir que as enfermeiras da ESF caracterizam seu objeto de intervenção por meio de aspectos condicionantes do modo de viver, trabalhar e se relacionar dos clientes. Tais condicionantes atuam como um fator determinante do nível comunitário de saúde, compreendendo a dinâmica de interação dos indivíduos em coletividade, as estruturas anatomofisiológicas, relações interpessoais e ambientais.

Assim, a percepção dos determinantes proximais descreve particularidades dos indivíduos observadas nas ações de trabalho desenvolvido pelas enfermeiras. Elas, ao desenvolverem suas ações na direção dessas particularidades, interagem diretamente com os indivíduos nas diversas prioridades de cada período do ciclo vital, as quais exigem manutenção do processo saúde-doença, inserindo-os nos serviços de saúde como objeto de intervenção. Destaca-se que, no trabalho em ESF, esses indivíduos também são visualizados em sua coletividade e, assim, o desenvolvimento da atenção básica excede os aspectos da doença[1].

Consecutivamente, as enfermeiras relacionam o processo saúde-doença aos fatores que mediam as relações interpessoais, uma vez que elas podem definir hábitos e comportamentos. Por outro lado, os elementos mencionados, em um coletivo, podem produzir uma rede cogestora dos serviços de saúde, entendida e visualizada como um

ambiente promotor da cidadania, ao desenvolver ações solidárias às necessidades locais[1].

Essas necessidades sócio-ambientais são consideradas pelas enfermeiras nas diferentes inserções dos indivíduos no mercado de trabalho, ou às margens deste, como fator determinante ao modo e às condições de vida, refletindo nas ações e costumes dos mesmos. Assim, eles consideram, além do aspecto da remuneração e do poder aquisitivo, os fatores de infraestrutura do ambiente para consumo coletivo, incluindo serviços de saúde, saneamento básico, acesso à educação, alimentação, lazer, segurança, transporte, entre outros[8].

Nessa complexidade de fatores que interagem no ambiente comunitário, é possível perceber duas relações principais: de direta relação dos DSS proximais às ações de saúde desenvolvidas no trabalho das enfermeiras; e na correlação com os serviços sociais e de saúde, DSS intermediários e distais, que enfatizam o acesso dos indivíduos ao processo de trabalho em ESF.

Portanto, percebe-se que ao conhecer os elementos/fatores determinantes às condições de vida e saúde dos indivíduos e da comunidade torna-se possível proporcionar ações mais adequadas, ou seja, embasam a organização do trabalho de cuidado das enfermeiras visando proporcionar melhores condições à qualidade de vida, bem como visualizar e intervir para transformação de determinados DSS que representam aspectos negativo à saúde da população.

E assim, destaca-se o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na Estratégia Saúde da Família, o qual pode ser considerado uma parceria de sucesso para o desenvolvimento

de uma atenção integral, que inclui os princípios da atenção básica ambiental como instrumentos na produção do processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

1. Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Martins SR, Sena J, Santos LR, Rubira LT, et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. Texto Contexto Enferm. 2005;14(3):391-7.

2. Canguilhem, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.

3. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abril 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>. Acessado em: dezembro 2008.

4. Frontier S. Sistemas e ecossistemas: definições. In: Frontier. Os ecossistemas. Lisboa (PT): Instituto Piaget; 2001. p. 13-30.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº 399/ GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília (DF), 2006. Acesso em: abril de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>.

6. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

7. Sant'Anna, CF. Interação enfermeira-comunidade na Estratégia Saúde da Família: um estudo das características do sujeito e da finalidade. Rio Grande: FURG, 2010. 70 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

9. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis. 2007;17(1):77-93.

10. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol. Reflex. Crit. 2007;20(1):81-86 .

11. Ministério Público. Programa Bolsa Escola. Minuta de Projeto de Lei. Secretaria da Infância e da Juventude. PROJETO DE LEI N/ 4.975, de 2001. Estado do Rio Grande do

Sul. 1º de agosto de 2001. Acessado em: agosto 2009. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2578.htm>.

12. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública. 2003;37(5):635-642.

13. Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev. Gaúcha Enferm. 2007;28(4):542-8.

14. Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinho LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005;10(2):441- 451.

15. Santos DL, Gerhardt TE. Desigualdades Sociais e Saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2008;29(1):129-36.

16. Maragno L, Goldbaum M, Gianni RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município e São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2006;22(8):1639-1648.

17. Faria NMX, LA. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. Rev. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(1):25-38.

18. Stülp VJ. Efeitos dos setores econômicos e da escolaridade sobre o rendimento do trabalho no Rio Grande do Sul. Rev. Econ. sociol. rural. 2006;44(1):99-117.

19. Günther IA. Espaços de vida. Aspectos da relação homem-ambiente. Estud. psicol. 2003;8(2):341-343.

20. Silva LAA, Mercês NNA, Schmidt SMS, Marcelino SR, Pires DEP, Carraro TEl. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana a social-epidemiological. Texto Contexto - enferm. 2006;15(spe):170-177 .

21. Luiz OC, Heimann LS, Boaretto RC, Pacheco AG, Pessoto UC, Ibanhes LC et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. Rev. Saúde Pública. 2009;43(1):115-122.

22. Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Assumpção RF. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciênc. saúde coletiva. 2004;9(3):807-813.

COMUNIDADE: OBJETO COLETIVO DO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

OBJETIVO: Compreender em que concerne a constituição da interação da enfermeira com a comunidade, considerando o(s) sujeito(s) e a(s) finalidade(s).

MÉTODOS: Exploratório-descritiva realizado entrevista semi-estruturada com as 65 enfermeiras atuantes na Estratégia Saúde da Família, no extremo sul do Brasil, no período de janeiro a julho de 2006. Utilizando análise qualitativa temática.

RESULTADOS: Evidenciou-se duas abordagens da interação: imediata nas entidades coletivas; e mediata, com os demais trabalhadores da equipe. Nas finalidades emergiram dois objetos de ação: a população na resolutividade e integralidade com enfoque na qualidade da ação, formação de vínculo, prevenção de doenças e promoção da saúde direcionada à autonomia com corresponsabilização; e a equipe na organização do trabalho direcionada à resolutividade da atenção.

CONCLUSÕES: Enfatiza-se a importância da interação enfermeira-comunidade visando ações que fortaleçam potencialidades dos indivíduos/grupos e, integralidade e resolutividade da assistência pela organização do trabalho.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública; Programa Saúde da Família. Atenção primária em saúde. Força de trabalho. Trabalho.

COMMUNITY: COLLECTIVE OBJECT OF NURSES' WORK OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this paper is to understand the constitution of interaction of nurses and community, considering the subject(s) and the purpose(s).

METHODS: Descriptive-Explanatory, with semi-structured interview with 65 nurses working in the Family Health Strategy, in the extreme south of Brazil, during January and July of 2006 and using the thematic qualitative analysis.

RESULTS: It has been noticed two approaches of interaction: immediate, in the collective entities; and mediate, with the rest of the workers of the team. In the purposes, it has emerged two action objects: the population in the resolution and integration with approaches in the quality of action, bond formation, disease prevention and promotion of health aimed to autonomy with correspondence and team direction in the organization of work aimed to the resolution of attention.

CONCLUSIONS: It focuses on the importance of the interaction between nurse-community aimed to actions which strengthen potentialities of the individuals/groups and also the integration and resolution of assistance by work organization.

Descriptors: Public Health Nursing; Family Health Program. Primary Attention to health. Labor force. Work.

COMUNIDAD: OBJETO COLECTIVO DEL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

OBJETIVO: Comprender en que consiste la constitución de la interacción de la enfermera con la comunidad, considerando el(los) sujeto(s) y la(s) finalidad(es).

MÉTODOS: Exploratorio descriptivo, realizando entrevista semiestructurada con las 65 enfermeras actuantes en Estrategia Salud de la familia, en el extremo sur del Brasil, durante el periodo de enero a julio de 2006 y utilizando análisis cualitativa temática.

