

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICA DO ENFERMEIRO: LIMITES, AVANÇOS E PERSPECTIVAS

SOCIAL REPRESENTATIONS AND NURSING PRACTICE: LIMITS, PROGRESS, AND PROSPECTS

REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICA DEL ENFERMERO: LÍMITES, AVANCES Y PERSPECTIVAS

Daniela Márcia Neri Sampaio^I
Alba Benemérita Alves Vilela^{II}
Aline Vieira Simões^{III}

RESUMO: Este estudo versa sobre as representações sociais da prática profissional de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF) e objetivou identificar limites, avanços e perspectivas dessa prática na execução da ESF. É um estudo de abordagem qualitativa alicerçado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido no município de Jequié/BA, em 2010. Utilizou-se a entrevista semiestruturada com 19 enfermeiras, cujos dados foram analisados pelo *software* EVOC 2000 e pela técnica de análise temática. Os resultados desvelaram como avanços e perspectivas o planejamento em saúde, a resolubilidade dos serviços, as atividades extramuros num contexto intersetorial, na busca da atenção integral pautada no acolhimento; e os limites consistem na falta de apoio do sistema, que incide na integralidade, na participação da comunidade, na resolubilidade do sistema e na qualidade dos serviços. O desenvolvimento deste estudo suscitou reflexões sobre o processo de trabalho da ESF.

Palavras-chave: Trabalho; políticas de saúde; enfermagem em saúde pública; saúde da família.

ABSTRACT: This study discusses social representations of the professional nursing practice in the Family Health Strategy (FHS). It aimed at identifying limits, progress, and prospects of the nursing practice in the conduction of the FHS. A qualitative study grounded in the Social Representations Theory, it was developed in Jequié, Bahia, Brazil, in 2010. Semi-structured interviews were used with nineteen nurses, the data of which were analyzed on two bases: the EVOC 2000 software and theme analysis. Results identified advances and prospects with health planning, resolvability of services, and extramural activities in an intersection context – all of which targeted at comprehensive care at reception; limitations came out as lack of system support, which affects community participation, system resolvability, and quality of services. This study has raised discussions on the working process of the FHS.

Keywords: Work; health policy; public health nursing; family health.

RESUMEN: Este estudio tiene por objeto identificar los límites, los avances y perspectivas en la práctica profesional de enfermería en la aplicación de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Es cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado en la ciudad de Jequié/Bahía-Brasil, em 2010. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, con 19 enfermeras. Los datos fueron analizados por el software EVOC 2000 y por el análisis de contenido temático. Los resultados dieron a conocer como avances y perspectivas la planificación sanitaria, la resolución de los servicios, las actividades extraescolares en un enfoque intersectorial en la búsqueda de atención integral basada en la aprobación; y las limitaciones son la falta de apoyo, del sistema, que incide en la plena participación de la comunidad, en la solución del sistema y en la calidad de los servicios. Este estudio ha suscitado discusiones sobre el proceso de trabajo de la ESF.

Palabras clave: Trabajo; políticas de salud; enfermería en salud pública; salud familiar.

INTRODUÇÃO

Os estudos amparados na Teoria das Representações Sociais (TRS) perpassam pelo universo de significados, crenças e valores dos sujeitos, o que possibilita a compreensão de uma realidade social, como também apontam necessidades para a criação de no-

vas estratégias e tecnologias nos processos de monitoramento e avaliação desta realidade.

A realidade aqui apresentada permeia o trabalho em saúde, voltado para a prática do profissional enfermeiro, porque tem sido constatado que, na formação

^IMestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: dmnsampaio@hotmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Pleno do Departamento de Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem. Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: alba_vilela@hotmail.com.

^{III}Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem e Vice-coordenadora do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: line.vieira@hotmail.com.

do profissional de saúde, o seu perfil não é adequado o suficiente para prepará-lo para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde, bem como de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação¹.

Essa preocupação pode ser percebida também nos documentos oficiais, como os relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - SUS (NOB/RH/ SUS). São considerados como documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno desse tema²⁻⁴.

Assim, podemos predizer que as pessoas são consideradas como recursos imprescindíveis para a produção (ou não) de mudanças no interior de uma organização^{5,6}. Essas mudanças permeiam o universo de conhecimento do indivíduo, como também as suas representações sociais, que surge a partir das teorias científicas, da cultura, das experiências prévias e da socialização dos discursos, sendo a comunicação um elemento principal para a sua construção⁷.

