



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM
ENFERMAGEM

MARCELLE NOLASCO GOMES RODRIGUES

**NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA
ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro/RJ
2011

MARCELLE NOLASCO GOMES RODRIGUES

**NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde da População: conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.
Orientador: Prof.^a Dr.^a Joanir pereira Passos.

Rio de Janeiro/RJ
2011

R696 Rodrigues, Marcelle Nolasco Gomes.
Nível de satisfação profissional entre trabalhadores de enfermagem da estratégia
saúde da família / Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues, 2011.
80f.

Orientador: Joanir Pereira Passos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Enfermeiros – Satisfação no trabalho. 2. Auxiliares de enfermagem – Satisfa-
ção no trabalho. 3. Família – Saúde e higiene. I. Passos, Joanir Pereira. II. Uni-
versidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Bioló-
gicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73069

MARCELLE NOLASCO GOMES RODRIGUES

**NÍVEL DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a.Dr^a. Joanir Pereira Passos - Orientadora Presidente

Prof^a.Dr^a. Helena Maria Scherlowski Leal David - 1^a Examinadora

Prof^a. Dr^a. Enirtes Caetano Prates Melo - 2^o Examinadora

Prof^a.Dr^a. Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva - Suplente

Prof^a. Dr^a. Florence Romijn Tocantins - Suplente

**Dedico à minha família a
realização deste trabalho,
pois sem seu apoio, incentivo
e compreensão jamais teria
conseguido.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir e dar forças para atingir meus objetivos, mesmo quando eu já não acreditava mais poder.

A José Gomes Rodrigues e Silvéria Maria Nolasco, meus pais e meu alicerce.

A Joaquim Pedro Nolasco, meu avô, e Ronaldo César Nolasco, meu tio, sem os quais não teria começado esta longa caminhada.

Aos meus irmãos e ao meu companheiro pelo apoio, compreensão e por me fazerem rir, mesmo nas horas de maior tensão.

À Prof.^a Dr.^a Joanir Pereira Passos, minha orientadora, por me ensinar a caminhar, pela confiança depositada, paciência, compreensão e apoio.

Às minhas amigas, irmãs, companheiras de todas as horas.

Aos amigos Andréia Ayres e Antônio Ribeiro pelo incentivo e apoio incondicional.

Ao amigo Prof. Dr. José Henrique dos Santos pelo auxílio e incentivo nos momentos difíceis.

À Prof.^a Dr.^a Florence Tocantins pelo incentivo nos meus momentos de fraqueza.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que tem sido meu esteio desde a graduação até o mestrado.

Assim, quando conservamos e descobrimos novos arquipélagos de certezas, devemos saber que navegamos em um oceano de incertezas.

(MORIN, 2001)

RODRIGUES, Marcelle Nolasco Gomes. **Nível de Satisfação Profissional entre trabalhadores de enfermagem da Estratégia Saúde da Família**. 2011, 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

RESUMO

Este estudo teve por objeto o nível de satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos / auxiliares de enfermagem) da ESF. Os objetivos foram identificar o nível de satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem e analisar a satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família da A.P. 5.3 (Santa Cruz, Paciência, Sepetiba) do município do Rio de Janeiro. Para a coleta dos dados foi utilizado como instrumento o Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os resultados obtidos para os diferentes os níveis de satisfação dos componentes do ISP apontam, em ordem decrescente: o Status Profissional (5,67); a Interação (5,12); a Autonomia (4,71); as Normas Organizacionais (4,35); os Requisitos do Trabalho (3,52) e a Remuneração (2,57). O nível geral de satisfação foi de 4,44 próximos do valor central na Escala de Atitudes de um a sete. O componente Status Profissional apresentou diferença significativa entre enfermeiros (5,34) e técnicos / auxiliares de enfermagem (6). O nível de satisfação no trabalho encontrado entre os profissionais de enfermagem não foi alto e nem baixo, se compreendido como indecisão ou neutralidade, representa um dado relevante a ser considerado no desenvolvimento da Estratégia da Saúde da Família.

Descritores: Enfermagem; Satisfação no Trabalho; Atenção Básica; Saúde da Família.

RODRIGUES, Marcelle Nolasco Gomes. **Level of Professional Satisfaction among nursing of the Family Health Strategy.** 2011, 78f. Dissertation (Masters Degree in Nursing). Rio De Janeiro, Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO, Center of Biological Sciences and the Health.

ABSTRACT

This study had as its object the level of job satisfaction of nursing staff (nurses and technicians and nursing auxiliaries) the FHS. The objectives were to identify the level of job satisfaction of nursing and analyze the job satisfaction of nursing staff at the Family Health Strategy. Was a descriptive study with quantitative approach, the scenario was the Family Health Units in AP 5.3 (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba) in the borough of Rio de Janeiro. For data collection instrument was used as the Index of Work Satisfaction (IWS). The results for the different levels of satisfaction component of the ISP link, in descending order: the Professional Status (5.67) Interaction (5.12), Autonomy (4.71), the Organizational Standards (4, 35); Labour Requirements (3.52) and Remuneration (2.57). The overall level of satisfaction was 4.44 near the central value in the Attitude Scale of one to seven. The Professional Status component showed a significant difference between nurses (5.34) and technical / auxiliary nurses (6). The level of job satisfaction found among the nursing staff was not high nor low, if understood as neutrality or indecision, is a relevant fact to be considered in the development of the Family Health Strategy.

Key-words: nursing; job satisfaction; primary care; family health.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mapa do município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento. 34
- Figura 2 - Classificação dos Componentes do ISP por ordem crescente do nível atual de satisfação. 58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Número de equipes / profissionais de enfermagem por Unidade de Saúde da Família. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	35
Quadro 2 - Distribuição das características do componente Remuneração. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	43
Quadro 3 - Distribuição das características do componente Status Profissional. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	44
Quadro 4 - Distribuição das características do componente Autonomia. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	46
Quadro 5 - Distribuição das características do componente Normas Organizacionais. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	48
Quadro 6 - Distribuição das características do componente Requisitos do Trabalho. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	49
Quadro 7 - Distribuição das características do componente Interação. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enunciados da parte B do Índice de Satisfação Profissional segundo os componentes, a direção escala de respostas e a variação dos escores. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	38
Tabela 2 - Descrição da população referente às variáveis idade e tempo de trabalho. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	40
Tabela 3 - Descrição da população quanto às variáveis sexo e classe profissional. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	41
Tabela 4 - Distribuição dos dados estatísticos referentes às pontuações obtidas em cada componente e o total da Escala de Atitudes. Rio de Janeiro - RJ, 2011.	53
Tabela 5 - Média dos dados tempo de trabalho e idade comparando enfermeiros e técnicos / auxiliares de enfermagem. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	59
Tabela 6 - Análise bivariada dos escores dos componentes e da Escala de Atitudes. Rio de Janeiro - RJ, 2010.	60

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	13
1. Considerações Iniciais	13
2. O Problema	16
3. Questão Norteadora	19
4. Objetivos	19
5. Justificativa	20
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO	22
1. O Trabalho de enfermagem na ESF	22
2. Satisfação no trabalho de enfermagem	27
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	33
1. Características do estudo	33
2. Local	33
3. População	34
4. Instrumento: Índice de Satisfação Profissional	35
5. Coleta de dados	38

6. Análise dos dados	38
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
1. Características da população do estudo	40
2. Índice de Satisfação Profissional – Escala de Atitudes	42
3. Elaboração do escore dos componentes do ISP	53
4. Análise bivariada entre as classes profissionais participantes do estudo	59
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	75
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO	79
ANEXO C – FOLHA DE ROSTO SISNEP	80

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1- Considerações Iniciais

Nas últimas décadas a relação entre o homem e seu trabalho tem sido modificada devido a mudanças sociais e econômicas que vieram no encalço da globalização. Foram modificados o ritmo e as cargas de trabalho no intuito de maior produção a menor custo, deixando assim em segundo plano a satisfação dos trabalhadores com relação à execução de suas tarefas, o que pode ter interferência direta na qualidade de vida destes trabalhadores e em seu processo saúde-doença (SILVA et al, 2009).

A satisfação no trabalho é extremamente subjetiva e individual, existem diversas definições para ela, porém neste caso acreditamos que o conceito de Locke (1969, 1976) que afirma que os elementos causais da satisfação no trabalho estão relacionados ao próprio trabalho e seu conteúdo, possibilidades de promoção, reconhecimento, condições e ambiente de trabalho, relações com colegas e subordinados, características da supervisão, gerenciamento e políticas e competências da empresa, é o que melhor se adéqua à investigação realizada neste estudo.

De acordo com Silva et al (2009), o trabalho dos profissionais de enfermagem, desempenhado, especialmente, no cenário hospitalar, é desgastante, contínuo e exaustivo, além disso, desencadeia relação próxima entre o profissional e o paciente sob seus cuidados. Relação esta que pode proporcionar alegrias e satisfação, mas também insatisfação e sofrimento.

No entanto o trabalho destes profissionais não é desenvolvido apenas nos hospitais, é também muito importante o trabalho desenvolvido por eles na atenção primária, a atenção básica.

De acordo com Witt (2005), na atenção básica o enfermeiro “promove comprometimento e compromisso com a saúde como direito individual e coletivo; responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para sua organização; identifica-se com o trabalho; e atua com autonomia”, e, portanto, este se constitui como campo que suscita o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro em suas principais potencialidades, característica que pode se refletir positivamente no trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Além disso, as características apontadas por Witt (2005) fazem parte dos fatores indicados por Locke (1969, 1976) como componentes da satisfação profissional, sugerindo que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem na atenção básica pode proporcionar um bom nível de satisfação.

Em 1999, o Ministério da Saúde definiu a atenção básica como ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (Brasil, 2006). Esta definição inclui alguns elementos do conceito de atenção primária como a porta de entrada e elenco de serviços, mas que não considera outras dimensões essenciais, tais como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2004).

Para o Ministério da Saúde e para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS (BRASIL, 2005), a atenção básica à saúde constitui o primeiro nível de atenção à Saúde do modelo adotado pelo SUS. O atendimento aos usuários deve garantir o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida.

A atenção básica tem com áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde, além disso, é através da atenção básica que ocorre o primeiro contato do usuário com SUS. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

Na atenção básica à saúde, a gestão municipal é responsável pela oferta de serviços e, as três esferas de governo (federal, estadual, municipal) pelo financiamento das ações.

O Ministério da Saúde adota como estratégia prioritária para a organização da atenção básica a Estratégia Saúde da Família, que pretende estabelecer vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita.

Os princípios gerais estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, que

dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”;

“É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”;

“Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”;

“Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”; e

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”. (BRASIL, 2006).