RESULTADOS: Fue evidenciado dos abordajes de la interactividad: inmediata, en las entidades colectivas; y mediata, con los demás trabajadores del equipo. En las finalidades, emergían dos objetos de acción; la población en resolución e integración con enfoques en la cualidad de acción, formación de vínculo, prevención de enfermedades y promoción de la salud dirigida a la autonomía con corresponsabilización y el direccionamiento del equipo en la organización del trabajo dirigido a la resolución de la atención.

CONCLUSIONES: Se enfatiza la importancia de la interacción enfermera/comunidad visando las acciones que fortalezcan potencialidades de los individuos/grupos y también integración y resolución de la asistencia por la organización del trabajo.

Descriptores: Enfermería en Salud Pública; Programa Salud de la Familia. Atención primaria en salud. Fuerza de trabajo. Trabajo.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa por meio da atuação de equipes multidisciplinares, o desenvolvimento de ações direcionadas a um território delimitado, com uma determinada população[1]. A partir da atuação territorializada, procede-se ao diagnóstico situacional e à proposição de ações dirigidas a grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais[2], de maneira pactuada com a comunidade, buscando-se o cuidado

dos indivíduos e das famílias em um acompanhamento contínuo ao longo do tempo.

A continuidade desta atenção facilita/estimula o estreitamento de vínculos entre os sujeitos, estabelecendo um elo de confiança, que é um fator de relevância para o sucesso de relações sociais, como para o êxito e a consolidação do trabalho na Saúde da Família[3,4].

Desta forma, estabelece-se também a formação de vínculos de corresponsabilidade que possibilita o desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade, para direcionar a atenção para a promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças/agravos mais freqüentes[2].

O trabalho na ESF pressupõe a utilização de instrumentais diferenciados e objetos de trabalho que ultrapassam o limite do sujeito individual, ou seja, amplia sua atenção para a compreensão do ambiente sócio-cultural, a vinculação e participação da comunidade como objeto/sujeito coletivo de sua ação. Identifica-se, assim, a necessidade de transcender a especificidade do setor saúde, que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade[5]. Amplia-se com isso, fronteiras de atuação para maior resolubilidade da atenção, intersetorial, estabelecendo parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais centradas na qualidade de vida dos indivíduos e no seu ambiente[6].

O fortalecimento da ação em saúde na direção do produto desejado advém principalmente da relação prazerosa com o objeto, a finalidade do trabalho e com o trabalho em si[7,8]. O presente estudo enfatiza a aproximação das enfermeiras como força de trabalho e a comunidade adscrita como objeto de atuação, para o desenvolvimento de ações prioritárias, no contexto de abrangência, a partir das características identificadas na comunidade[9].

Cabe salientar que a comunidade representa um elemento que pode assumir diferentes significados, dependendo da base teórica assumida. Desta

forma, sustenta-se neste estudo a centralidade do significado de comunidade como objeto coletivo constituído por um determinado conjunto de famílias e de contextos socioambientais, com e nos quais as enfermeiras trabalham na ESF. Na expressão da Política de Saúde da Família é o conjunto de famílias adscritas em determinado território geográfico em um município. Acrescenta-se outro pressuposto para efetivar a interação entre a profissional e a comunidade, a existência de um sujeito conector que seja o contato, a ligação/conexão da enfermeira com o coletivo, ou seja, uma pessoa que represente a si mesma ou a um grupo da comunidade em que ela atua.

Desta forma, o conector que constitui o(s) sujeito(s) desta interação é o contato. Para compreender a percepção das enfermeiras acerca de sua interação com a comunidade é necessário apreender como elas descrevem os conectores essenciais e a finalidade ao concretizar tal interação no seu trabalho diário na ESF.

Neste contexto, objetivou-se compreender em que concerne a constituição da interação da enfermeira com a comunidade, considerando o(s) sujeito(s) e a(s) finalidade(s), a partir da percepção das enfermeiras atuantes na Saúde da Família.

PROCESSO METODOLÓGICO

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo com corte transversal, que predominantemente, obedeceu às seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação[10], na tentativa de compreender uma problemática sobre a ótica dos sujeitos que a vivencia, tendo em vista a análise do objeto de investigação em um determinado tempo histórico socioambiental.

Este estudo utilizou o banco de dados de um macro-projeto[1] que teve como cenário do estudo a rede pública de atenção à saúde da família da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ªCRS), no extremo sul do Rio Grande do Sul, Brasil. A população da pesquisa constitui-se de 65 enfermeiros das 65 equipes da Estratégia Saúde da Família existentes no semestre que antecedeu a coleta dos dados, realizada entre os meses de janeiro a julho de 2006, através de entrevistas semi-estruturadas gravadas. O roteiro da entrevista foi testado por meio do estudo piloto, junto a uma equipe de saúde da família não pertencente ao grupo selecionado para a amostra, e estruturado em duas partes: a primeira, um questionário para caracterização dos sujeitos (sexo, idade, formação); a segunda, o roteiro propriamente dito das entrevistas que, para a presente exposição textual, focaliza, no referido banco de dados, o tema - interação entre a enfermeira e a comunidade no desenvolvimento de seu trabalho na ESF. Em tal foco, a entrevista orientou-se por meio das seguintes questões norteadoras: Como é constituído o sujeito da interação entre a enfermeira e a comunidade? E, como é constituída a finalidade(s) de tal interação?

O conteúdo das entrevistas foi analisado qualitativamente, do qual emergiram temáticas acerca do objeto de análise – a constituição da interação entre a enfermeira e a comunidade, para uma interpretação aproximada da realidade – a prática na ESF.

Em relação aos aspectos éticos obteve-se aprovação da 3ª CRS/RS e das Secretarias de Saúde de cada município envolvidas no estudo, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), sob o processo nº. 25000.092771/2004 - 88, e parecer nº. 02/2004.

[1]Intitulado "Trabalho em saúde e o Contexto tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família – Uma abordagem sócioambiental da produção coletiva de saúde". Inserido no edital MS/CNPq/FAPERGS nº 004/2007 – do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – processo nº 0415374. Objetivou analisar as mudanças atuais no modelo de atenção básica à saúde, na organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual intensifica a proposta de ações abrangendo aos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, por meio do Programa Saúde da Família – PSF.

Todos os entrevistados expressaram por escrito o consentimento pós informado e para garantir o anonimato dos participantes, ao final de cada citação de fala exemplo, assinalou-se entre parênteses o número fictício do município (M), da equipe (Eq), e o número fictício do trabalhador enfermeiro (Enf). Por exemplo: (M01Eq02Enf06). Assegurando assim, a observação das normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Da totalidade dos 65 enfermeiros entrevistados, 59 são do sexo feminino e 6 do masculino, com média de idade de 37,60, variando entre 24 e 55 anos. O tempo de trabalho em unidade de ESF foi de 25,93 meses, variando entre 1 e 60 meses de atuação. Destes trabalhadores, 50 possuem Especialização em Saúde da Família e 15, Especialização em Saúde Pública e Saúde Coletiva. Acerca da formação pós-graduada *stricto sensu*, 4 enfermeiras possuem Mestrado.

Constituição do(s) sujeito(s) na interação entre enfermeira e comunidade

No processo de análise da percepção das enfermeiras emergiram duas categorias quanto à forma do contato/conexão da enfermeira com a comunidade: a **forma imediata de conexão**, na qual a interação é desenvolvida diretamente entre a enfermeira e um sujeito (singular ou plural) que representa a categoria coletiva “comunidade” e a **forma mediata de conexão**, na qual existe outro sujeito (plural ou singular) que intermedia a interação entre a enfermeira e a comunidade. Nesta forma imediata, o contato não é um representante daquela categoria coletiva, e sim da ação da enfermeira, como será mostrado na seqüente exposição. Salienta-se, ainda, que alguns depoimentos obtiveram mais sentido que expressam as categorias empíricas apresentadas, significando que o quantitativo em freqüência informado é um indicador da intensidade de aparecimento no conteúdo dos depoimentos das enfermeiras.