Destarte, o uso da TRS neste estudo é pertinente, uma vez que versa sobre as representações sociais da prática profissional/trabalho em saúde das enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é identificar limites, avanços e perspectivas da prática profissional de enfermeiros na implementação da ESF.

Para tanto, construímos no referencial teórico uma breve reflexão sobre trabalho e sobre trabalho em saúde com ênfase no profissional enfermeiro que atua na atenção básica.

REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho se apresenta como atividade humana e traz em sua essência uma relação entre sujeito e objeto, o que não implica numa modificação unilateral, mas numa mútua transformação⁸. Essa ideia corrobora nosso pensamento quando aproximamos os termos prática e trabalho, pois os entendemos como sinônimos.

Com isso, o trabalho dos profissionais da saúde, independentemente do campo de atuação, pode ser orientado por tecnologias que causem impacto na realidade existente, transformando-a diretamente, e/ou fornecendo subsídios para que indivíduos ou grupos a transformem⁸.

Na Atenção Básica, o trabalho em saúde é desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, que utiliza tecnologias para resolver necessidades. Ao tempo em que se pauta nos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade,

da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁹.

A ESF não foge a essa prática, pois ao assumir a responsabilidade de reorganizar a atenção básica, traz consigo toda a sua proposta de trabalho orientado, principalmente, pelos princípios e diretrizes do SUS. O processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF deve impulsionar e direcionar as mudanças necessárias para a produção do cuidado em saúde, visando consolidar ações que efetivem os princípios do SUS e assegurem o cuidado integral e humanizado aos usuários¹⁰.

O trabalho da enfermagem tem alcançado uma diversidade muito grande proposta pela saúde coletiva, indo desde o cuidar do indivíduo, família e comunidade, passando por ações educativas, ações administrativas que envolvem o planejamento em saúde^{11,12}. Corroborando essa ideia, o profissional enfermeiro vem se destacando dentro deste contexto por apresentar possibilidades diferenciadas de trabalho, tanto no aspecto coletivo, ao se integrar a uma equipe de saúde e desenvolver seu trabalho junto à comunidade, como no âmbito individual, através da consulta de enfermagem. Também em outras tecnologias de trabalho utilizadas no cotidiano profissional¹³.

METODOLOGIA

Definiu-se como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), por trazer como materiais fundamentais de estudo as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, que traduzem o universo consensual dos sujeitos sobre uma realidade⁷.

Elegemos como campo de estudo o município de Jequié/BA; e como sujeitos 19 enfermeiras, identificadas com a letra E seguida da numeração correspondente à sequência das entrevistas, ou seja, entrevista número 1 leia-se, E1, e assim sucessivamente. E quanto aos critérios de inclusão consideramos as enfermeiras que atuavam na ESF há mais de seis meses, e que aceitaram participar livremente do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Baiana mediante protocolo nº 132/2009.

Os dados foram coletados em 2010 com a utilização de duas técnicas: a entrevista semiestruturada que propiciou aos entrevistados discorrer sobre a sua prática profissional na ESF e sobre o perfil sociodemográfico, e o teste livre de evocações, cujo estímulo foi prática da enfermeira na ESF, sendo os sujeitos orientados a evocarem cinco palavras.

Os dados oriundos do teste livre de evocação foram processados pelo software EVOC 2000 o que

possibilitou encontrar a frequência (F) e a ordem média de evocação (OME) das 94 palavras evocadas, pois desprezamos uma palavra que aparecia uma única vez, sendo dessas 17 palavras diferentes. As palavras foram organizadas em um quadro de quatro casas proposto por Vergés¹⁴. O ponto de corte considerado foi 3 e os valores 6 e 3, aproximados para a frequência e ordem média respectivamente.

O material coletado na entrevista semiestruturada foi pré-analisado, em seguida foi feita a separação dos recortes em unidades temáticas, considerando as convergências, divergências e o inusitado que auxiliaram na discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de desvelamento das representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional nos possibilitou a identificação de limites, avanços e perspectivas. Assim, apresentaremos o perfil sociodemográfico das enfermeiras, e em seguida o Quadro das Quatro Casas (Figura 1) que traz a representação social das enfermeiras sobre a sua prática profissional.