E ainda, a Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, preconiza para Atenção Básica os seguintes fundamentos:

- I. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;*
- II. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;*
- III. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;*
- IV. Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;*
- V. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;*
- VI. Estimular a participação popular e o controle social e de sua própria saúde / doença. (BRASIL, 2006)*

Embora não esteja disposto em nenhuma normativa, sabe-se que o

trabalho do profissional enfermeiro na ESF acaba assumindo caráter de organizador do serviço (REIS e DAVID, 2008), característica que pode ter reflexos no trabalho dos técnicos / auxiliares de enfermagem, pois é o enfermeiro o responsável pela supervisão e organização de suas atividades.

Esta característica pode levar este profissional ao acúmulo de funções e tarefas que não são objetivamente mensuráveis (REIS e DAVID, 2008) e, portanto, que oficialmente não são executadas, sendo assim este profissional pode desenvolver quantidade excessiva de atividades, o que pode se converter em sofrimento e baixo nível de satisfação.

2- O Problema

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) a organização do processo de trabalho tem como principal premissa a territorialidade. O território é compreendido como espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, bem como o seu saber preexistente (HUBNER e FRANCO 2007), assim, as ações de saúde, de acordo com Barcellos e Monken (2007, p.181):

“devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.”

As equipes, portanto, devem se inserir neste território e estimular a mobilização comunitária e a buscar por melhores condições de vida e saúde através de parcerias intersetoriais (HUBNER e FRANCO, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família tem abrangência de 3.000 (três mil) a 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas por equipe. As ações da equipe básica de saúde da ESF são realizadas no interior dos módulos, nas residências, na rede de referência de saúde do município ou nas instituições/entidades sociais da comunidade.

Na Estratégia Saúde da Família o objetivo geral é de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997),

trazendo assim o exercício de uma nova prática partindo de uma premissa solidária, democrática e participativa, no intuito de transformar os indivíduos em atores sociais e sujeitos de seu processo de desenvolvimento (BRASIL, 2000).

No contexto da atuação do profissional enfermeiro na ESF, além das ações específicas assistenciais e de supervisão de equipe de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem, o enfermeiro tem ainda como atribuições aquelas que são comuns a todos os profissionais atuantes na ESF, inclusive aos técnicos e auxiliares de enfermagem, como a elaboração, junto à comunidade de um plano local para o enfrentamento de fatores que colocam em risco a saúde, a prestação de assistência integral buscando contatos com indivíduos doentes ou saudáveis para a promoção da saúde através da educação sanitária, a valorização da relação com o usuário e a família para a criação de vínculo de confiança e o desenvolvimento de processos educativos por meio de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado (BRASIL, 2000).

A proximidade dos profissionais atuantes na ESF com o convívio das famílias adscritas e o quão íntimos acabam se tornando é um fator que diferencia o trabalho da enfermagem, tradicionalmente hospitalar, daquele desenvolvido na ESF, tanto com relação ao contato com os indivíduos e suas famílias, que neste caso devem deixar de ser pacientes para tornarem-se usuários dos serviços de saúde, quanto na natureza do atendimento a estes indivíduos deixando de ser assistência, sob a visão biomédica, e passando a ser uma parceria com vistas à construção da saúde o que nos leva também a uma grande diferenciação nos locais e regimes de trabalho.

Fica claro que o fato de conhecer o indivíduo em seu meio, com sua família, esclarece diversas questões sociais, econômicas, culturais, entre outras, que atuam sobre a sua saúde, e que não podem ser enxergadas quando este indivíduo procura atenção em um local fora de seu convívio, como uma Unidade Básica de Saúde ou um hospital, por exemplo, tendo em vista que o processo saúde-doença tem determinantes multifatoriais e complexos, relacionados a aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e a estilos de vida (SEIDL e ZANNON, 2004).

Portanto, estar inserido no local onde essa população vive e convive

proporciona um maior conhecimento dos fatores relacionados a seu processo saúde-doença, no sentido de que permite uma visão mais ampla e completa da diversidade de influências, familiares e do ambiente, que atuam neste processo.

Essa inserção no território onde se desenvolve a vida cotidiana da população adscrita proporciona um estreitamento da relação profissional de saúde – usuário do serviço de saúde, e pode representar diversas vantagens no desenvolvimento do trabalho destes profissionais, no entanto, este mergulho na realidade do usuário da ESF também pode proporcionar sofrimento, frustração e angústia, sentimentos que podem levar a um baixo nível de satisfação profissional ou, até mesmo à insatisfação.

De acordo com Sousa (2000, p.27) a ESF vem gerando mudanças na atenção à saúde que devem ser baseadas nos princípios da justiça, de igualdade e de oportunidades. Utiliza o enfoque de risco como método de trabalho voltado às verdadeiras necessidades da população e à solução de problemas localmente identificados.

No entanto, os profissionais inseridos neste modelo de atenção à saúde da família devem estar cientes destas diferenças para desenvolverem adequadamente seu trabalho junto às comunidades, de acordo com os princípios da ESF.

Trata-se de um modelo de atenção totalmente diferenciado daquele para o qual os profissionais de saúde, inclusive os de enfermagem, vêm se preparando durante seu processo de formação profissional ao longo dos anos e o preparo adequado para este tipo de assistência é indispensável a estes profissionais, não só para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade, mas também para a obtenção de um profissional consciente e satisfeito no e com seu trabalho.

Para tanto é necessário investimento no que tange o preparo destes profissionais, neste caso os de enfermagem, para a atuação junto às famílias e à comunidade sem a necessidade de que a população busque o serviço, sendo assim, a atuação deve ter um enfoque preventivo (ROSA e LABATE, 2005).

Os profissionais da ESF devem ter a capacidade de diagnosticar a realidade local e focalizar os pontos positivos da comunidade para utilizá-los na solução dos possíveis problemas mapeados, além disso, é preciso

compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a intersetorialidade e a participação social, para que juntos, profissionais e usuários da ESF, busquem as melhorias necessárias (TRINDADE, 2007).

Entende-se que as características apontadas conformam o modelo que pretende se opor ao curativista, àquele que apenas cuida do corpo doente e que já acompanha tanto os serviços de saúde quanto a formação dos profissionais de saúde há um longo período e, portanto pode representar choque entre os conhecimentos adquiridos ao longo da formação e a atuação dos profissionais na ESF. Este embate também pode se refletir no nível de satisfação profissional destes trabalhadores e, conseqüentemente em sua qualidade de vida e de trabalho.

Neste contexto de mudanças no modelo de atenção surge uma indagação sobre o reflexo destas diferenças na assistência prestada no nível de satisfação dos profissionais de enfermagem com seu trabalho, pois a atuação de qualidade dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família exige além de preparo, o perfil adequado a este tipo de atenção.

Tendo em vista estas questões, e as diferenças encontradas no processo de trabalho da enfermagem nas ESF em vista daquele estabelecido pelo modelo biomédico, este estudo tem como objeto a satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem na ESF.

3- Questão Norteadora

- Qual é o nível de satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem na Estratégia Saúde da Família?

4- Objetivos

- Identificar o nível de satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem na ESF;
- Analisar a satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

5- Justificativa

Entendemos que o grande investimento governamental na área da saúde tem se concentrado no reforço da atenção básica pautado na implantação da Estratégia de Saúde da Família, cujo principal desafio atualmente consiste na expansão do programa para os grandes centros urbanos.

A heterogeneidade das condições sócio-econômicas destes grandes centros é fator determinante da acessibilidade aos serviços de saúde, quanto mais carente mais dificuldade de acesso, principalmente à atenção básica, fator que explica a inserção da ESF prioritariamente nas áreas mais pobres.

Estas áreas possuem particularidades referentes às comunidades atendidas que muitas vezes se defrontam com o trabalho exercido pelas equipes gerando conflitos entre equipe e população e entre os próprios profissionais podendo até afetar diretamente no desenvolvimento do trabalho destas equipes.

O Modelo de Estratégia Saúde da Família propicia a criação de um vínculo entre os profissionais de enfermagem, as famílias e a comunidade, trazendo a estes a necessidade de estar aberto para enfrentar novas experiências, identificar problemas de sua realidade de trabalho, refletir sobre esses problemas e buscar soluções apropriadas para eles tendo em vista a interdisciplinaridade característica da Estratégia.

Este estudo justifica-se pelas características observadas em relação ao desenvolvimento do trabalho dos profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família na qual, entre outros fatores, o trabalho desenvolvido em áreas de conflito interno na comunidade, em locais de difícil acesso, e as intervenções realizadas por profissionais de diversas áreas podem vir a gerar situações satisfatórias ou não no ambiente laboral.

Como contribuição o presente estudo almeja fornecer informações sobre a relação dos profissionais de enfermagem com seu trabalho na ESF e recursos para possíveis intervenções e melhorias nas questões referentes ao trabalhador e seu processo de trabalho e tudo aquilo que envolve e pode interferir na satisfação deste trabalhador e conseqüentemente na qualidade de

vida e da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem atuantes na ESF.

Ainda como contribuição, podemos citar a ampliação do conhecimento sobre a temática satisfação no trabalho, a observância das peculiaridades do trabalho de enfermagem, neste caso na Estratégia Saúde da Família, e o aumento da gama de estudos que tenham como foco a atuação na Estratégia Saúde da Família, já que se trata da estratégia prioritária na atenção a população brasileira.

CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO

1- O Trabalho de Enfermagem na ESF

Histórica e tradicionalmente o principal campo de desenvolvimento do trabalho da enfermagem é o hospital. Desde a época das instituições de caridade e enfermeiras de guerra até hoje. Apesar de o leque de atuação dos profissionais de enfermagem ter se ampliado muito, ainda temos o hospital como local de trabalho característico da profissão, sendo responsável pelo cuidado direto aos doentes, e assim, neste modelo de atenção, a enfermagem é parte do trabalho médico e sua ação é o instrumento que cuida do corpo doente (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

No contexto atual da saúde no Brasil podemos observar mudanças que vêm acontecendo gradativamente. O modelo, antes baseado na hegemonia hospitalar, vem dando lugar à atenção básica que busca focar o cliente como sujeito ativo da construção de sua saúde e atenta para questões não apenas fisiopatológicas que interferem diretamente no processo saúde-doença.

Tendo em vista as duas metas principais dos serviços públicos de saúde que são otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo de doenças e maximização da saúde; e minimizar as disparidades entre os subgrupos sociais de maneira que todos tenham acesso aos serviços de saúde e possibilidade de alcançar um nível ótimo de saúde, (STARFIELD, 2004) a atenção primária toma lugar de destaque, pois apresenta mais condições de prover aos usuários e aos sistemas de serviços de saúde a obtenção das metas citadas anteriormente.