A **forma imediata de conexão** foi identificada em 30 depoimentos, nos quais o sujeito da conexão é um morador da comunidade, no sentido dele próprio ou de sua representação coletiva. Nesse significante, ele aparece como representante de entidades coletivas locais, como associação de moradores, conselho local de saúde, rádio comunitária, escolas, igrejas, conforme explicitado nas falas exemplos:

> *Tem uma associação de bairro aqui, é assim o nosso elo. Nós gostaríamos muito de participar das reuniões. Hoje nós marcamos uma reunião com a associação para que a população possa estar apresentando as dificuldades que estão acontecendo.* (M08Eq07Enf39)

> [...] *a gente utiliza o momento do grupo e te aproxima faz essa troca, nós estamos reativando o conselho gestor local*. (M05Eq63Enf17)

> [...] *eu tenho me utilizado muito de uma rádio comunitária que tem me dado apoio. Então eu divulgo as nossas campanhas, as nossas atividades, os nossos programas na rádio. E através da associação, desses órgãos, através das igreja*. (M08Eq25Enf45)

A interação imediato-direta entre a enfermeira e a comunidade apresenta-se a partir da iniciativa da trabalhadora, em estar atenta a demanda de necessidades que estão na dimensão coletiva, a qual é impulsionada pela própria representação comunitária, permitindo ação mútua e recíproca. Evidenciado em:

> *Às vezes alguém na rua está com problema, de esgoto a céu aberto ou alguma coisa assim, então o representante da comunidade veio me pedir ajuda para nós ver o que a gente poderia ajudar. Então, é sempre dessa forma. É tentando fazer com que se realize o que as pessoas estão querendo naquele momento* (M03Eq55Enf04)

> [...] *uma pessoa que seja referência naquela rua, naquela localidade* [...] *é mais fácil eu chegar primeiro naquela referência, naquela pessoa e fazer a articulação ali para depois me engajar com a comunidade toda*. (M05Eq09Enf09).

Nos depoimentos aparece também, na ***forma imediata***, o contato com a comunidade, quando a enfermeira se expressa a partir da ação realizada com as diferentes pessoas que atende, seja na atenção individual ou mesmo em grupos:

> *O contato com a comunidade é nos grupos de hipertensos, nos grupos de pré-natal e nos grupos de puericultura, a gente entra em contato diretamente com a população, nas visitas domiciliares e, também no dia do pré-câncer*. (M05Eq22Enf24)

A **forma mediata de conexão** foi apreendida em 39 depoimentos. Conforme referido anteriormente, nesta o contato/conector entre a enfermeira e a comunidade se constitui através e/ou juntamente com outro trabalhador da ESF, ou seja, para o desenvolvimento da interação as enfermeiras visualizam de forma predominante (32 entrevistas) o agente comunitário de saúde como intermediador/apoio/suporte, como se pode visualizar na fala seguinte:

> *Através dos agentes comunitários de saúde, que é o que fica na ponta, é ele que traz os problemas, ele que 'agiliza', ele que conhece. Através dele é que a gente tem todo o conhecimento da comunidade* (M06Eq02Enf34)

Outros trabalhadores também foram identificados, em três entrevistas, como intermediários/apoio na relação com a comunidade: a técnica de enfermagem, a médica e a dentista. Em quatro depoimentos não foi explicitado um trabalhador em particular. Pode-se identificar que, neste caso, as depoentes percebem que a interação entre elas e a comunidade é factualmente realizada pela equipe da ESF. Isto pode estar associado à perspectiva do trabalho na Saúde da Família ser realizado por uma equipe multidisciplinar e, que a enfermeira constitui-se dessa equipe. O sujeito conector da interação assume como sendo o coletivo de trabalho, ou seja, é a equipe que promove a interação seja em uma ação pontual e individual ou, ainda, em uma ação coletiva.

Finalidade(s) da interação entre enfermeira e comunidade

No processo de trabalho a ação destina-se a determinado produto, sendo a finalidade expressa por meio da eleição de tal produto, o qual necessariamente está relacionado ao objeto/sujeito da ação, ou seja, ao elemento que se quer transformar/modificar para concretizá-la. A partir desse pressuposto, no processo de análise dos dados, identificou-se a qual objeto a enfermeira referia a finalidade da integração com a comunidade e, após, buscou-se identificar os diferentes sentidos do "para que a ação de integrar é feita?", ou seja, relacionar a partir do objeto da ação a finalidade correspondente, conforme mostra o desenvolvimento da presente seção. Neste sentido, as enfermeiras referem a(s) finalidade(s) de realizar interação com a comunidade adscrita, direcionadas a elucidar duas categorias centrais: quanto ao objeto contido na finalidade: a

população e a **equipe**. Assim, agruparam-se os sentidos propriamente ditos das finalidades da ação de interação.

Na relação com a **população** obteve-se três focos: *resolutividade e integralidade com enfoque na qualidade da ação*, 40 depoimentos; *formação de vínculo*, 31 depoimentos e*; prevenção de doenças e promoção da saúde com enfoque na autonomia com co-responsabilização*, 14 depoimentos das enfermeiras.

A *resolutividade e integralidade com enfoque na qualidade da ação*, vinculado à finalidade da integração entre a enfermeira e a comunidade, destacado conforme mostram os exemplos seguintes:

> *Eu acho que é primordial que a gente consiga ter um bom atendimento, ter uma boa relação para a melhora na qualidade de vida, esse é o nosso objetivo*. (M05Eq41Enf25)

> [...] *é a resolutividade para que se consiga o objetivo do programa de Saúde da família que é promover a saúde, que é ter resolutividade em todos os níveis. Estar na integralidade nos nossos atendimentos.* (M05Eq45Enf22)

> *Na verdade é fazer com que todos venham ao posto, sejam bem atendidos e saiam satisfeitos. Que as pessoas saiam daqui com o problema resolvido ou pelo menos encaminhado e que se sintam satisfeitos com o nosso serviço, e que retornem para ele*. (M11Eq17Enf062)

A partir destas falas enfatiza-se a percepção das enfermeiras para a resolutividade das necessidades de saúde e integralidade das ações, na interação com a comunidade, está diretamente interligada à qualidade do seu trabalho e por meio do qual possibilita produzir melhora na qualidade de vida dos indivíduos.

Na formação do *vínculo* como finalidade da interação assume o sentido da conquista de confiança, como pode ser visualizado nas falas exemplos:

> Eu acho que é muito bom porque daí tu consegue fazer um bom trabalho, se eles chegam aqui, te procuram e têm aquela confiança em ti, gostam do teu trabalho, é sinal que tu estás conseguindo desenvolver um bom trabalho. (M05Eq36Enf19)

> [...] na equipe nós adquirimos essa confiança com o tempo, pois às vezes são coisas bem sigilosas e tal, ‘ah! eu preciso falar contigo em particular’, e as vezes nem tão diretamente um problema de saúde, mas as vezes acaba se tornando um problema de saúde, e elas nos procuram, é muito bom porque a gente conquista essas pessoas e elas confiam no nosso trabalho como profissional. (M05Eq38Enf20)

Outro foco referente à população é a finalidade de *prevenção de doenças e promoção da saúde com enfoque na autonomia com co-responsabilização*, presente em 14 depoimentos, representados nas citações:

> A promoção da saúde. A gente tem que mostrar a que veio. Até porque é um programa diferente. Senão eles [indivíduos da comunidade] vão achar que é sempre um posto, que eles só vão procurar quando eles querem curar. (M11Eq61Enf63)

> A finalidade é a gente conseguir fazer com que eles procurem o posto, que eles façam a prevenção, que tenham as informações que precisam. (M02Eq08Enf03)

> A prevenção da saúde deles. Deles próprios se cuidarem mais, deles próprios se valorizarem mais, e voltarem para a qualidade de vida deles. (M05Eq1Enf11)

Neste sentido, a interação foi identificada como meio para desenvolver ações de orientação à saúde, como instrumentos de trabalho para a enfermeira, ao utilizar-se da participação da comunidade na construção do conhecimento, possibilitando o indivíduo ser sujeito da promoção e manutenção de sua saúde.