Das enfermeiras entrevistadas, 19(100%) são do sexo feminino, o que demonstra quanto ainda é expressivo a representação feminina da categoria profissional. Quanto à faixa etária, 8(42,1%) das enfermeiras tem idade ente 31 e 37 anos; 6(31,6%) encontram-se na faixa etária entre 24 e 30 anos; 4(21,0%) apresentam idade acima de 38 anos e 1(5,3%) não informou. E quanto ao tempo de atuação profissional, 11(57,9%) das enfermeiras tem de 1 a 5 anos; 5(26,3%) tem de 11 a 15 anos; 2(10,5%) tem de 6 a 10 anos e 1(5,3%) de 16 a 20 anos. Essa variável nos possibilita inferir que o tempo de experiência profissional influencia diretamente no aperfeiçoamento (ou não) da prática, e neste estudo é notória que a maioria das enfermeiras iniciou recentemente a sua atuação profissional como enfermeira.

Os resultados presentes no Quadro das Quatro Casas demonstram os elementos centrais e o sistema

periférico composto pelos elementos da primeira periferia, os de contrastes e os da segunda periferia^{15,16}.

Desse modo, os elementos que aparecem no quadrante superior esquerdo são considerados os que possuem maior frequência e baixa ordem de evocações, aparecendo mais vezes e nas primeiras posições. Por este motivo são considerados os elementos que podem constituir o núcleo central da representação social da prática profissional do enfermeiro na ESF.

O núcleo central reúne os elementos mais frequentes e mais importantes na concepção dos sujeitos estudados^{15,16}. Porém, é importante salientar que nem tudo que se encontra nesse quadrante pode ser considerado como central, mas o núcleo central está nele¹⁶.

Logo, as palavras acolhimento, compromisso, integralidade e responsabilidade aparecem neste quadrante, o que possibilita pensar que a prática profissional das enfermeiras pode estar alicerçada nesses elementos/dispositivos, conforme mostra a Figura 1. No entanto, indagamos: como ocorre essa prática, uma vez que podem ser considerados possíveis elementos de núcleo central das suas representações sociais?

Assim, os seguintes depoimentos respondem a essa indagação:

[...] ele chega aqui e a gente [...] vai é acolher. (E4)

[...] ênfase o acolhimento porque através do acolhimento a gente sabe que vai ter um contato maior com as famílias. (E15)

[...] o acolhimento e a humanização é fundamental para realização de um trabalho contínuo. (E17)

[...] o acolhimento, a humanização é não ver o ser humano apenas como um número, é ver ele como um todo, um ser humano que vem recorrer a gente em todos os problemas, tratando tanto as doenças e até os problemas pessoais. (E19)

O acolhimento aparece no trabalho em saúde numa perspectiva de humanizar e dar resolubilidade para toda demanda, seja ela individual ou coletiva; discriminando riscos, urgências e emergências, encami-

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
	Frequência ≥ 06	Rang < 03		Frequência ≥ 06	Rang ≥ 03
Acolhimento	14	2,643	Cuidar	10	3,700
Compromisso	7	2,286	Desilusão	9	3,111
Integralidade	7	2,429	Educação	7	3,286
Responsabilidade	7	2,857	Equipe	10	3,500
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
	Frequência < 06	Rang < 03		Frequência < 06	Rang ≥ 03
Cidadania	5	3,000	Acompanhar	3	3,667
			Equidade	3	3,333
			Participação	3	3,333

FIGURA 1: Quadro de quatro casas que apresenta os elementos centrais e o sistema periférico da prática profissional/trabalho em saúde das enfermeiras na estratégia de saúde da família. Jequié/BA, 2010.

nhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; além de gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção que possam influenciar o processo de planejamento e/ou a construção de projetos terapêuticos individualizados¹⁷.

A reflexão trazida anteriormente propicia uma aproximação do acolhimento com os elementos compromisso e responsabilidade, o que nos remete pensar que a prática dos sujeitos se programa na perspectiva de melhoria dos serviços prestados, conforme podem ser vistos nos depoimentos a seguir:

É o poder de resolutividade que eu tento manter na unidade, é estar com problema aqui resolver aqui, quando a gente não consegue resolver aqui é que a gente passa para estância superior. (E7)

Muitas vezes não encontramos medicação, mas a gente dá um jeito, pede para o paciente ir à outra unidade para ver se encontra. A gente está sempre procurando atender da melhor maneira possível, a gente não deixa o paciente sair da unidade desassistido. (E12)

Percebemos que os sujeitos do estudo entendem a importância do acolhimento em sua prática, como também reforçam a ideia do compromisso e da responsabilidade. Porém, eles trazem o planejamento e programação local em saúde (PPLS) como ferramenta importante para essa prática, consolidando mais uma vez esses elementos.