A atenção primária fornece a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção, pois aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação no intuito de prover o maior bem estar (STARFIELD, 2004).

Outra característica que podemos observar dentro destas mudanças é o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem. De acordo com Almeida e Rocha (1986) nas Unidades Básicas de Saúde os profissionais de

enfermagem executam atividades de assistência de enfermagem em proporção maior do que nos serviços hospitalares. Ainda segundo as autoras, isto ocorre por duas razões principais, a primeira pelo fato de se tratarem de serviços de atenção primária, logo não há uso de tecnologias complexas, no que diz respeito a equipamentos, além de haver pequena diversidade de categoria profissional, a segunda diz respeito à organização tecnológica do trabalho, isto é, o enfermeiro exerce além das atividades diretas com os indivíduos, tais como coleta de exames; vacinação e outros; ações de comunicação; coordenação; controle e supervisão do trabalho e dos trabalhadores de saúde; além de ser também de sua responsabilidade a previsão e requisição de todo o material utilizado nas unidades.

No entanto, para que a atenção primária atinja seus objetivos perante a população, é necessário focar a saúde como fruto de uma soma de fatores que vão além da ausência de doenças. É preciso visualizar o meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, bem como suas condições de vida e convivência em sociedade. Isso significa que é necessário o uso de tecnologias de alta complexidade, porém de baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência em cada território atendido.

Para tanto, a Política Nacional de Atenção Básica resultou na expansão do Programa de Saúde da Família, consolidado como estratégia prioritária na reorganização da atenção básica no país.

Atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família, este modelo traz os profissionais para o meio em que os usuários vivem tornando possível a convivência com suas dificuldades e assim a melhor identificação de suas necessidades.

Torna-se então indispensável ver a família de forma integral, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio individual. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. (BRASIL, 2000)

“O objetivo geral da Estratégia Saúde da Família é de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em

conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.” (BRASIL, 1997).

Para atingir este objetivo, a equipe de Saúde da Família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, tanto no contexto familiar quanto no social e comunitário para que possa desenvolver ações de acordo com as necessidades reais desta população.

Para tanto, a equipe atuante neste tipo de estratégia, composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde, deve atuar de forma interdisciplinar sem que a especificidade das responsabilidades práticas de cada um jamais ofusque a missão comum da equipe e sua prática democrática e construtiva que precisa estar voltada a uma maior satisfação, motivação e eficiência de seu trabalho, prática esta que só será eficaz mediante a participação ativa da população (BRASIL, 2000).

Ainda de forma mais específica o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de enfermagem na ESF, tem outras peculiaridades tendo em vista o fato de a atenção ser voltada para as famílias e de as Unidades de Saúde da Família estar alocadas nos locais onde a população a ser atendida vive.

A Unidade de Saúde da Família deve realizar assistência integral, contínua e de qualidade, a ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional na Unidade, nos domicílios e em locais comunitários (BRASIL, 2000).

Os profissionais devem tratar do usuário em seu próprio meio, no seio de seu lar, considerando suas condições sócio-culturais e econômicas e, por meio da adscrição da clientela, devem estabelecer vínculos com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade baseado nos princípios da atenção básica no país que são os da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Dentro do contexto da equipe de Saúde da Família os enfermeiros atuam tanto na Unidade de Saúde da Família (USF), quanto na comunidade tendo entre suas funções específicas executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária e de assistência básica junto à população adscrita;

organizar as rotinas de trabalho tanto na USF quanto na comunidade; e supervisionar e desenvolver ações para a capacitação de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1997, p. 16).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem também atuam tanto nas Unidades de Saúde da Família quanto nos domicílios e comunidade e têm entre suas atribuições específicas a responsabilidade de desenvolver, junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atividades de identificação de famílias de risco, contribuir com os ACS no que se refere às visitas domiciliares e acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos a situações de risco para garantir um melhor acompanhamento de suas condições de saúde (BRASIL, 1997, p. 17).

Para entendermos o destaque que a enfermagem vem tomando diante da Estratégia de Saúde da Família em seu processo de formulação, implantação e implementação, faz-se necessário que voltemos às origens da profissão. A prática da enfermagem anterior ao século XIX era voltada às famílias, porém sem recursos para cuidar de seus doentes, ou seja, constituía-se de prática independente da medicina, pois suas ações tinham origem e finalidade de cunho comunitário e/ou religioso (SOUSA, 2000).

Este novo modelo de vínculo com o usuário proporciona ao profissional de enfermagem retomar a visão sistêmica integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, trabalhando com as reais necessidades locais, sincronizando o saber popular com o científico apontando assim para a construção de efetivo vínculo entre os profissionais de enfermagem, as famílias e a comunidade.

No entanto, apesar de as origens históricas da enfermagem apontarem para o cuidado às famílias, o modelo de formação de todas as profissões de saúde veio se tornando, ao longo do tempo, voltado para o cuidado à pessoa doente, tornando a visão cada vez mais limitada aos processos de assistência hospitalar, portanto, para que se retome esse caráter preventivo e a visão global da saúde, não apenas como ausência de enfermidade, é necessário que haja uma mudança no processo de formação destes profissionais, inclusive dos de enfermagem.

O ensino da enfermagem, por muitos anos, enfatizou a política vigente no país priorizando as especialidades provenientes do modelo biomédico

centrando-se na cura de doenças e na assistência hospitalar de maneira descontextualizada da realidade dos indivíduos. Por isso trata-se de um desafio re-introduzir na enfermagem o caráter de cuidado ao grupo familiar.

Atualmente os currículos dos cursos de graduação em enfermagem vêm sofrendo mudanças com intuito de focar a prestação de cuidados e a promoção da saúde articulada com contextos sociais e ambientais.

De acordo com Santos et al (2000) ensinar a promoção, recuperação e manutenção da saúde na família, a fim de promover saúde para cada um de seus membros e para a família como unidade é um processo complexo e os próprios estágios familiares, que geram múltiplas necessidades, demandam constante interação com diversos profissionais interdisciplinares e instituições. Portanto, o apoio à interdisciplinaridade, o conhecimento e o confronto das situações vivenciadas contextualizam e fundamentam as intervenções e atividades de enfermagem determinantes dos processos educativo e assistencial, colaborando com a atividade acadêmica e a melhoria das necessidades do grupo familiar.

Trata-se de fator de grande importância o aprendizado dos enfermeiros em lidar com o sujeito em seu meio social para que seja possível desenvolver um trabalho de qualidade na atenção à Saúde da Família, visto que a prática do enfermeiro 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 possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

Para tal é necessário que se compreenda que, apesar de não haver uso de tecnologias duras como equipamentos sofisticados, para a adequada compreensão da atenção familiar é necessária sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 1996) para quais todos os profissionais componentes das equipes devem estar devidamente cientes e preparados, do contrário a ESF passa a ser compreendida como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros.

Neste contexto muitos profissionais encontram-se ainda despreparados para este modelo de atuação, tendo em vista que a formação dos profissionais

de enfermagem, seja em nível médio ou superior, ainda é basicamente voltada para a atenção ao indivíduo doente e não para o sujeito ativo e participante da construção de sua saúde e seu meio de convivência e habitação no qual estão dispostas as questões que atuam diretamente sobre esta construção e que sem o conhecimento e atenção para uma atuação que leve em consideração estas questões, a ESF torna-se apenas mais um atendimento de cunho biomédico, porém feito em domicílio.

Sendo assim, é de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho na ESF que os profissionais estejam conectados com este tipo de atenção e sejam bem preparados para isto já que se trata de uma reorientação no modelo hegemônico em nosso país para o qual os profissionais de saúde, e dentre eles os de enfermagem, vem sendo preparados ao longo dos anos. O conhecimento e consciência desta forma diferente de atender à população, além de permitir que seja desenvolvido um trabalho de qualidade, permite também que os profissionais de enfermagem, entre outros, consigam visualizar e compreender a importância daquilo que fazem, planejando, executando, observando os resultados e avaliando as ações executadas para que estas sejam cada vez melhores e mais adequadas à população atendida.

A possibilidade do desenvolvimento de um trabalho consciente, bem planejado e executado também permite que os profissionais de enfermagem possam avaliar seu trabalho dentro da lógica proposta, para a qual foram orientados, com vistas a buscar soluções para possíveis falhas e também, reconhecendo seus sucessos, questões que são importantes para um bom desenvolvimento profissional em qualquer trabalho.

2- Satisfação no Trabalho de Enfermagem

É o trabalho que diferencia os seres humanos dos animais, o homem tem o trabalho como algo incorporado às suas vivências e necessidades (MARX, 1983), ou seja, diferentemente dos animais, o homem não se adapta passivamente ao meio sobrevivendo do que ele lhe proporciona, ao contrário, o homem transforma, através do trabalho, o meio em que vive no intuito de que este possa lhe fornecer o maior conforto possível.

O trabalho impulsiona os homens a desenvolverem suas potencialidades além de ser um dos principais meios de desenvolvimento das sociedades (TRINDADE, 2007).

Concomitante ao desenvolvimento da humanidade ocorreu também o desenvolvimento do trabalho que, pouco a pouco, foi deixando de ser apenas fonte de subsistência tornando-se mais organizado e assim oferecendo serviços a quem deles necessitasse em troca de uma remuneração.

Apesar de o trabalho ser uma das mais importantes maneiras do homem se posicionar como indivíduo (LUNNARDI FILHO, 1997; ALBERTO, 2000), seu desenvolvimento ao longo da história também trouxe aspectos negativos para os trabalhadores.

Leopardi (1999, p.10) referindo-se ao trabalho e seu desenvolvimento sob o prisma político-econômico, diz que as pessoas são vistas como objetos cujo valor depende da variação da moeda trocada pela sua força de trabalho.

No sistema capitalista de produção, sob o qual vivemos, o interesse é o de produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, uma mercadoria e, vai além, pois a mercadoria produzida deve ter valor mais alto do que a soma dos valores das mercadorias, os meios de produção e a força de trabalho utilizada para produzi-la (MARX, 1983).

Seligman-Silva apud Dejourns, Abdouchelli e Jayet (2009) afirma que os interesses do capital na organização do trabalho, visam garantir a máxima eficácia do processo de produção, o menor custo do trabalho e a máxima sujeição dos assalariados.

Sendo assim podemos considerar o trabalho como indispensável na vida dos seres humanos, porém devemos estar cientes que nem sempre as relações entre trabalho e indivíduo são promotoras apenas de benefícios, muitas vezes a sujeição dos trabalhadores a determinadas situações de trabalho podem ser insalubres, não apenas nos aspectos fisiopatológicos, mas em todos os aspectos da vida do homem.