Em relação a promoção da autonomia dos sujeitos sociais, pode-se evidenciar que o compromisso do desenvolvimento de ações em saúde proporciona a formação de vínculos e corresponsabilização para o desenvolvimento do trabalho em saúde:

> A finalidade é que a gente possa ter a resolução do problema. Preparar a pessoa para que ela possa, em outra oportunidade, resolver por si própria o seu problema, dentro daquilo que é possível. (M03Eq19Enf15)

Na relação com a **equipe,** em 20 depoimentos, obteve-se um foco norteador, qual seja: *organização do trabalho com enfoque na resolutividade da atenção,* incluído sentidos como: cumprimento de metas, ampliação da cobertura de atendimento, monitoramento e avaliação do trabalho, divisão de tarefas e satisfação no trabalho. Conforme ilustra os exemplos:

> *Fazer o diagnóstico da comunidade, eu gostaria de saber exatamente o que a comunidade que eu trabalho precisa, e desenvolver atividade nesse sentido, que eu acho que seria o ideal, ai tu vai desenvolver uma atividade útil e com resolutividade[...]* (M05Eq27Enf10)

> *É ver o retorno do que está sendo eficaz, ver onde estão as falhas, o que está precisando melhorar, o que está mais deficiente naquela família ou naquela pessoa, naquela população para pode articular novas estratégias para gente poder interagi diretamente com eles.* (M05Eq22Enf24)

> *Bom, a idéia é que se consiga atingir as nossas metas de PSF. Conseguir trabalhar, desenvolver o nosso trabalho e atender as necessidades deles, seria essa integralidade* (M05Eq20Enf16)

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Constituição do(s) sujeito(s) na interação entre enfermeira e comunidade

A interação entre enfermeira e comunidade, apresentou-se desenvolvida de forma imediata na atuação com entidades coletivas locais, o que possibilita a transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos, no planejamento das ações locais[11]. Pois esses sujeitos são moradores locais e constituem-se, a partir da representação de instâncias coletivas da comunidade, como conectores coletivos na interação da comunidade adscrita ao trabalho da enfermeira.

Esta interação pode desenvolver-se de forma imediato-direta na qual a relação ocorre reciprocamente entre trabalhadores da saúde e usuários da comunidade, o que pode demonstrar a proximidade proporcionada/favorecida da ESF, na formação de vínculo para atuação e acompanhamento das famílias adscritas[2]. Reforçando assim, o vínculo de acesso para a atuação da enfermeira, na qual a comunidade além de ser seu objeto/sujeito de trabalho, representa seu conector e aliado na ação. Assim, é produzido o atributo esperado da comunidade - o sentido de comunidade participante no trabalho da enfermeira.

A percepção da enfermeira acerca de sua interação com a comunidade, quando relacionada a sua ação cuidadora, confere à comunidade o atributo de população, talvez porque o sentido de população esteja mais próximo de cliente/paciente que é atendido. E assim, tal aproximação facilita o acesso da população à enfermeira, que utilizando seu saber específico/diferenciado desenvolve ações programáticas na unidade de saúde e em atividades extra-unidade[11].

Em meio a diversidade de possibilidades de intermediações existentes na comunidade, a enfermeira parece estar tentando desenvolver seu trabalho

amparado nos recursos e ambientes locais disponíveis, aliada à ação dos sujeitos representantes da comunidade[4]. A interação entre elas, possivelmente está sendo direcionada para a assistência individual e coletiva com obtenção de produtos e resultados decorrentes da forma de atuação e compreensão acerca da comunidade[11]. Fortalece assim, a participação da comunidade visando a organização social à saúde, em acordo ao objeto, compreendido como sujeito, do conhecimento social[12].

A interação com os lideres comunitários que possuem reconhecimento e influenciam a população – incluindo atores sociais políticos, religiosos, educativos, entre outros – é facilitado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) que tem dentre suas atividades a de identificar tais referências locais e os recursos existentes na população adscrita que possam ser potencializados pela/para a equipe de saúde[3,7].

Desta forma, as interações trabalhadores/comunidade, identificada na forma mediata, está relacionada à própria realização do trabalho, tendo como maior articulador o ACS pelo fato deste fazer parte da equipe de saúde e da própria comunidade, caracterizando-o assim como um sujeito essencial na relação e construção de confiança entre os envolvidos[8], identificado como parceiro potencializado pela equipe de saúde[3] e diferenciador no êxito do trabalho desenvolvido na ESF.

Finalidade(s) da interação entre enfermeira e comunidade

Neste campo de trabalho da ESF, os encaminhamentos e a organização dos serviços fortalecem as perspectivas do SUS na melhoria das condições de saúde da população facilitando/possibilitando o acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis propiciando assim, a integralidade da atenção[11]. Esta integralidade no desenvolvimento do trabalho em equipe apresenta seu objetivo comum na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde da comunidade, por meio de mudanças na educação, saneamento, meio ambiente, dentre outros, pela preocupação da equipe com o princípio da intersetorialidade[3].

O desenvolvimento e a manutenção do vínculo de confiança entre a trabalhadora e a comunidade inicia-se no acolhimento ao conhecer particularidades especificas de cada indivíduo, o que torna possível atuar de forma mais adequada, garantindo o retorno e credibilidade no trabalho desenvolvido. Esta confiança deve ocorrer de ambos os lados, ou seja, a equipe de saúde deve confiar nos seus clientes e nas informações fornecidas, como também a comunidade necessita confiar nos trabalhadores ao fornecer informações sobre seus hábitos e costumes, que podem ser confidenciais e ainda, na capacidade técnica da equipe, referente aos diagnósticos e prescrições sugeridas para que sejam seguidas, produzindo assim um comportamento que inspira e reitera tal sentimento[3].

Às ações de promoção da saúde visualiza-se que as atividades educativas são caracterizadas como estratégia para o enfrentamento de múltiplos problemas de saúde e seus determinantes compreendendo nas formas de cuidado um caráter educativo, seja nas atividades individuais, coletivas e domiciliares, como também na utilização de metodologias participativas[7]; caracterizando assim, a prática educativa como potencial para a ação da enfermeira na transformação das condições de saúde e vida das comunidades adscritas ao seu trabalho.

A autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde[13], bem como na preservação e na promoção de ambientes[14] de inserção da comunidade, é evidenciado no trabalho, que torna-se diferenciado na ESF, pois o comprometimento tem como base o vínculo e co-responsabilidade, que interfere na maior adesão da população e na realização do diagnóstico das doenças mais precocemente, possibilitando desenvolver assistência integral e contínua voltada para a comunidade com ações de promoção em saúde. O que viabiliza melhorias no acesso à rede básica de saúde e desenvolvimento de práticas assistenciais inovadoras.

O trabalho em equipe é organizado segundo a lógica de racionalização e agilização das tarefas para cumprir metas quantitativas(santos, soares, campos, 2007), no entanto o planejamento e divisão de tarefas devem ter em vista um objetivo

comum, a atenção integral e resolutiva do atendimento à comunidade sob sua responsabilidade. A interação estabelecida pelo vínculo no trabalho da atenção básica à saúde facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde[5], bem como a intervenção coletiva para o ambiente de inserção da comunidade[14].

Esta interligação dinâmica do trabalho da enfermeira com a comunidade promove um acompanhamento e avaliação do serviço prestado conforme manifestações identificadas na própria comunidade, pois envolve a responsabilidade coletiva de seus integrantes aos resultados obtidos do trabalho[15].

Na ESF objetiva-se prestar assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da comunidade de abrangência[1], e quando há o reconhecimento da comunidade aos produtos alcançados, as enfermeiras se sentem valorizadas, fortalecendo autonomia em sua área de atuação[11].