O PPLS [Planejamento e Programação Local em Saúde] é feito aqui na unidade e depois passamos para população através dos ACS [Agentes Comunitários de Saúde] e também através da sala de espera que é feita [...] (E2)

Mas esse ano de 2010 a gente está fazendo um planejamento [...] para melhorar o nosso serviço. (E10)

O planejamento em saúde é um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas¹⁸.

Entretanto, é importante ressaltar que o processo de planejamento deve ser pensado numa concepção que venha contemplar e direcionar a resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população assistida¹⁹.

No que tange à integralidade presente também nesse quadrante foi apresentada pelos sujeitos numa concepção de totalidade, conforme os depoimentos abaixo:

[...] é importante não ver o paciente só como uma doença, é vê ele como um todo. (E4)

[...] porque quando a gente atende um indivíduo a gente vê ele como um todo; não só a cabeça, perna, abdome, a gente vê ele como um todo [...] (E7)

Assim, percebemos a necessidade de falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos do processo, os que cuidam e os que são cuidados; garantindo uma aproximação entre o saber prático do senso comum e o dos profissionais e planejadores do campo da saúde²⁰. Todavia, não percebemos esse envolvimento dos sujeitos no processo, o que pode incorrer na concepção apresentada pelos mesmos.

Contudo, podemos inferir que os elementos presentes no quadrante superior esquerdo da Figura 1, considerados como possíveis elementos de núcleo central das representações sociais dos sujeitos do estudo, podem ser considerados como avanços e perspectiva por estarem e/ou terem a pretensão de presença em sua prática. Mesmo que num contexto diferenciado do que é preconizado.

Os elementos presentes no quadrante superior direito da Figura 1, chamados de elementos de primeira periferia, são considerados como os elementos periféricos mais importantes pelos sujeitos de um estudo¹⁵. Assim, podemos dizer que cuidado, desilusão, educação e equipe presentes neste quadrante são considerados como os elementos periféricos mais importantes, e que podem aparecer no desenvolvimento da prática profissional dos sujeitos à medida que reforçam os elementos centrais de suas representações sociais.

Na discussão anterior, percebemos que as práticas dos sujeitos estão voltadas para o cuidar, ratificando o cuidar integral como avanço. Porém, o termo desilusão aparece neste quadrante e nos direciona a pensar em limites, porque a desilusão perpassa pela desesperança, pelo desengano, pela decepção²¹ e a existência desses sentimentos na vida do indivíduo compromete a sua prática profissional e consequentemente, a qualidade do seu trabalho.

[...] se a gente for colocar ao pé da letra [...] a Estratégia de Saúde da Família, a gente acaba ficando meio não acreditando, meio frustrado [...] (E6)

Notamos neste depoimento a presença deste sentimento no desenvolvimento da prática profissional do enfermeiro na ESF, ao tempo em que nos questionamos: quais seriam os outros motivos que o desencadearia?

[...] nós que estamos aqui, até mesmo como cargo comissionado sente-se até preso ao sistema [...] A gente não encontra apoio do médico da equipe (E12)

Esse depoimento suscita reflexões sobre a forma de contratação dos profissionais da ESF, pois enfatiza o termo *cargo comissionado*, o que nos remete a pensar na precarização do trabalho entendida como a falta de amparo na legislação trabalhista e implica na estabilidade, segurança e benefícios do trabalhador. Isto pode levar a vulnerabilidade e exposição dos trabalhadores a uma subcondição²².

É possível notar, também, nesse depoimento a falta de apoio da equipe, elemento presente na pri-

meira periferia da Figura 1, sendo por este motivo relevante na representação social dos sujeitos sobre a sua prática, e que pode reforçar o aparecimento do elemento desilusão. Assim, podemos considerar a falta de apoio da equipe e o desestímulo dos profissionais como limites da prática desses profissionais.

Educação é outro elemento presente nesse quadrante e aparece nos depoimentos dos sujeitos como possibilidade de estabelecer parcerias e realizar atividades extramuros com cunho educacional. Isso suscita a possibilidade de executar o princípio da intersetorialidade, que perpassa por um processo de construção, envolvendo diversos setores que compõem a gestão com o propósito de assegurar a integralidade do cuidado preconizado nas diretrizes do SUS²³. O que ratifica a importância dada aos elementos integralidade e educação presentes na Figura 1.