O interesse pela saúde dos trabalhadores intensificou-se ao longo dos anos e atualmente é sabido que as condições, as jornadas de trabalho e os ambientes impróprios são capazes de causar sérios danos à saúde dos trabalhadores (TRINDADE, 2007).

De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009) quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa.

Este sofrimento desencadeado pela relação do homem com seu trabalho pode representar fator de grande influência em todos os outros aspectos da vida do ser humano. Deste modo fica evidente a relação do trabalho com a qualidade de vida dos indivíduos, relação esta que muitas vezes pode ser antagônica.

Um dos aspectos do trabalho que têm interferência direta na qualidade de vida dos trabalhadores é a satisfação profissional.

A satisfação é um dos objetivos de busca contínua da humanidade e é inerente a todos os aspectos da vida do ser humano. É importante estar satisfeito seja qual for o campo do qual se fala, satisfeito no amor, satisfeito com a família, satisfeito no trabalho, satisfeito consigo mesmo.

A definição de satisfação está diretamente ligada à felicidade, de acordo com a definição do dicionário Aurélio (2008), satisfação corresponde a estar feliz, alegre e relaciona-se também com prazer.

Sendo assim o trabalhador satisfeito é aquele que é feliz em seu trabalho, que o desenvolve de acordo com as normas organizacionais, mas também de acordo com seu melhor julgamento profissional.

Pensando nisto, podemos observar que, apesar de a busca pela satisfação ser uma constante na vida do homem, muitas vezes esta não é atingida plenamente, pois o que torna as pessoas felizes é algo extremamente subjetivo, individual e mutável caminhando lado a lado com as mudanças do próprio ser humano, que encontra-se em constante transformação.

A valorização do trabalhador revela-se como fator de grande importância para o desempenho da função, bem como para o resultado final do trabalho. Esta perspectiva vem despertando cada vez mais interesse nas empresas que se preocupam com um desempenho de qualidade (SANTOS, BRAGA e FERNANDES, 2008), e também pode ser fator de grande influência sobre a satisfação profissional.

Cada vez mais o trabalho vem se valorizando como aspecto determinante da saúde dos indivíduos. Diferente do passado, no qual o trabalho era visto como sofrimento, tortura, hoje pensa-se o trabalho como

fonte de independência e dignidade dos indivíduos, tornando-se um importante determinante da qualidade de vida, visto que a satisfação ou insatisfação no trabalho interferem diretamente em todos os outros aspectos da vida do homem.

A satisfação no trabalho está ligada tanto a fatores físicos, como a estrutura dos locais de trabalho, quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento do trabalho, da função propriamente dita. E há ainda os quesitos relativos diretamente aos trabalhadores, como remuneração, carga de trabalho entre outros.

A não satisfação no trabalho pode levar o trabalhador ao sofrimento psíquico e este sofrimento pode ter implicações diretas na saúde física e mental deste trabalhador, pois o sofrimento é a vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem estar psíquico (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 2009).

De acordo com Schmidt (2004) no início dos anos 20 do século passado, surgiram as primeiras preocupações científicas sobre a influência das condições físicas do local de trabalho na produtividade industrial, porém constatou-se ser impossível separar apenas uma variável de influência no trabalho, visto que existem outras questões de igual importância atuando concomitantemente com as condições físicas.

Ainda no início do século XX, surgem os estudos de Frederick W. Taylor que apontam a remuneração como fonte de motivação para o trabalho levando assim à satisfação e conseqüentemente à melhora na qualidade de vida dos trabalhadores (MATOS E PIRES, 2006).

É possível observar, neste mesmo período, o surgimento de outros estudiosos do assunto, observando a questão por outros prismas de visão. George Elton Mayo foi um dos primeiros, em 1927, a dar foco ao comportamento humano no trabalho. Este trabalho teve como principal mérito demonstrar que o pagamento não é o único fator decisivo da satisfação do trabalhador em seu trabalho (SCHMIDT, 2004).

Atualmente diversos autores reconhecem que a satisfação com trabalho é derivada de uma soma de componentes deste trabalho, e que apenas observando esta miscigenação de fatores torna-se possível mensurar de maneira mais próxima da realidade a satisfação dos trabalhadores.

Na área da saúde, especificamente da enfermagem, o trabalho mostra-se por muitas vezes uma fonte de sofrimento, pois lidar com o sofrimento alheio é uma difícil missão. Por outro lado, a possibilidade de amenizar este sofrimento pode se traduzir em realização. Porém, além das especificidades de se lidar com o ser humano sob a visão da saúde, existem questões práticas que também podem interferir na satisfação deste profissional, como a carga de trabalho, a remuneração, a manutenção de mais de um vínculo empregatício e o trabalho noturno, por exemplo.

Apesar de haver diversos estudos que abordam a interação do homem com seu trabalho no campo da enfermagem, a maior parte deles tem como objetivo buscar as relações entre causa e efeito dessa inter-relação para a esfera organizacional do trabalho e não para o aspecto individual e humano (LINO, 2004).

Martins (2008) em estudo sobre prazer e sofrimento da enfermagem, afirma que no desenvolvimento de suas tarefas a enfermagem interage com os outros profissionais de saúde, que têm uma autonomia relativa, a enfermagem, porém, no que se refere ao cuidar e ao administrar, não desenvolve um trabalho totalmente autônomo. Esta característica do trabalho dos enfermeiros contribui para que estes, muitas vezes, sintam-se desmotivados tendo em vista que, de acordo com Campos, Farias e Ramos (2009), o componente considerado mais importante pela equipe de enfermagem estudada em sua pesquisa foi a autonomia.

A assistência de enfermagem na atenção básica, no entanto, mostra-se diferenciada daquela exercida nos hospitais. O fato de lidarem principalmente com tecnologias leves facilita o desenvolvimento do trabalho do profissional de enfermagem enquanto cuidador do indivíduo de maneira integral, independentemente deste estar doente ou não.

Como já é sabido, a grande estratégia de expansão da atenção básica atualmente no Brasil é a Estratégia Saúde da Família, que oferece a oportunidade da assistência à população por meio da adscrição da clientela, e assim, torna possível a maior aproximação e o estabelecimento de vínculo entre as equipes de Saúde da Família e a população atendida. Esta aproximação com os usuários do serviço de saúde permite o maior conhecimento dos fatores influentes na saúde destes, além de a implantação

das Unidades de Saúde da Família nas comunidades a serem atendidas consentirem a melhor visualização da realidade social em que vivem estas populações.

Ao falarmos do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem na ESF, podemos pensar nas questões relacionadas à saúde deste trabalhador.

De acordo com o Ministério da saúde as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade (BRASIL, 2001).

Neste contexto, pode-se refletir sobre a satisfação destes trabalhadores com este novo processo de trabalho, incluindo o trabalho em si, com suas divisões, atribuições e responsabilidades e o meio onde este trabalho é realizado, tanto no espaço físico quanto a localização, bem como sua finalidade e seus objetivos, já tratados neste texto.

Tendo em vista estas questões é possível considerar a importância destes fatores para o trabalhador de enfermagem no desenvolvimento de seu trabalho, que é algo que se traduz como questão de grande valia visto que, de acordo com Rebouças, Legay e Abelha (2007, p. 246) o impacto do trabalho nos profissionais compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar da equipe.

As mudanças no perfil de adoecimento do trabalhador brasileiro corroboram com a afirmação anterior, pois denotam o surgimento de novas doenças relacionadas ao trabalho e ligadas ao sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Neste ponto de vista a satisfação com o trabalho torna-se fator de grande relevância, pois resulta da interação das condições gerais de vida, de trabalho e do controle que o trabalhador possui sobre suas condições de vida e trabalho (MARQUEZE E MORENO, 2005), sendo um processo dinâmico que influencia tanto na organização do trabalho quanto na vida social dos trabalhadores (SILVA et al, 2009).

Sendo assim, o profissional satisfeito com seu trabalho se relaciona melhor com a equipe, se empenha mais em novas estratégias, sente-se estimulado e, conseqüentemente, desenvolve melhor seu trabalho junto aos usuários.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

1- Característica do Estudo

Para realização desta pesquisa, optamos por um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos são aqueles que têm com objetivo primordial à descrição das características de determinada população, levantar as suas opiniões, atitudes, e crenças através da identificação da existência de relações entre variáveis, com a possibilidade de determinar a natureza destas relações (GIL, 2002).

De acordo com Chizzotti (2000, p.15)

A abordagem quantitativa busca a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise da freqüência de incidências e correlações estatísticas.

2- Local

O estudo teve como cenário as nove Unidades de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.3, localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, e correspondendo aos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba.

Segundo a Coordenação da área Programática 5.3, sua população é de aproximadamente 350.000 habitantes e sua taxa de crescimento populacional anual está acima da média de crescimento anual de todo o município do Rio de Janeiro.

Além das peculiaridades com relação ao processo de urbanização, a A.P. 5.3 é a área mais distante da A.P. 1, na qual fica localizado o centro da cidade do Rio de Janeiro como mostra a Figura 1.

O bairro de Santa Cruz possui em seu território 114 loteamentos, dos quais 46 são irregulares e 68 clandestinos, e 33 favelas. Este conjunto de assentamentos abriga uma população de aproximadamente 140.000 habitantes (SMSDC – Coordenação da Área de Planejamento 5.3, 2002).

Foram selecionadas as nove USF que estavam em funcionamento até o momento do início da coleta de dados, que ocorreu durante o mês de junho de 2010. Atualmente existem novas unidades em funcionamento e novas equipes nas unidades já existentes, pois a Estratégia Saúde da Família encontra-se em expansão no município do Rio de Janeiro.

As nove Unidades de Saúde da Família da CAP 5.3 têm um total de 37 equipes e, portanto, um total de 37 enfermeiros e, até o momento da coleta de dados 39 técnicos ou auxiliares de enfermagem. Nenhum dos enfermeiros selecionados para a pesquisa encontrava-se de férias ou licença, no entanto para o presente estudo foram entrevistados 33 profissionais, pois dois optaram não participar do estudo e dois atuam em duas equipes de unidades diferentes.

Entre os técnicos e os auxiliares de enfermagem 31 participaram da pesquisa, seis não quiseram participar, um estava de licença e um respondeu o instrumento de forma incompleta.

A população neste estudo corresponde a 63 participantes dentre este enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Número de Equipes / Profissionais de Enfermagem por Unidades de Saúde da Família. Rio de Janeiro - RJ, 2010.