Conclui-se assim que ainda que o desenvolvimento do trabalho ocorra direcionado a diferentes objetos, o foco permanece no trabalho – sendo para a comunidade, para a força de trabalho e/ou para o trabalho em si – direcionado ao produto final da saúde da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise proposta no estudo, acerca da interação faz enfermeiras com as comunidades adscritas ao seu trabalho na ESF, foi identificado que a constituição do(s) sujeito(s) apreende indivíduos que representam grupos e entidades coletivas, ou mesmo representam a si mesmo, em tal interação. Com isto foi possível identificar duas formas de contato/conexão, a imediata e a mediata. Esta identificação torna-se importante, pois revela a maneira com que as enfermeiras apreendem o objeto coletivo de seu trabalho – a comunidade e a partir daí como elaboram a sua ação de interação com ele.

Nesta direção, pode ser visto no presente estudo que é enfatizada a participação da enfermeira atuando em diferentes espaços considerando as características locais e os seus contatos. Visto que esta atuação com/por meio de diversos sujeitos da comunidade pode estar amparando elos de confiança e fortalecendo potencialidades coletivas dos envolvidos na relação de interação.

As finalidades desta interação enfermeira-comunidade direcionam à população a resolutividade com enfoque na qualidade do atendimento, para a formação de vínculo, promoção da saúde e prevenção de agravos, em como para a autonomia e a corresponsabilidade para a integralidade das/nas ações. Referentes à equipe, as finalidades compreendem a organização do trabalho, e a resolutividade com enfoque no trabalhador/equipe. Enfatiza-se assim, a importância da interação da enfermeira para integralidade e resolutividade da assistência, eficiência e organização do trabalho em equipe e satisfação profissional.

O estudo conclui que a estreita interação existente entre a enfermeira e a comunidade adscrita possibilita uma identificação mais precisa das prioridades locais e seu contexto de abrangência, e o desenvolvimento de ações de saúde adequadas à melhora na qualidade de vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul pela concessão de bolsas de iniciação científica de graduação e mestrado em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande/RS, Brasil, bem como aos participantes que proporcionaram o desenvolvimento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família in CAMPOS, G.W.S [org]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n° 61 de 29/03/2006.

3. Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 12(3):777-788.

4. Marin MJS, Oliveira LR, Ilias M, Higa EFR. Community contributions to a FHU team work. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(6):1065-1071.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF), 1997.

6. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(3):418-425.

7. Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev. Gaúcha Enferm. 2007; 28(4):542-8.

8. Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saúde e soc. 2009 ; 18(1) :42-49.

9. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(n.spe):777-781.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

11. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(2):333-345.

12. Cezar-Vaz, MR et al. A enfermagem em saúde coletiva: poder e autonomia na organização tecnológica do trabalho interdisciplinar da rede básica de serviços públicos de saúde. (Relatório de Pesquisa – CNPq – Processo 470627-2001-8 – Edital Universal) 2003.

13. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008; 13(Sup 2):2115-2122.

14. Cezar-Vaz MR, Weis AH, Costa VZ, Soares JFS, Bonow CA, Cardoso LS, et al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. Rev. Texto Contexto Enfermagem. 2007a; 16(4): 645-53.

15. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev. Gaúcha Enferm. 2006; 27(4):548-56.

CONCLUSÃO FINAL

Os estudos apresentados mostram a estreita relação existente entre a enfermeira e a comunidade adscrita, o que possibilita um conhecimento mais preciso das prioridades locais e seu contexto de abrangência, para o desenvolvimento de ações de saúde adequadas à melhora na qualidade de vida das pessoas.

Assim, salienta-se que a saúde e seus determinantes necessitam ser pensados em relação à dimensão social, cultural, econômica, que se manifesta no ambiente onde o indivíduo e sua coletividade se inserem (ANDRADE, BARRETO, 2002). Para, assim, melhorar a seleção, a adequação e o planejamento das ações a serem desenvolvidas como políticas públicas objetivando a integralidade da atenção.

Neste sentido, se torna possível e necessário perceber a relação direta entre a saúde e o ambiente no trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família, pois as condições de vida, saúde e cultura podem interferir no ambiente físico, econômico e social, bem como o inverso se torna verdadeiro.

Por tanto, o trabalho das enfermeiras na ESF pode ser considerado uma parceria de sucesso para o desenvolvimento de uma atenção integral, a qual vislumbre os princípios da atenção básica ambiental como instrumentos na produção do processo saúde/doença. Visto que, a partir da compreensão das enfermeiras do estudo, durante e para o desenvolvimento do seu trabalho realiza-se inter-relações, formação de vínculo inter pessoal.

Desta forma, pode-se afirmar que na percepção das enfermeiras por meio das atividades realizadas facilita-se estabelecer o estreitamento do elo trabalhador-usuário, destacando dentre elas as atividades de visita domiciliar, visto que ao prestar assistência a

uma pessoa em seu ambiente particular possibilita compreender seu contexto, percebendo suas reais condições de vida e possibilidades para manutenção da saúde e prevenção de agravos.

Salienta-se também, a aproximação dos trabalhadores da saúde, o cadastramento das famílias adscritas em um território delimitado, a efetividade de sua assistência, o compromisso com o desenvolvimento do trabalho, entre outras ações especificamente no campo da saúde coletiva por ter sua atuação em território próprio da comunidade, o que facilita/condiciona o aumento na credibilidade e confiança no trabalho da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. Rev. Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar de 2006; 14(1):21-6.

ANDRADE LOM, BARRETO ICHC, BEZERRA RC. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família *in* CAMPOS, G.W.S [org]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

AQUINO R, BARRETO ML. **Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.4, pp. 905-914.

ARAUJO JC, GUIMARAES AC. **Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família**. *Rev. Saúde Pública* [online] 2007; 41(3):368-374.

BARBOSA DE SOUSA L, FERREIRA MOURA ER, TEIXEIRA BARROSO MG. **Promotion of a positive learning environment**. *Invest. educ. enferm*, Sept. 2008, vol.26, no.2, suppl.1, p.106-112.

BENITO GAV, BECKER LC, DUARTE J, LEITE DS. **Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família**. *Rev. bras. enferm.* [online] 2005; 58(6):635-640.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília (DF), 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°1886. 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Portaria nº 399/ GM de 22 de Fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília (DF), 2006a. Disponível em: http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1084&Itemid=52&mosmsg=Voc%EA+est%E1+tentando+acessar+de+um+dom%EDnio+n%E3o+autorizado.+%28www.google.com.br%29

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União.** República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n° 61 de 29/03/2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas . Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Rev Saúde Pública 2001; 35:585-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. [Portal na Internet] 2005. [acessado 2005 Abr 27]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br

CANGUILHEM G. *O normal e o patológico* (segunda parte: I Introdução ao problema; II Exame crítico de alguns conceitos: do normal, da anomalia e da doença, do normal e do experimental; III Norma e Média; IV Doença, Cura, Saúde; V Fisiologia e Patologia; Vinte anos depois...). 1966, ed. Forense-Universitria, RJ

CEZAR-VAZ MR. Conceito e práticas de saúde - adequação no trabalho de controle da tuberculose [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1996.

CEZAR-VAZ MR et al. Educação e produção de saúde: um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil. **Rev Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 59-67, 2003.

CEZAR-VAZ MR et al. **Nursing, environment and health conceptions**: **an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online] 2007; 15(3):418-425.

COHEN SC, CYNAMON SE, KLIGERMAN DC, ASSUMPCAO RF. **Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF)**: **uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, 9(3):807-813.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As Causas Sociais das Iniqüidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008: 1-216.

CUNHA NRS, LIMA JE, GOMES MFM, BRAGA MJ. **A intensidade da exploração agropecuária como indicador da degradação ambiental na região dos Cerrados, Brasil**. *Rev. Econ. Sociol. Rural* [online] 2008; 46(2):291-323.