Os depoimentos a seguir destacam essas parcerias:

E a gente sempre faz parceria com escolas, creches [...] (E8)

[...] dou uma assistência ao CRAS, promovo palestras junto com meus ACS [...] também dou assistência ao grupo da terceira idade [...] Dentro do PETI a gente também se preocupou para que possamos estabelecer um vínculo [...] (E12)

Todavia, faz-se necessário salientar que a execução da intersetorialidade depende da mudança na estrutura e organização dos serviços de saúde, a iniciar pela equipe que deverá visualizá-la como instrumento de diálogo entre os setores na busca de efetivar a integralidade do cuidado. Consequentemente fortalece esse trabalho com o propósito de garantir eficácia na atenção ao bem-estar dos usuários. Logo, o exercício das atividades educativas envolvendo outros setores pode ser visto como avanço, principalmente pela possibilidade de implementar a intersetorialidade.

Os termos presentes no quadrante inferior esquerdo da Figura 1, chamados de elementos de contraste, são considerados os elementos de baixa frequência, porém, importantes para os sujeitos do estudo, uma vez que podem reforçar as noções presentes na primeira periferia¹⁵. Neste estudo aparece apenas a palavra cidadania.

Podemos entender por cidadania o pleno exercício dos direitos e deveres políticos e civis de um cidadão²¹. Nessa posição, esse termo pode suscitar uma possível contradição: como pensar em cidadania num contexto de insatisfação, precarização do trabalho, comprometimento na qualidade dos serviços? Desse modo, a presença deste dispositivo ratifica os limites por ora apresentados.

Os elementos, presentes no quadrante inferior direito da Figura 1, chamado de segunda periferia, são tidos como os elementos que possuem a menor frequência e por esse motivo podem ser considerados

menos importantes na concepção das enfermeiras, o que ocasiona (ou não) a implementação destes dispositivos em sua prática profissional.

Assim, o elemento acompanhar presente neste quadrante reafirma a representação social da prática alicerçada no acolhimento, no compromisso e na responsabilidade. Quanto à equidade, princípio constitucional do SUS, entendido como o caráter do que é feito com justiça e imparcialidade que impõe o reconhecimento dos direitos de cada um, ou ainda como um critério de julgamento legal e imparcial²¹, pode também ser visto nesse quadrante.

Na tentativa de consubstanciá-lo no campo da saúde, a equidade perpassa pela capacidade em assegurar ações e serviços de saúde, de todos os níveis de complexidade, independente de onde more o cidadão, sem privilégios e sem barreiras. Garante a ideia de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer²⁴.

Nessa perspectiva, podemos dizer que a equidade entra no setor saúde com o propósito de direcionar ações e serviços que busquem satisfazer as necessidades de saúde da comunidade, alocando recursos nas áreas que mais precisam de acordo com a realidade local. Desse modo, favorece a uma atenção diferente para indivíduos que tem necessidades diferentes, respeitando o direito de cada um e atentando sempre para a legalidade e a imparcialidade.

E o elemento participação presente neste quadrante aparece nos depoimentos dos sujeitos com cunho de limite, o que ratifica a importância dada a ele, como também na ausência ao incentivo dessa prática.

[...] a participação da comunidade, realmente é difícil [...] falta muito da minha parte, pela questão da falta realmente de prática e de interesse até meu, na época da faculdade [...] (E4)

É possível perceber nesse depoimento que o processo de não estimular a participação da comunidade pode estar associado à formação profissional, ideia que pode se fundamentar na ausência de uma disciplina que contemple os novos paradigmas vivenciados pela saúde. Em alguns cursos se discutem sobre saúde da família com uma abordagem fragmentada e limitada, enfatizando a disciplinaridade do tema, contraditório a uma abordagem integral e transversal como é preconizado²⁵.

No entanto, as mudanças nos currículos de ensino, fomentadas desde as séries iniciais até a formação superior do indivíduo, podem permitir uma visão de mundo interligada a sua realidade. Isto possibilita saber como o ser individual se entremearia no coletivo traduzido no saber e no sentir daquele que ele compreende, idealiza e transforma²⁶.

Nessa perspectiva, a participação da comunidade é reconhecida como um limite, uma vez que a sua

efetivação não é real. Porém, caminhos podem ser construídos com o propósito de superá-lo e dessa forma garantir a participação da comunidade no processo de implementação da ESF.