Unidades de Saúde da Família	Número de Equipes	Número de Profissionais	Total
USF A	3	3 enfermeiros 3 técnicos / auxiliares	6
USF B	5	5 enfermeiros 5 técnicos / auxiliares	10
USF C	4	4 enfermeiros 5 técnicos / auxiliares	9
USF D	2	2 enfermeiros 4 técnicos / auxiliares	6
USF E	4	4 enfermeiros 5 técnicos / auxiliares	9
USF F	2	2 enfermeiros 3 técnicos / auxiliares	5
USF G	8	8 enfermeiros 5 técnicos / auxiliares	13
USF H	5	5 enfermeiros 5 técnicos / auxiliares	10
USF I	4	4 enfermeiros 4 técnicos / auxiliares	8

Fonte: A.P. 5.3, Rio de Janeiro

4- Instrumento: Índice de Satisfação Profissional

Utilizamos como instrumento de avaliação da satisfação o Índice de Satisfação Profissional (ISP) (anexo A), que foi criado e desenvolvido por Stamps (STAMPS, 1997) com o intuito de estudar a satisfação profissional de enfermeiros medindo o nível de satisfação destes em relação aos componentes do trabalho e identificando a importância que estes profissionais dão aos

componentes (LINO, 1999).

A escolha do instrumento teve por finalidade atender os objetivos do estudo, visto que mensura o nível de satisfação por meio de componentes relacionados à organização e a interação no trabalho, dentre outros.

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa por Lino (1999) e o processo de validação se deu entre enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva, assim as questões relativas à satisfação com o trabalho admitem mudança de cenário sendo assim perfeitamente adaptáveis ao desenvolvimento do trabalho dos profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

As modificações realizadas, na maior parte, diziam respeito aos termos utilizados, como por exemplo, “equipe de enfermagem”, que é comum para hospitais e outros campos de trabalho da enfermagem, mas que não faz parte da realidade da ESF, já que o trabalho é desenvolvido por equipes de saúde.

O instrumento de medida baseia-se em seis componentes do trabalho que medem tanto a importância que os profissionais de enfermagem da equipe de Saúde da Família conferem a cada um, quanto o nível de satisfação referente a cada componente específico (LINO, 1999).

De acordo com Lino (1999), os seis componentes que compõem o ISP são:

1. **Autonomia**, na qual estão contidos grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário nas atividades relativas ao trabalho;
2. **Interação**, tratando da oportunidade de contato social e profissional, formal e informal durante o horário de trabalho;
3. **Status profissional**, na qual são abordadas questões relativas à importância ou significância percebida acerca de seu trabalho, tanto no seu ponto de vista quanto no de outros;
4. **Requisitos do trabalho**, dizendo respeito às tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho;
5. **Normas organizacionais**, referente às normas administrativas e procedimentos propostos pela instituição e pela administração da equipe de enfermagem;
6. **Remuneração**, que trata do pagamento em dinheiro e benefícios

adicionais recebidos pelo trabalho executado.

O instrumento é auto aplicável, composto por duas partes. A parte A dispõe de uma lista de comparação entre os seis componentes permitindo a formação de 15 pares entre os quais o respondente deve selecionar a opção que acredita ser mais importante em cada par (SCHMIDT, 2004).

A parte B constitui a Escala de Atitudes do ISP e contém 44 afirmativas sobre cada um dos seis componentes da satisfação. Essas afirmativas permitem que os respondentes estabeleçam seu grau de satisfação através de uma escala tipo Likert de sete (7) pontos, com resposta variando entre concorda inteiramente (1) e discorda inteiramente (7) (SCHMIDT, 2004).

Esta parte do instrumento permite mensurar o nível de satisfação atual dos entrevistados referente a cada um dos componentes avaliados.

Para calcular o valor total da Escala de Atitudes do ISP (nível geral de satisfação no trabalho) é realizada a soma dos valores obtidos nos 44 itens da Escala. Antes, porém, deve ser feita a inversão do escore de 22 itens da Escala de Atitudes, os quais possuem enunciados positivamente ordenados (SCHMIDT, 2004).

O intervalo possível de resposta para o ISP varia de 44 a 308. Podemos trabalhar com o valor total da escala, porém é possível trabalhar com o valor médio, o qual é obtido dividindo-se o escore total do ISP por 44, o número total de itens da escala. O resultado do escore médio da escala apresenta valores entre um e sete, sendo que quanto maior o valor, maior é a satisfação com o trabalho, já que a direção da escala é positiva (SCHMIDT, 2004).

Optou-se por utilizar apenas a *parte B*, Escala de Atitudes, do instrumento, tendo em vista que, de acordo com Stamps (1997b), as duas partes do instrumento podem ser utilizadas separadamente e a Escala de Atitudes é apropriada para situações em que o pesquisador deseja avaliar o nível de satisfação com o trabalho dos profissionais de enfermagem.

A Tabela 1 mostra a distribuição das afirmações da escala de acordo com os seis componentes de satisfação avaliados, os enunciados positivos e negativos, a direção da pontuação para cada enunciado e a variação dos escores para cada componente.

Tabela 1 – Distribuição dos enunciados da parte B do Índice de Satisfação Profissional segundo os componentes, a direção escala de respostas e a variação dos escores. Rio de Janeiro - RJ, 2010

Componente	Enunciados Positivos	Enunciados Negativos	Varição de Escores
Remuneração	1, 14, 32	8, 21, 44	6 a 42
Status Profissional	9, 11, 34, 38	2, 27, 41	7 a 49
Autonomia	13, 26, 43	7, 17, 20, 30, 31	8 a 56
Normas Organizacionais	5, 25, 40, 42	12, 18, 33	7 a 49
Requisitos do Trabalho	22, 24, 29	4, 15, 36	6 a 42
Interação	3, 6, 16, 19, 37	10, 23, 28, 35, 39	10 a 70

(Adaptado de Lino, 1999)

Para a descrição da população entrevistada, foi feito um registro contendo dados sobre sexo, idade e tempo de serviço na ESF.

5- Coleta de Dados

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro em 31 de maio de 2010 sob o registro 124a/2010.

De posse do parecer de aprovação, entrou-se em contato com os gerentes das USF para o agendamento das entrevistas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada utilizando-se o instrumento ISP. Antes das entrevistas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) foi assinado, em cumprimento ao disposto no art. 4º da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a garantia do anonimato dos profissionais de enfermagem, os questionários foram identificados através de numeração seqüencial de acordo com a ordem das entrevistas.

6- Análise dos Dados

Após digitação em planilha eletrônica em forma de banco de dados (“Excel for Windows”), os dados foram processados através do programa estatístico “Statistical Package for the Social Science (SPSS) Version 17.0 for Windows”.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando-se frequência, média e desvio padrão.

Segundo Schmidt (2004), a melhor maneira para analisar a satisfação profissional é através do escore médio dos componentes da Escala de Atitudes.

Foi avaliado o escore de cada componente do ISP, além do escore total da Escala de Atitudes. Quanto maior a pontuação atingida, maior a satisfação como trabalho.

Para a análise dos componentes da Escala de Atitudes do ISP utilizou-se o escore médio, obtido através da divisão do escore total pelo número de enunciados, permitindo assim que o resultado obtido fique sempre entre um a sete que são, respectivamente, o mínimo e o máximo de pontuação para cada enunciado.

As análises bivariadas levam em conta a categoria profissional do entrevistado, permitindo fazer comparações entre os resultados obtidos pelas duas categorias profissionais participantes do estudo.

Utilizou-se o teste Qui quadrado para a avaliação das diferenças entre os grupos. Para efeito de tomada de decisão considerou-se a probabilidade menor que 5% ($p < 0,05$) como valor limite para considerar que um efeito observado no estudo é real, não sendo decorrente do acaso. Isto é, a hipótese nula será rejeitada caso o valor de p seja inferior a 0,05 (COUTINHO e CUNHA, 2005).

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Características da População do Estudo

Tabela 2 – Descrição da população referente às variáveis idade e tempo de trabalho. Rio de Janeiro - RJ, 2010.

Variável	N (%)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	63 (100%)	21	63	37,0	10,8
Tempo de Trabalho (em meses)	63 (100%)	1	120	37,8	30,6

Fonte: A.P. 5.3, Rio de Janeiro

A idade dos profissionais de enfermagem variou entre 21 e 63 anos, sendo a média de 37 anos, o desvio padrão para este dado foi de 10,8, indicando grande variação na distribuição etária dos participantes.

A média de idade 37 anos indica que são profissionais mais maduros.

Segundo Barbosa e Soler (2003), em estudo realizado sobre afastamentos do trabalho, a faixa etária em que os afastamentos foram predominantes foi a de 21 a 40 anos, resultado este que corrobora com os encontrados nas pesquisas de Silva (1999), Pitta (1990) e Bulhões (1998).

A maior parte dos estudos trata de cenários hospitalares, o que deixa de fora trabalhadores da atenção básica e, mais especificamente, da ESF que traz peculiaridades político administrativas, podendo trazer conseqüências diferenciadas para o trabalho e a vida destes.

Os dados sobre tempo de trabalho na ESF mostram grande variação, pois obtivemos um mínimo de um mês de trabalho até o máximo de 10 anos (120 meses), no entanto a média encontrada foi 37,8 meses, aproximadamente três anos, apontando profissionais muito experientes até profissionais recém admitidos na Estratégia Saúde da Família, que pode significar visões diferentes sobre o trabalho executado.

Podemos atribuir à média baixa do tempo de trabalho dos profissionais na ESF ao fato de que a Estratégia passou a ser adotada pelo Ministério da Saúde a partir de dezembro de 1993 (ROSA e LABATE, 2005) e desde então vem sofrendo uma expansão gradativa entre as comunidades, em especial nas

mais carentes, demandando maior quantitativo de pessoal e, conseqüentemente, maior quantidade de profissionais com pouco tempo de serviço.

Especificamente no caso do município do Rio de Janeiro na Área Programática 5.3, abordada neste estudo, no ano de 2010 houve grande expansão da Estratégia Saúde da Família com inauguração de diversas Unidades, inclusive durante o período da coleta de dados, o que explica a presença de profissionais com pouco tempo de trabalho.

No entanto, encontramos também trabalhadores com larga experiência na ESF, o que também pode influenciar na satisfação profissional, tendo em vista que, de acordo com Schmidt (2004), há referências de que o tempo de serviço é proporcional á exposição aos fatores de risco ocupacional, inclusive a insatisfação profissional.

Há ainda que se considerar que a proximidade com os clientes pode potencializar a ação dos riscos ocupacionais sobre a atuação dos profissionais de enfermagem (RODRIGUES e PASSOS, 2009), podendo levar a interferências diretas sobre a satisfação e sobre o processo saúde-doença destes trabalhadores, e no caso do trabalho na ESF a proximidade com os usuários do serviço não é apenas necessária à realização do trabalho, mas sim fundamental para que os objetivos da Estratégia possam ser alcançados.