CRUZ VELANDIA I. **Collective health and social inclusion of disabled persons**. *Invest. educ. enferm*, Mar./Sep. 2005, vol.23, no.1, p.92-101.

DALL'AGNOL CM, FERNANDES FS. **Health and self-care among garbage collectors**: **work experiences in a recyclable garbage cooperative**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007; 15(spe):729-735.

DUNN JR, HAYES MV. Identifying Social Pathways for Health Inequalities – The tola of housing. Annals Ney York Academy of Sciences, 2000; p.399-402.

ERMEL RC, FRACOLLI LA. **O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP** . *Rev. esc. enferm. USP* [online] 2006; 40(4):533-539.

FELIPE GF, ABREU RNDC, MOREIRA TMM. **Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família**. *Rev. esc. enferm. USP* [online] 2008; 42(4):620-627.

FLEURY-TEIXEIRA P et al. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2115-2122.

FRONTIER S. Os ecossistemas. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

GUIMARÃES JMX, VASCONCELOS EE, CUNHA RS, MELO RD, PINHO LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Rev. Ciência & Saúde coletiva 2005;10 (2), 441- 451.

GOMES FS. **Frutas, legumes e verduras**: **recomendações técnicas *versus* constructos sociais**. *Rev. Nutr.* [online] 2007; 20(6):669-680.

GONCALVES R, URASAKI MBM, MERIGHI MAB, D'AVILA CG. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo**. *Rev. bras. enferm.* [online] 2008; 61(3):349-353.

HERINGER A, FERREIRA VA, ACIOLI S, BARROS ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2007 dez;28(4):542-8.

JUNQUEIRAI TS et al. **Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família**: **desafios estratégicos**. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, n.1, pp. 122-133.

KERBER NPC, KIRCHHOF ALC, CEZAR-VAZ MR. **Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária**. *Texto contexto - enferm.* [online] 2008; 17(2):304-312.

KERBER NPC, KIRCHHOF ALC, CEZAR-VAZ MR. **Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online] 2008; 24(3):485-493.

KREUTZ I, GAIVA MAM, AZEVEDO RCS. **Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural**. *Texto contexto - enferm.* [online] 2006; 15(1):89-97.

LEFF E. Saber ambiental - sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.

LEONE ET, BALTAR P. **A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro**. *Rev. bras. estud. popul.* [online] 2008; 25(2):233-249.

LIMA RG. **Desenvolvimento e relações de trabalho na fumicultura sul-brasileira**. *Sociologias* [online]. 2007; (18):190-225.

MACEDO AC, PAIM JS, SILVA LMV, COSTA MCN. **Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil** Rev. Saúde Pública 2001; 35(6):515-22.

MACHADO MFAS, VIEIRA NFC. **Health education**: **the family health teams' perspective and clients' participation**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.2, pp. 174-179.

MARAGNO L, GOLDBAUM M, GIANNI RJ, NOVAES HMD, CÉSAR CLG. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município e São Paulo, Brasil.** Rev. Saúde Pública, RJ, ago, 2006; 22(8):1639-1648.

MARIN MJS, OLIVEIRA LR, ILIAS M, HIGA EFR. **Community contributions to a FHU team work**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.6, pp. 1065-1071.

MARQUES D, SILVA EM. **A enfermagem e o Programa Saúde da Família**: **uma parceria de sucesso?**. *Rev. bras. enferm.* [online] 2004; 57(5): 545-550.

MEIRELES VC, MATSUDA LM, COIMBRA JAH, MATHIAS TAF. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde e Sociedade 2007;16(1):69-80.

MENDES MRSSB, GUSMÃO JL, FARO ACM, LEITE RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paulista de Enfermagem 2005; 18(4): 422-6

MONTEIRO MM, FIGUEIREDO VP, MACHADO MFAS. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 358-364.

Nachreiner F. **Diversity and equity**: **dealing with biological and social differences**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004; 38(supl.):80-85.

NASCIMENTO, Maristella Santos and NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família**: **a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 333-345. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA EM, SPIRI WC. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública 2006; 40(4):727-33.

OLIVEIRA RG, MARCON SS. **The opinion of nurses regarding the work they perform with families in the family health program**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, June 2007, vol.15, no.3, p.431-438.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Primária Ambiental. Brasília (DF): Gráfica e Ed. Brasil; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde: aprendendo com experiências anteriores. 2005. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/en/. Capturado em 02 jun 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Primária Ambiental. Brasília (DF): Gráfica e Ed. Brasil; 2000.

REGO RCF, BARRETO ML, KILLINGER CL. **O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002; 18(6):1583-1591.

RIBEIRO EM. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online] 2004; 12(4):658-664.

RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(2):438-446.

ROCHA FCV, BRITO CMS, LUZ MHBA, FIGUEIREDO MLF. Análise da produção científica sobre o idoso na REBEn. Rev Bras Enferm 2007;60(4):449-451.

ROSA WAG, LABATE RC. **Programa saúde da família**: **a construção de um novo modelo de assistência**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online] 2005; 13(6):1027-1034.

SAKATA KN et al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. *Rev. bras. enferm.* [online] 2007; 60(6):659-664.

SALA A, SIMOES O, LUPPI CG, MAZZIERO MC. **Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online] 2004; 20(6):1556-1564.

SANTOS VC, SOARES CB, CAMPOS CMS. **A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo**. *Rev. esc. enferm. USP* [online] 2007; 41(spe)777-781.

SANTOS DL, GERHARDT TE. Desigualdades Sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS); 2008, 29(1):129-36.

SELIGSON MA, RENNÓ LR. Mensurando confiança interpessoal: notas acerca de um conceito multidimensional. *Dados* [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2004 Out 26]. 43(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582000004000007&lng=en&nrm=iso

SEOANE AF, FORTES PAC. **A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações**. *Saude soc.* [online] 2009; 18(1):42-49.

SOUZA LM, MORAES EP, BARTH QCM. Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil. Rev.Latino-Americana de Enfermagem 2006; 14(6):901-906.

STÜLP VJ. **Efeitos dos setores econômicos e da escolaridade sobre o rendimento do trabalho no Rio Grande do Sul**. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, 2006; 44(1):99-117.

TAKEMOTO MLS, SILVA EM. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online] 2007; 23(2):331-340.

VALENTIM IVL, KRUEL AJ. **A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2007; 12(3):777-788.

VELLOSO MP. **Os catadores de lixo e o processo de emancipação social**. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2005; 10(suppl.):49-61.

VIEIRA-SANTOS ICR et al. **Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005**. *Cad. Saúde Pública* [online] 2008; 24(12):2861-2870.

WIMMER GF, FIGUEIREDO GO. **Ação coletiva para qualidade de vida**: **autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 145-154.

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (CEPAS – FURG) Registro MS – 25000.092771/2004 - 88

Em julho de 2004 o CEPAS – FURG, recebeu para avaliação o Projeto de Pesquisa Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção a Saúde da Família, que tem como responsável a Profa. Marta Regina Cezar Vaz. Após avaliação de dois membros do CEPAS-FURG o Projeto foi aprovado sem restrições e enviado para CONEP. Encontra-se protocolado no CEPAS-FURG sob o número 02/2004.

Rio Grande, 23 de julho de 2004.

Profa. Isabel Cristina de Oliveira Netto
Coordenadora do CEPAS-FURG

ANEXO II

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
TERCEIRA COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE

Oficio nº 1299 Pelotas, 27 de julho de 2004.

A 3ª Coordenadoria Regional de Saúde aceita e colaborará com a realização da pesquisa "O Trabalho em Saúde e o contexto tecnológico da política de Atenção à Saúde da Família", sendo responsável Professora Marta Regina Cezar Vaz da Fundação da Universidade Federal de Rio Grande.