CONCLUSÃO

Estudar as representações sociais de um grupo nos aproximou dele, ao tempo em que nos auxiliou na compreensão de uma realidade social, propondo instrumentos plausíveis para a sua (re) construção.

Assim, os limites identificados e que envolvem o trabalho em saúde dos enfermeiros da ESF perpassam pela participação da comunidade, pelo trabalho em equipe e pela contratação de recursos humanos do SUS. Porém, foi possível identificar que os avanços direcionam para a qualidade dos serviços de saúde, alicerçados no acolhimento, na integralidade, no compromisso e na responsabilidade, considerados como possíveis núcleos centrais das representações sociais das enfermeiras deste estudo no que tange a sua prática profissional na ESF.

Algumas reflexões foram suscitadas e perpassam pelo contexto do trabalho em saúde, no que se refere à execução do acolhimento, da integralidade; como também, sobre o processo de formação dos recursos humanos do SUS e o seu preparo como colaborador de um processo de mudança para as práticas de saúde.

A enfermagem vem ampliando seu espaço na área de saúde, o que permite que suas características essenciais permaneçam junto às mudanças tecnológicas. Porém, foi possível notar que suas práticas contemplam o planejamento em saúde, a resolubilidade dos serviços, as atividades extramuros, na busca da atenção integral. Mas a falta de apoio da equipe e do sistema pode ser vista como pontos que merecem atenção, suscitando reflexões diretamente ligadas ao processo de trabalho em saúde. Percebemos que ainda há muito a ser feito no campo da saúde e que cabe aos profissionais atuantes nos serviços, como também os formadores dos futuros profissionais de saúde, não apenas refletir sobre essa temática, mas assumirem a responsabilidade como colaboradores desse processo de mudança.

REFERÊNCIAS

1. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:490-8.
2. Ministério da Saúde (Br). I Conferência nacional de recursos humanos em saúde. Relatório final. Brasília (DF): Secretaria de Recursos Humanos; 1986.
3. Ministério da Saúde (Br). II Conferência nacional de recursos humanos em saúde. Relatório final. Brasília (DF): Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS; 1993.
4. Ministério da Saúde (Br). Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2002.
5. Vergara SC. Gestão de pessoas. São Paulo: Atlas; 2000.
6. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1995.
7. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
8. Leopardi MT. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): Papa-Livros; 1999.
9. Ministério da Saúde (Br). Portaria de atenção básica nº 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 (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Brasília (DF): Gráfica MS; 2006.
10. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:397-402.
11. Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez Editora; 1997. p. 61-112.
12. Cardoso GB, Silva ALA. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:451-5.
13. Gomes AMT, Oliveira DC. O processo de trabalho do enfermeiro no PAISC: uma análise a partir das representações sociais. *Rev enferm UERJ*. 2003; 11:139-46.
14. Vêrges P. Approche Du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimeli C. *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne (Fr): Delachaux et Niestlé; 1994.
15. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa (PB): Editora Universitária – UFPB; 2005. p. 573-603.
16. Abric JC. *Méthodes d'études des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne (Fr): Edition Éres; 2003.
17. Silva Junior AG. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza, PR, organizador. *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. p. 81-7.
18. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF, organizadora. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador (BA): EDUFBA; 2010.
19. Ministério da Saúde do Brasil (Br). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília (DF); 1997.
20. Acioli S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Os sentidos da*

- integralidade na atenção e no cuidado. 4ª edição. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 157-66.
21. Ferreira ABH. Míni Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8ª ed. Nova Ortografia Curitiba (PR): Positivo; 2010.
 22. Castro JL, Araújo D, Pessoa MGA, Bezerra O, De Vilar RLA, De Oliveira NJM. Programa de saúde da família: flexibilidade e precarização do trabalho. In: Castro, JL organizadora. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal (RN): Observatório RH-NESC, UFRN; 2007. p. 17-42.
 23. Sampaio DMN. Trabalho em saúde a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras [dissertação de mestrado]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010.
 24. Ministério da Saúde (Br) - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - doutrinas e princípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
 25. Timóteo RPS, Monteiro AI, Uchoa AS. Saúde da família e projetos políticos pedagógicos: intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. In: Castro JL organizadora. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal (RN): Observatório RH-NESC, UFRN; 2007. p. 43-103
 26. Cardoso JP, Vilela ABA, Souza NR, Vasconcelos CCO, Caricchio GMN. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. Rev Bras Promoção Saúde. 2007; 20:252-8.