Tabela 3 – Descrição da população quanto às variáveis sexo e classe profissional. Rio de Janeiro - RJ, 2010

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	10	15,9
Feminino	53	84,1
Classe Profissional		
Enfermeiros	33	52,4
Técnicos/auxiliares de enfermagem	30	47,6

Fonte: A.P. 5.3, Rio de Janeiro

Dos entrevistados 84,1% é do sexo feminino e 15,9% do sexo masculino, perfil esperado dado que a enfermagem é uma profissão majoritariamente exercida por mulheres desde a sua origem, pois, historicamente, sempre se considerou que os cuidados aos enfermos mostravam-se cultural e socialmente apropriados para o trabalho feminino (COLLIÉRE, 1989).

As práticas de enfermagem inicialmente estiveram ligadas apenas à manutenção e ao desenvolvimento da vida e por isso foram construídas ao redor da mulher, símbolo da fecundidade (OGUISSO, 2005).

A predominância do sexo feminino encontrada entre os trabalhadores de enfermagem deste estudo corrobora com o resultado de diversos outros estudos tais como os realizados por Rocha et al (2009); Barbosa e Soler (2003); Shmidt (2004), tanto para aqueles profissionais que atuam em Saúde da Família quanto para aqueles que atuam no cenário hospitalar.

Entre os profissionais entrevistados os enfermeiros constituem 52,4% (33) da população enquanto os técnicos/auxiliares de enfermagem somam 47,6% (30).

Compreende-se que o número de enfermeiros e o de técnicos / auxiliares de enfermagem foi próximo devido ao fato de que cada equipe de Saúde da Família deve ter em sua constituição básica um enfermeiro e um técnico de enfermagem, ou seja, dentro das equipes existe igual quantidade de profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem.

2. Índice de Satisfação Profissional – Escala de Atitudes

O primeiro passo para a análise da satisfação profissional consiste na avaliação das freqüências de resposta para cada componente da satisfação que são *Remuneração*, *Status Profissional*, *Autonomia*, *Requisitos do Trabalho*, *Normas Organizacionais* e *Interação* (STAMPS 1994b).

As respostas foram analisadas independentemente da pontuação atribuída, isto é, nesta etapa não houve a inversão dos escores de pontuação para as questões positivas.

Remuneração

Quadro 2 - Distribuição das características do componente *Remuneração*. Rio de Janeiro - RJ, 2010

REMUNERAÇÃO	Concordo	Indeciso	Discordo	Total
1. Meu salário atual é satisfatório	65%	1,6%	33,4%	100%
8. Tenho a impressão de que grande parte do pessoal de enfermagem desta USF está insatisfeita com seu salário	63,5%	9,6%	26,9%	100%
14. Considerando o que é esperado do serviço de enfermagem, na ESF deste município o salário que recebemos é razoável	60,2%	1,6%	38,2%	100%
21. Na ESF deste município o índice atual de reajuste para o pessoal de enfermagem não é satisfatório	87,3%	6,3%	6,4%	100%
32. Pelo que ouço do pessoal de ESF de outros municípios, neste município nossa remuneração é justa	61,9%	17,5%	20,6%	100%
44. Na ESF deste município se faz necessário um reajuste salarial para a enfermagem	92,1%	4,7%	3,2%	100%

(Adaptado de Lino, 1999)

A maioria dos profissionais acredita haver a necessidade de reajuste salarial, pois 92,1% concordaram que um reajuste salarial para a enfermagem se faz necessário e 87,3% concordaram que o índice atual de reajuste salarial para o pessoal de enfermagem não é satisfatório.

Entretanto, observa-se no Quadro 2 que a maioria dos respondentes (65%), considera que o salário atual é satisfatório.

Este resultado corrobora com os resultados obtidos pelo estudo realizado por Cotta et al (2006), que afirma que a maior parte dos enfermeiros entrevistados acredita que seu salário é razoável, no entanto a maioria dos auxiliares de enfermagem acredita ter baixa remuneração.

É possível compreender a satisfação profissional com o salário expressada pelos profissionais de enfermagem se pensarmos nas características do trabalho em Saúde da Família, expediente de segunda à sexta-feira em horário comercial excetuando-se os dias de campanha ou das mobilizações específicas.

O modelo de contratação adotado desde 1995 até 2004 incluía o aproveitamento de trabalhadores já vinculados as Secretarias Municipais de Saúde com a condição de que estes aceitassem as mudanças no processo de trabalho e pactuando algum tipo de complementação salarial (MENDONÇA, MARTINS E GIOVANELLA, 2009), sendo assim o salário para o trabalho com

Saúde da Família tornou-se mais interessante do que o salário normal para as outras atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde vinculados as Secretarias Municipais de Saúde.

Status Profissional

**Quadro 3 - Distribuição das características do componente *Status Profissional*.
Rio de Janeiro - RJ, 2010**

STATUS PROFISSIONAL	Concordo	Indeciso	Discordo	Total
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	58,7%	3,2%	38,1%	100%
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos usuários adscritos	34,9%	3,2%	61,9%	100%
11. Em minha mente não tenho dúvidas; o que faço em meu trabalho é realmente importante	-	1,6%	98,4%	100%
27. O que faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo	4,8%	1,6%	93,6%	100%
34. Eu me sinto orgulhoso quando falo com outras pessoas sobre o que faço em meu trabalho	4,8%	1,6%	93,6%	100%
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez ainda sim eu entraria na enfermagem	14,4%	6,3%	79,3%	100%
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico	8,0%	1,6%	90,4%	100%

(Adaptado de Lino, 1999)

Para componente *Status Profissional* a maioria dos participantes não acredita na importância do trabalho que realiza, tendo em vista que 98,4% discordaram da afirmação 11 (*“Em minha mente não tenho dúvidas: o que faço em meu trabalho é realmente importante”*). Entretanto, contrariando as respostas dadas ao enunciado 11, 93,6% dos respondentes discordaram do enunciado 27 (*“O que faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo”*), isto é, a maior parte dos entrevistados acredita que seu trabalho é sim significativo.

Podemos analisar esta afirmação considerando que, para Silva, Motta e Zeitoune (2010), o enfermeiro é um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como um modelo de política integrativa e humanizadora da saúde.

O enfermeiro na ESF é responsável pelo treinamento e supervisão dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que também desempenham papel de grande importância não apenas na ESF, mas em todo o sistema de atenção à saúde tendo em vista que constituem o componente mais expressivo nas equipes de enfermagem e em toda a área da saúde (NERY et al, 2009), e

portanto tem papel decisivo no encontro com o usuário que busca a Unidade de Saúde da Família.

Portanto, sem dúvida o trabalho desenvolvido pelo pessoal de enfermagem em Saúde da Família tem grande significância.

Apesar da grande importância atribuída aos profissionais de enfermagem na consolidação da ESF, 93,6% dos profissionais discordaram do enunciado 34, no qual há a afirmação *“Eu me sinto orgulhoso quando falo para outras pessoas sobre o que faço em meu trabalho”*.

Foi também encontrado percentual significativo (90,4%) de respostas para “discordo inteiramente” do enunciado 41, “Meu trabalho, em particular, não exige muita habilidade ou conhecimento específico”, isto se deve ao fato pelo reconhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à importância do conhecimento específico e de habilidades para atuação na ESF, com vistas a desenvolver adequadamente o trabalho em equipe, que é a base do trabalho em ESF.

Segundo Rocha et al (2009),

“Uma equipe se consolida quando utiliza as competências como conhecimentos, habilidades e atitudes de seus membros, planeja suas atividades, é sistêmica em seu processo decisório e resolução de problemas e se empenha para chegar à produtividade máxima”.

Autonomia

Para componente *Autonomia* as freqüências das respostas dos participantes do estudo indicam que os profissionais de enfermagem crêem ter autoridade suficiente frente suas responsabilidades profissionais, tendo em vista que 98,4% discordaram do enunciado 17 (*“Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade”*).

Corroborando com a opinião dos respondentes sobre a autonomia, estão os percentuais de respostas discordantes para os enunciados 20 (*“Em meu serviço minha gerência toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho”*) e 31 (*“No meu trabalho, algumas vezes, tenho que fazer coisas que vão contra o meu melhor julgamento profissional”*), que foram, respectivamente; 93,6% e 90,4%.

A relação enfermagem – gerência, no que tange a autonomia profissional, tem alto nível de satisfação, tendo em vista os percentuais de respostas comentados anteriormente.

Quadro 4 - Distribuição das características do componente *Autonomia*. Rio de Janeiro - RJ, 2010

AUTONOMIA	Concordo	Indeciso	Discordo	Total
7. Eu sinto que sou supervisionado mais diretamente do que o necessário	58,7%	3,2%	38,1%	100%
13. Eu sinto que tenho participação suficiente na assistência a cada um dos usuários adscritos em minha área de abrangência	34,9%	3,2%	61,9%	100%
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	-	1,6%	98,4%	100%
20. Em meu serviço minha gerência toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho	4,8%	1,6%	93,6%	100%
26. Uma grande dose de independência é permitida e até requerida de mim	4,8%	1,6%	93,6%	100%
30. Algumas vezes sinto-me frustrado porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim	14,4%	6,3%	79,3%	100%
31. No meu trabalho, algumas vezes, tenho que fazer coisas que vão contra o meu melhor julgamento profissional	8,0%	1,6%	90,4%	100%
43. Em meu trabalho tenho liberdade suficiente para tomar decisões que considero importantes e conto com minha gerência para me apoiar	22,2%	1,6%	76,2%	100%

(Adaptado de Lino, 1999)

Indo ao encontro das freqüências das respostas anteriormente citadas, temos o percentual de 93,6% de respostas “discordo” para o enunciado 26, “Uma grande dose de independência é permitida e até requerida de mim”.

Entendemos que o fato de grande parte dos participantes deste estudo terem respondido positivamente a algumas questões que tratam da autonomia profissional tem relação com o fato de que, geralmente, na atenção básica, a enfermagem desempenha papel naturalmente mais autônomo, por se tratar de assistência primária, sem o uso de tecnologias de alta densidade.

Segundo Almeida e Rocha (1986), na atenção básica a enfermagem executa mais atividades de assistência de enfermagem que nos hospitais. Como conseqüência, neste modelo de assistência, o trabalho de enfermagem tem mais destaque e autonomia, o que reflete um dado positivo para a satisfação profissional.

Mais especificamente, em ESF, a grande importância do papel da enfermagem também pode ter reflexos positivos no tangente à autonomia profissional.

De acordo com Silva, Motta e Zeitoune (2010), o enfermeiro é um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional.