Atenciosamente,

Antônio Carlos Guarienti
Delegado Regional de Saúde

Antonio Carlos Guarienti
Delegado Regional da Saúde
Matr 1436.1736 - 3ª CRS

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO COLETIVA DE SAÚDE - LAMSA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Esclarecimento:

Prezado (a) Participante

Estamos solicitando respeitosamente, sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção a Saúde da Família – numa visão ecossistêmica da produção coletiva de saúde, que está sendo coordenada pela Professora Doutora Marta Regina Cezar-Vaz, juntamente com o grupo de trabalho interinstituicional constituído pelo Departamento de Enfermagem, Departamento de Fisiologia, Departamento de Medicina Interna, Departamento de Matemática da FURG e pelo Pólo de Educação Permanente da 3ºCRS.

O **objetivo geral** da pesquisa constitui-se de uma análise do processo de trabalho desenvolvido no programa de saúde da família nos níveis local e regional do trabalho abrangido pela Terceira Coordenadoria Regional de saúde do Estado do Rio grande do Sul (3ºCRS).

Para a **coleta de dados**, serão realizadas entrevistas e observações por amostragem de tempo, durante o trabalho dos profissionais da equipe.

As entrevistas e as observações serão descritas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, junto à instituição em que este será realizado.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e técnica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema publico e com qualidade adequada a vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação, reiteramos o respeito à privacidade e o anonimato de cada participante. Sobre a garantia de receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa;

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade;
- Do compromisso de acesso as informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados
- De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho;
- De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observação, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Assinatura do pesquisador em loco: _____

Assinatura do participante: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do Coordenador Geral da Pesquisa: _____

ANEXO IV

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA -

AS QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO SERÃO ADEQUADAS PARA CADA CATEGORIA DE TRABALHADOR E NÍVEL DE EXECUÇÃO DO TRABALHO

1ª PARTE – QUESTIONÁRIO (QUESTÕES ESTRUTURADAS)
número da entrevista ( ) (será preenchido pela pesquisadora)

1 - *CATEGORIA* ENFERMEIRO

a) Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
b) Idade (em anos completos): _____

2 - *FORMAÇÃO PROFISSIONAL*

2.1. Escolaridade

a) Curso: _____
b) Instituição: _____
c) Ano de Formatura: _____

2.2. Pós-Graduação

a) Especialização: Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, responda:

- Área: _____
- Instituição: _____
- Período: _____ a _____
- Motivo(s) para realização do curso: _____ _____

b) Mestrado: Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, responda:

- Área: _____
- Instituição: _____
- Período: _____ a _____
- Motivo(s) para realização do curso: _____ _____

c) Doutorado: Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, responda:

- Área: _____
- Instituição: _____
- Período: _____ a _____
- Motivo(s) para realização do curso: _____ _____

VIDA PROFISSIONAL

2.3. Instituição: Secretaria Municipal de Saúde ( )
Secretaria Estadual de Saúde/RS ( )

a) Admissão: Concurso ( )
Indicação ( )
Outra forma ( ) (especificar): _____

b) Tempo de trabalho na Saúde: _____

c) Tempo de trabalho na USF: _____

d) Cargo atual: _____

e) Regime de trabalho: CLT ( )
Servidor Público ( )

f) Horas de trabalho formais (diária e semanal): _____

g) Horas de trabalho reais (diária e semanal): _____

h) Caso diferencie as horas de trabalho formais das reais, especifique o motivo:

_____

OBS: Caso desenvolvas trabalho paralelo ao indicado no item 3.1, responde o item 3.2, caso contrário passa para o item 4.

Sim ( ) Não ( )

2.4. Instituição: Hospitalar ( )
Ensino ( )
Outro ( ) (especificar): _____

a) Admissão: Concurso ( )
Indicação ( )
Outra forma ( ) (especificar): _____

b) Cargo atual: _____

c) Natureza do empregador:
Privado ( )
Público ( )
Outro ( ) (especificar): _____

d) Relação de trabalho:
Assalariado ( ) Autônomo ( )

3 - *INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE*

OBS: As respostas a este item devem corresponder somente ao trabalho indicado no item 3.1

a) Tipo: USF ( )

b) Localização:
Interior ( ) Em região periférica do município ( )
Em região central do município ( )

Obs: O código da Unidade e da Localização: _____

ANEXO V

2ª PARTE – ROTEIRO (QUESTÕES semidirigidas)

TRABALHO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 Características da clientela:

a) Expõe as características da clientela que se utiliza dos serviços, nesta USF; e o % correspondente à cobertura populacional que alcança esta USF.

2 Interação entre enfermeira e comunidade:

a) Interação entre o trabalho da Enfermeira e o trabalho na USF:

Indique: Com quem é feito?
Para que se faz?

ANEXO VI

Artigo 1 - Revista Gaúcha de Enfermagem

Diretrizes para Autores

Normas para Publicación Publication Standards **INFORMAÇÕES GERAIS**

Os artigos enviados para publicação devem ser originais ou derivados de dissertações e teses, destinando-se exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original. Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. A submissão dos artigos é online no site: http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem. O nome completo de cada autor (sem suprimir ou abreviar e salientando o último sobrenome apresentando-o em maiúsculas), sua(s) credencial(is) e local de atividades (instituição de origem, cidade, estado, país) devem ser informados apenas nos metadados. Se o artigo originou-se de dissertação ou de tese citar o nome do programa de pós-graduação. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção. Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão de Editoração. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de decidir quanto a alterações e correções. Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma **Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais**, elaborada conforme modelo da Revista **(modelo disponível em "Sobre">"Políticas">"Modelo de Declaração de Responsabilidade")**, devendo seguir as orientações de envio aí contidas. Todos devem ser assinantes da Revista **(informações em "Sobre">"Políticas">"Assinaturas")**. Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante na Declaração de Helsinki (1975 e revisada em 1983), ou, para os estudos desenvolvidos no Brasil, o atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A Revista apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICJME. O número de identificação deverá ser registrado

ao final do resumo. **Conflitos de interesses** podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Eles devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. Os revisores devem revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em suas opiniões sobre o manuscrito, e devem declarar-se não-qualificados para revisar originais específicos se acreditarem que esse procedimento é apropriado. Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista. A decisão desta análise será comunicada aos autores. A avaliação é realizada por pares de consultores, membros do Conselho Editorial ou *Ad-Hoc*, convidados pela Comissão de Editoração, com base em um instrumento específico. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer. O trabalho encaminhado aos autores para reformulação deverá retornar ao Conselho Editorial no prazo máximo de **30** dias. Fora desse prazo será considerada nova submissão. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para todas as comunicações. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição. **A Revista publica artigos nas seguintes seções:** - **Editorial**: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo; - **Artigos originais**: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem obedecer a estrutura a seguir. **Introdução**, com definição do problema estudado, destacando sua relevância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências que sejam estritamente pertinentes. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores, as limitações e implicações para novas pesquisas. As **conclusões** ou **considerações finais** devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **4.500 palavras** e 20 referências; - **Artigos de revisão sistemática**: compreende avaliação da literatura sobre determinado assunto. Deve incluir uma seção que

descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Não devem exceder **4.000 palavras**. - **Artigos de reflexão**: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Não devem exceder **2.500 palavras** e 15 referências; - **Relatos de experiência**: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Não devem exceder a **2.000 palavras** e 15 referências; - **Comunicações breves**: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Não devem exceder **1.500 palavras** e 15 referências; - **Resenhas**: análise crítica de obras recentemente publicadas. Não devem exceder a **500 palavras**; - **Cartas ao editor**: poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito de material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a **300** palavras.