Sendo assim, podemos crer que o trabalho na ESF proporciona aos enfermeiros um campo de trabalho no qual ele pode desenvolver de forma mais plena seus conhecimentos, habilidades e práticas adquiridas ao longo de sua formação de sua experiência de trabalho.

Refletindo sobre a atuação laboral dos técnicos / auxiliares de enfermagem, estes desenvolvem diversas atividades importantes junto à comunidade e na Unidade de Saúde da Família (USF), dentre elas está o trabalho como porta de entrada dos usuários que buscam a USF acolhendo aos usuários no serviço.

Segundo Nery et al (2009), o acolhimento é um momento do trabalho em saúde em que se desvela a autonomia do trabalhador na busca ou não de processos acolhedores na produção do cuidado em saúde.

O papel dos técnicos / auxiliares de enfermagem também tem destaque e autonomia elevados na atuação em atenção básica e, mais especificamente, em ESF devido ao uso das tecnologias leves, que proporcionam o desenvolvimento de atividades autônomas por estes profissionais para as quais não precisam de supervisão direta ou prescrição.

Normas Organizacionais

Para o componente *Normas Organizacionais* podemos destacar os enunciados 5 (*“Em minha USF o pessoal de enfermagem tem controle suficiente sobre seu turno de trabalho”*) e 42 (*“A gerência da USF na qual trabalho geralmente consulta o pessoal de enfermagem sobre os problemas diários e procedimentos específicos da enfermagem”*), para os quais foram encontrados, respectivamente, os percentuais de 74,6% e 73,1% de respondentes que discordaram destas afirmações.

A frequência de respostas discordando dos enunciados 5 e 42 indica que a maioria dos respondentes afirma que sua gerência não participa dos problemas diários da enfermagem e nem permite que os profissionais de enfermagem participem ativamente do processo de tomada de decisões relativos à enfermagem.

Quadro 5 - Distribuição das características do componente *Normas Organizacionais*. Rio de Janeiro - RJ, 2010

NORMAS ORGANIZACIONAIS	Concordo	Indeciso	Discordo	Total
5. Em minha USF o pessoal de enfermagem tem controle suficiente sobre seu turno de trabalho	23,8%	1,6%	74,6%	100%
12. Existe uma grande lacuna entre a administração desta USF e os problemas diários do serviço de enfermagem	34,9%	4,8%	60,3%	100%
18. Na ESF deste município não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem	58,8%	7,9%	33,3%	100%
25. Há grandes oportunidades para o pessoal de enfermagem participar do processo de tomada de decisões administrativas	47,7%	6,3%	46,0%	100%
33. Nesta USF as decisões administrativas interferem muito no atendimento aos usuários	42,9%	3,2%	53,9%	100%
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimento de minha equipe e de minha área de abrangência	41,3%	3,2%	55,5%	100%
42. A gerência da USF na qual trabalho geralmente consulta o pessoal de enfermagem sobre os problemas diários e procedimentos específicos da enfermagem	25,3%	1,6%	73,1%	100%

(Adaptado de Lino, 1999)

As possíveis barreiras encontradas entre a gerência e as questões ligadas a USF e seus profissionais, é claro, devem ser derrubadas, no entanto podem ser compreendidas se pensarmos no fato de que, de acordo com Merhy (1997), a gerência utiliza-se majoritariamente das tecnologias leve-duras, caracterizadas neste caso, pelas normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, mas poderia se utilizar também das tecnologias leves das relações.

Assim sendo, haveria mais facilidade para que as questões provenientes dos profissionais gerenciados pudessem chegar até os gerentes, ser ouvidas por eles e ter suas respostas planejadas e executadas, dentro do possível.

Requisitos do Trabalho

Quadro 6 - Distribuição das características do componente *Requisitos do Trabalho*. Rio de Janeiro - RJ, 2010

REQUISITOS DO TRABALHO	Concordo	Indeciso	Discordo	Total
4. Na ESF o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático	90,5%	-	9,5%	100%
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer o tempo todo	69,9%	3,2%	26,9%	100%
22. Eu estou satisfeito com os tipos de atividade que realizo em meu trabalho	12,6%	4,8%	82,6%	100%
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas relativos aos casos dos pacientes adscritos com a minha equipe	49,2%	-	50,8%	100%
29. Eu tenho tempo suficiente para a atenção direta ao usuário	49,2%	-	50,8%	100%
36. Eu poderia realizar um trabalho muito melhor se tivesse mais tempo junto aos usuários	82,6%	1,6%	15,8%	100%

(Adaptado de Lino, 1999)

Com relação ao componente *Requisitos do Trabalho* encontramos percentual significativo de respostas (90,5%) “concordo” para o enunciado número 4 que traz a afirmação “*Na ESF o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático*”, e para o enunciado 36 (“*Eu poderia desenvolver um trabalho muito melhor se tivesse mais tempo junto aos usuários*”) 82,6% apóiam a idéia de que resta aos profissionais de enfermagem menos tempo do que gostariam, ou que consideram apropriado, para a dedicação aos usuários, isto é admitem ter atividades desvinculadas da atenção aos usuários em excesso, podendo estas estarem relacionadas ao trabalho administrativo e burocrático.

As atribuições administrativas e burocráticas destinadas à enfermagem ficam principalmente nas mãos dos enfermeiros tendo em vista que, no Brasil, a divisão interna da enfermagem deu origem a outras classes profissionais auxiliares, como os técnicos e auxiliares de enfermagem, e assim o trabalho administrativo, como as atividades de ensino e supervisão, ficaram para o enfermeiro (PEDUZZI e ANSELMINI, 2002).

Apesar de a divisão do trabalho da enfermagem ter destinado aos técnicos / auxiliares a maior parte das atividades assistenciais, na Estratégia Saúde da Família o processo de trabalho apresenta-se de maneira diferenciada dos cenários tradicionais de atuação destes profissionais. Além das atividades diretamente ligadas aos usuários existem as atividades de planejamento,

elaboração de estratégias, mapeamento de território, entre outras, que trazem certa carga de trabalho burocrático e administrativo mesmo para os auxiliares e técnicos.

De acordo com Reis e Davi (2008, p.273), o acúmulo de atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro em ESF,

“além de dificultar a assistência de enfermagem, tornando-a individualizada, fragmentada e de fortalecer o modelo biomédico hegemônico, repercute na saúde do trabalhador de enfermagem gerando inquietações e sofrimento”.

Há ainda um percentual significativo de respostas, 82,6%, de “discordo” da afirmativa 22, *“Eu estou satisfeito com os tipos de atividade que realizo em meu trabalho”*, apontando para menor satisfação com as atividades desenvolvidas.

Neste contexto podemos entender este percentual de respostas de duas maneiras. A primeira diz respeito à formação adequada para o trabalho na Estratégia Saúde da Família, pois apenas desta forma é possível compreender a importância das atividades designadas a cada membro da equipe de Saúde da Família.

A formação tradicional dos profissionais de saúde é pautada no modelo curativo, no qual valorizam-se as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer (REIS e HORTALE, 2004), desta forma o entendimento do trabalho em Saúde da Família fica prejudicado, tendo em vista que os profissionais não foram adequadamente preparados para exercê-lo.

A busca de melhores condições de trabalho a capacitação dos profissionais é de fundamental importância para o aperfeiçoamento e aprendizado das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade do trabalho em grupo e da melhora do contato com o usuário (L'ABBATE, 1994; COTTA, 2002)

A segunda perspectiva aponta para a probabilidade de que não estejam sendo realmente efetuadas as atividades propostas para o adequado funcionamento e o alcance dos objetivos da ESF.

A ESF é um modelo de atenção ainda em construção, já com diretrizes definidas e planos de trabalho, mas deve se adaptar à realidade de cada

comunidade atendida, o que faz com que seja uma estratégia dinâmica em processo constante de adaptação.

De acordo com Facchini (2006), para maior benefício da população e melhor desempenho da ESF, há necessidade de estímulo financeiro, técnico e político à rede básica de saúde no país.

Ainda de acordo com Facchini (2006) se fazem necessários investimentos urgentes em infra-estrutura e na educação permanente dos profissionais, além disso, é relevante o adequado enfrentamento dos principais problemas da ESF com vistas à melhora do impacto positivo na saúde da população.

Interação

Quadro 7 - Distribuição das características do componente *Interação*. Rio de Janeiro - RJ, 2010

INTERAÇÃO	Concordo	Indeciso	Discordo	Total
3. Em meu serviço o pessoal de enfermagem se dispõe e ajudam uns aos outros quando as coisas estão “corridas”	15,9%	-	84,1%	100%
6. Em minha USF os médicos geralmente cooperam com o pessoal de enfermagem	28,6%	1,6%	69,8%	100%
10. Em minha USF é difícil para os enfermeiros novatos sentirem-se à vontade	30,1%	4,8%	65,1%	100%
16. Em meu serviço existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os membros da minha equipe	9,5%	-	90,5%	100%
19. Em minha equipe de Saúde da Família há muito trabalho em equipe entre enfermeiros e médicos	25,3%	1,6%	73,1%	100%
23. Em meu serviço o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria	25,3%	3,2%	71,5%	100%
28. Em minha USF há muita “distinção de posições”, os enfermeiros raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes níveis de formação educacional	14,3%	1,6%	84,1%	100%
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos do pessoal de enfermagem	44,4%	9,5%	46,1%	100%
37. O médico da minha equipe geralmente compreende e aprecia o que o pessoal da enfermagem faz	19,1%	11,1%	69,8%	100%
39. O médico da minha equipe subestima demais o pessoal de enfermagem	9,5%	11,1%	79,4%	100%

(Adaptado de Lino, 1999)

Para componente *Interação* houve percentual significativo de respostas “discordo” (90,5%) para o enunciado 16 (“Em meu serviço existe muito trabalho

em equipe e cooperação entre os membros da minha equipe”). Este percentual de respostas indica que a interação e colaboração no que diz respeito à execução do trabalho não são tão satisfatórias dentro das equipes.

Os 84,1% de respostas discordantes para o enunciado 28 (*“Em minha USF há muita distinção de posições, os enfermeiros raramente misturam-se com aqueles de menor experiência ou com diferentes níveis de formação educacional”*), demonstrando que a interação entre os profissionais de enfermagem, de acordo com a maioria dos participantes do estudo é satisfatória.

Tendo em vista que o modelo de atenção à saúde de Saúde da Família tem como fundamental princípio o trabalho em equipe, os percentuais de respostas citados anteriormente são positivos, já que, de acordo com Almeida e Mishima (2001), se a integração entre os profissionais não ocorrer corre-se o risco de repetir o modelo desumanizado, fragmentado e centrado na recuperação biológica individual e com desigual valoração dos diferentes trabalhos.