2 APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo *Vancouver*, norma elaborada pelo ICMJE (http://www.icmje.org). Devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento duplo, com todas as páginas numeradas. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, **sem numeração**. O título do artigo e resumo em maiúsculas e negrito; *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito. Ex.: **TÍTULO; RESUMO**; RESUMEN; ABSTRACT; **INTRODUÇÃO** (seção primária); **Histórico** (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto. **Os manuscritos devem conter:** - **título** (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras; - **resumo** conciso, em até 150 palavras, enfocando os pontos relevantes do texto, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Espanhol (*Resumen*) e para o Inglês (*Abstract*), devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo os objetivos, métodos, resultados e conclusões. Os demais artigos devem apresentar nos seus resumos os objetivos, resultados e considerações finais. - **descritores**: de 3 a 5 que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (*Descriptores*), e Inglês (*Descriptors*), conforme o "DeCS – Descritores em Ciências da Saúde" (http://decs.bvs.br), que apresenta os descritores nos 3 idiomas, podendo a Revista modificá-los se necessário; - **título em outros idiomas**: apresentá-lo nas versões que completem os três idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (*Título*), e Inglês (*Title*). As versões do título devem ser apresentadas logo após os descritores do seu respectivo idioma; - **citações** utilizando sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação seqüencial separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou

parágrafo com palavras do autor, devem ser utilizadas aspas na seqüência do texto. Exemplos: Pesquisas apontam que... (1-4). Alguns autores acreditam que...(1,4,5) . "[...] nos anos seguintes o mesmo se repetiu [...]"(7). - **referências**: digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de *Vancouver*, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados (até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar *et al*.). **Os trabalhos poderão ainda conter:** - **depoimentos**: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre colchetes; - **ilustrações**: poderão ser incluídas até 5 (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações abaixo: - **gráficos e quadros** devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos. Apresentar o título logo abaixo dos mesmos; - **tabelas** devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, , **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela; - demais **ilustrações** tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista; - **símbolos, abreviaturas e siglas** devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos a serem abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informada no resumo; - **deve ser utilizado negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras**. - tanto **apêndices** (elaborados pelos autores) quanto **anexos** (apenas incluídos, sem intervenção dos autores) devem ser evitados. **3 EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS 3.1 Artigos de periódicos** - A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o título do periódico por extenso, diferentemente da *Vancouver*. 1 Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(1):117-23. **3.2 Livros** 1 Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem

brasileira. 2ª ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Campus; 1987. **3.3 Capítulos de livro** 1 Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. Condutas em pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5. 2 Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC; 1989. p. 99-144. Quando a autoria do capítulo for a mesma da obra toda, para não repeti-la, retirá-la da primeira ocorrência. **3.4 Teses, Dissertações e Trabalhos de Conclusão** 1 Schimith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. **3.5 Verbetes de dicionário** 1 Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504. **3.6 Documentos jurídicos** 1 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997. **3.7 Documentos em meio eletrônico** - As expressões "Disponível em" e "citado", em Espanhol são "*Disponible en*" e "*citado*", e em Inglês, "*Available from*" e "*cited*". - As expressões "periódico na *Internet*", "documento na *Internet*" e "página na *Internet*" em Espanhol são "periódico *en la Internet*", "documento *en la Internet*" e "*sitio de Internet*" e em Inglês, "*serial on the Internet*", "documento *on the Internet*" e "*homepage on the Internet*". 1 Ministério da Saúde (BR). Onde tratar? [página na Internet]. Brasília (DF): Instituto Nacional do Câncer; 2002 [citado 2003 nov 23]. Disponível em: http://www.inca.org.br/tratamento/ondetratar_sus.asp. Da data de atualização da página, extrai-se o ano. No exemplo, 2002. 2 Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Revista Latino-americana de Enfermagem [periódico na Internet] 2005 [citado 2006 mar 15]; 13(2):173-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf. 3 Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2006 Mar 15]. Available from: http://www.nap.edu/books/0309074029/html/. 4 Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades cooronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermeria, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba. [Em CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60. **3.8 Trabalhos em congressos, simpósios, etc.** 1 Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50° Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21. **3.9 Documentos em fase de publicação** 1 Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Revista Gaúcha de Enfermagem 2003;24. No prelo.

ANEXO VII

Artigo 2 – Acta Paulista de Enfermagem

Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, outros

profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente a Acta Paulista de Enfermagem e organizados segundo as indicações descritas abaixo. A revista tem as seguintes seções:

Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescidos a esta estrutura.

Artigos de Revisão: destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

Relato de experiência: destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

Atualização: destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

Resenhas: revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Cartas ao editor - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

Seleção de artigos

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem

recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de insenção de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se

tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no endereço: www.scielo.br/ape

Revisão dos pareceristas

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois pareceristas, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a

qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.\

Ineditismo do material

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido

publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

Da apresentação dos originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. Encaminhar, também uma cópia do trabalho em disquete conforme a configuração acima, utilizando-se programa processador de texto (Word for Windows). No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo se houver com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

Nome do (s) autor (es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão

publicados.

Referência do artigo- o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen,

respectivamente.

Resumo: com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

Descritores: Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço http:/

/decs.bvs.br/ e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O ítem conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser

numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem seqüenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver,

elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2007. disponível no endereço eletrônico www.nlm.nih.gov/citingmedicine/. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser impressos sem

negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

EXEMPLOS

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Um autor

Nóbrega-Therrien SM. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambigüidade. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):79-86.

Dois autores

Queiroz MVO, Jorge MSB. Concepções de promoção da saúde e atuação dosprofissionais que

cuidam da criança. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):31-7.

Com três ou mais autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth Q. B. Trabuco, MQB et al. Construção do conheci-mento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul Enferm. 2004;17(3):325-32.

Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recomendations of the immunization. Practices

Sem indicação de autoria

For more pregnant women getting antenatal care. J Adv Nurs. 2004;47(6):683-4.

Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and ocupation lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Suppl 1:275-82.

Fascículo com suplemento

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

Volume em partes

Milward AJ, Meldrum BS, Mellamby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 celll loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbra seizure model. Brain.1999; 122(Pt6):1009-16.

Fascículo em partes

Jones J. Management of leg ulcers. Nurs Times. 2000; 96(43 Pt2):45-6.

Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. Rev USP. 1999; (43): 55-9.

Sem fascículo e sem volume

Duhl L. A saúde e a vida citadina. Saúde Mundo. 1990:10-2.

Artigo com errata publicada

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. West J Med. 1995; 162(1):28-31.Erratum in: West J Med. 1995; 162(3):278

Artigo no prelo

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. Acta Paul Enferm. No prelo 2004.

Editoriais

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial]. Acta Paul Enferm. 2004; 17(2):131.

Livros e outras monografias

Individuo como autor

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

Editor, Organizador, Coordenador como autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Instituição como autor e publicador

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB,organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

Obs: Na indicação de edição o numeral ordinal deve ser mantido de acordo com o idioma original (5a ed., 5th ed. etc.)

Trabalho apresentado em evento

Abreu AS. Atuação do enfermeiro junto às necessidades educativas do paciente submetido à

hemodiálise [resumo]. In: 52º Congres-so Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. Livro de resumos. Recife: ABEn . Seção - PE; 2000. p. 10

Dissertação e Tese

Pirolo SM. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1999.

Cuenca AMB. O uso da Internet por docentes da área de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública; 2004.

Documentos legais (legislação, doutrina e jurisprudência)/

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1.

Documentos em formato eletrônico

Artigo de periódico

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Coletiva [Internet] 2004 [citado 2004 Nov 16]; 9(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http:// www.scielo.brscielo. php? Pid=S1413 8123200400010 0002&script=sci_arttext

&tlng=pt

Monografia

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente [Internet]. São Paulo; 1999. v. 1. [citado 2004 Nov 16]. Disponível em: http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/indic1

Tabelas: As tabelas deverão ser envidas em folhas separadas do texto, ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçadas por seu título, recomendando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das tabelas, seguir as .Normas de apresentação tabular., estabelecidos pelo Conselho Nacional de Estatística e publicados pelo IBGE

(l993). O limite são de 5 e tabelas.

Ilustrações: As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) deverão ser numeradas, consecutivamente com algarismos arábicos e citadas como **figuras.** Formato das ilustrações em tif, gif ou jpg. O título das figuras deve ser colocado na parte inferior. Devem ser suficientemente claras para permitir a reprodução. Os gráficos deverão vir preparados em programa processador de gráficos.

Legendas: Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.