Para o enunciado três (*“Em meu serviço o pessoal de enfermagem se dispõe e ajudam uns aos outros quando as coisas estão corridas”*) a concentração das respostas apresenta um percentual de 84,1%, o que vai ao encontro dos dados encontrados para o enunciado 28.

Ainda como percentual significativo foi encontrado o valor de 79,4% de respostas “discordo” para o enunciado 39 (*“O médico da minha equipe subestima demais o pessoal de enfermagem”*), demonstrando que os profissionais de enfermagem participantes deste estudo percebem que os médicos de suas equipes acreditam em seu trabalho.

Nesta questão, assim como em todas as outras que envolvem a relação enfermagem – médico, deve-se levar em consideração o fato de que na época em que os dados foram colhidos, algumas das equipes, ainda em formação, não tinham médicos, e por isso o percentual encontrado para as respostas torna-se ainda mais significativo se pensarmos que os respondentes a estes enunciados foram apenas aqueles profissionais que possuíam em suas equipes os profissionais médicos.

3. Elaboração do Escore dos Componentes do ISP

A diferença entre o número de itens contidos na avaliação da satisfação para cada componente torna mais complexa a comparação das pontuações já que os intervalos possíveis e os intervalos obtidos são diferentes para cada componente de acordo com a quantidade de itens de cada um.

Se dividirmos a escala de pontuação considerando os valores de um a três para menor satisfação, o quatro para indecisão (nem maior satisfação/nem menor satisfação) e de cinco a sete para maior satisfação, podemos ter uma idéia mais clara dos níveis de satisfação atingidos para cada componente e também para o índice total de satisfação da Escala de Atitudes, já que quanto maior a pontuação maior o nível de satisfação.

Tabela 4 – Distribuição dos dados estatísticos referentes às pontuações obtidas em cada componente e o total da Escala de Atitudes. Rio de Janeiro – RJ, 2011

Componentes ISP	Nº de itens	Intervalo Possível	Intervalo Obtido	Escore Total	Desvio Padrão	Escore Médio
Remuneração	6	6 - 42	6 - 31	15,42	6,7	2,57
Status Profissional	7	7 - 49	28 - 49	39,67	6	5,67
Autonomia	8	8 - 56	19 - 54	37,68	8,06	4,71
Normas Organizacionais	7	7 - 49	8 - 49	30,44	8,2	4,35
Requisitos do Trabalho	6	6 - 42	8 - 37	21,12	7,75	3,52
Interação	10	10 - 70	19 - 70	51,25	10,82	5,12
Total Escala de Atitudes	44	44 - 308	109 - 247	195,6	31,15	4,44

Fonte: A.P. 5.3, Rio de Janeiro

Diferentemente dos quadros que apresentamos as características dos componentes, na Tabela 4 a pontuação é levada em consideração e, portanto, os enunciados positivos tiveram a pontuação invertida para que a contagem de pontos pudesse ser feita da maneira correta.

Ao observarmos os dados obtidos para componente **Remuneração** encontramos um intervalo obtido de seis a 31 pontos, considerando que o

intervalo possível é de seis a 42 pontos, podemos notar que a pontuação máxima não foi obtida, entretanto a pontuação mínima sim. Deste modo a pontuação máxima possível não foi alcançada demonstrando que nenhum dos participantes do estudo está totalmente satisfeito no que diz respeito ao componente Remuneração.

O escore total foi 15,42 pontos, enquanto para o escore médio o valor encontrado foi 2,57, que fica abaixo do centro da escala de pontos utilizada para as respostas (um a sete), demonstrando baixa satisfação para este componente.

É possível compreender a baixa satisfação encontrada entre os participantes para componente Remuneração se nos voltarmos para a desregulação das relações de trabalho, que foi amplamente debatida na década de 1990, atingiu de forma particular o setor público, tendo em vista que este deveria ser fortemente regulado, trazendo à baila a proliferação de diversos tipos de contratos de trabalho alguns deles mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs (NOGUEIRA, 2006).

Ainda de acordo com Nogueira (2006), a Estratégia Saúde da Família tem sido estudada às contratações irregulares de trabalho no SUS evidenciando um alto índice de contratos por diversas entidades, o que culmina em diversos tipos de vínculo e conseqüentemente, valores diversos de remuneração.

Esta variedade de vínculos e de remuneração pode se traduzir num fator determinante da baixa satisfação dos participantes deste estudo em se tratando do componente *Remuneração*.

O intervalo de pontuação possível para o componente **Status Profissional** é de sete a 49 pontos e o intervalo obtido pelos respondentes foi de 28 a 49 pontos.

O escore total do componente foi 39,67, acima da metade do valor máximo possível. O desvio padrão foi de seis, o que denota variação significativa entre o escore total e as pontuações obtidas pelos participantes.

O escore médio do componente foi 5,67, também próximo do ponto máximo da escala de que vai de um a sete, indicando maior satisfação para este componente.

O fato de ser referência para a população adscrita evidencia a importância destes profissionais junto aos usuários. Além disso, as atribuições da enfermagem em Saúde da Família são de suma importância para a implementação desta estratégia como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde (SILVA, MOTTA E ZEITOUNE, 2010).

Para componente **Autonomia**, entre os intervalos possível e obtido, a diferença encontrada foi maior entre os valores mínimos do que entre os valores máximos.

O escore total do componente foi 37,68, acima da metade da pontuação máxima obtida (54). O desvio padrão de 8,06 aponta para uma significativa variação entre as pontuações dos participantes e o escore total do componente. Este dado, no entanto, pode ser compreendido por haver trabalhadores de diversas unidades, localizadas em diferentes comunidades, com diferentes gerentes, diferenças estas que, entre outras, podem influenciar nas respostas dos entrevistados.

Para o escore médio do componente foi encontrado o valor 4,71, que se encontra no centro da escala de pontos utilizada para as respostas dos participantes, um a sete, evidenciando a indecisão, ou seja, nível de satisfação nem maior e nem menor para este componente.

Podemos entender os contrapontos em relação à autonomia pensando principalmente nos profissionais enfermeiros que, por possuírem nível superior, têm maior anseio pela autonomia profissional. O enfermeiro convive com um universo profissional proveniente da interação de diversos fatores que dificultam a delimitação de seu campo profissional e, assim sendo, esta interação pode gerar estímulos para a prática autônoma em seu trabalho ou restringi-la (SILVA, MOTTA e ZEITOUNE, 2010).

Para componente **Normas Organizacionais** o intervalo de pontuação possível é de sete a 49 pontos, o intervalo obtido foi de oito a 49 pontos. Podemos notar que nenhum participante do estudo ficou com a pontuação mínima possível e o número máximo de pontos possíveis foi atingido.

O escore total do componente foi de 30,44 pontos, acima do valor que representa a metade da pontuação máxima obtida, o desvio padrão foi de 8,2, número significativo no que diz respeito à variação entre o escore total encontrado e as pontuações obtidas.

O escore médio do componente, de 4,35, evidencia que, dentro da escala de pontuação possível para as respostas, de um a sete, este valor encontra-se praticamente no centro, denotando nem maior e nem menor nível de satisfação.

O nível de satisfação encontrado para este componente pode estar associado a questões ligadas ao processo organizacional em Saúde da Família e nas USF provenientes de um modelo de atenção que vem tomando força ao longo dos últimos 15 anos, indo de encontro do modelo curativo, hegemônico na assistência à saúde, podendo ser conseqüência da busca pela melhoria da organização à medida que as demandas se apresentam.

A ESF ainda é uma estratégia em construção e, sendo assim, necessita de melhor definição nos aspectos conceituais e também nos aspectos operacionais (VIANA et al, 2002; CONNIL, 2002), conseqüentemente, as demandas geradas tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais, dentre outras, são resultados naturais deste processo de construção.

Os dados obtidos para o componente **Requisitos do Trabalho** indicam que não houve quem atingisse nem a pontuação mínima possível (seis) e nem a máxima (42), tendo o intervalo obtido ficado entre oito e 37.

O escore total do componente (21,12) ficou próximo da metade do valor máximo obtido, reafirmando a tendência das pontuações nem altas e nem baixas. O desvio padrão, 7,75, indica variação significativa entre as pontuações dos participantes e o escore total do componente.

Apesar de a maior parte dos dados estatísticos apontarem para as pontuações médias, o escore médio do componente foi de 3,52, apontando para nível menor de satisfação levando-se em consideração a escala de pontos utilizada para as respostas de um a sete.

O nível menor de satisfação encontrado para este componente indica que os profissionais de enfermagem participantes deste estudo não compreendem, discordam ou não gostam das atividades exercidas por eles em seu trabalho em ESF, pelo menos não todas.

Como já discutido anteriormente, o nível baixo de satisfação pode ter duas razões: a primeira diz respeito à formação dos profissionais não ser adequada ao trabalho em Saúde da Família, e a segunda trata das falhas organizacionais encontradas na ESF.

Para ambas a solução depende da atenção e vontade política, tendo em vista que o profissional bem preparado compreende a importância de suas ações e atua de maneira mais efetiva junto aos usuários e à USF, e a busca pela correção dos problemas encontrados na ESF faz com que os profissionais e, principalmente a população sintam-se valorizados e otimiza o trabalho desenvolvido.

Para componente **Interação** o intervalo de pontuação obtido (19 – 70) ficou muito próximo do intervalo de pontuação possível (10 – 70).

O escore total do componente foi 51,25, valor muito acima da metade da pontuação máxima obtida.

O desvio padrão, no entanto, foi de 10,82 indicando grande variação entre o escore total do componente e a pontuação dos participantes. Porém neste caso devemos levar em consideração, além das questões da variedade de locais de trabalho, gerência, classe profissional e opiniões pessoais, dado que componente *Interação* é dividido em duas partes sendo uma referente à interação profissional de enfermagem - profissional de enfermagem e a outra referente à relação profissional de enfermagem-médico, e como já citado anteriormente, na época da coleta dos dados algumas equipes encontravam-se sem o profissional médico. Estes são fatores que podem interferir diretamente com as médias de pontuação obtidas pelos participantes do estudo.

Para o escore médio do componente o valor encontrado foi 5,12 de pontuação que se encontra na parte mais alta da escala de pontos utilizada que vai de um a sete, evidenciando maior satisfação.

O escore total da **Escala de Atitudes** do Índice de Satisfação Profissional leva em consideração os seis componentes da satisfação (*Remuneração, Status Profissional, Autonomia, Normas Organizacionais, Requisitos do Trabalho e Interação*), no entanto, este último escore une as avaliações feitas a respeito dos componentes da satisfação para trazer um índice de satisfação total dos respondentes do estudo no momento em que foi realizada a coleta de dados.

O intervalo de pontuação possível para o escore total do ISP é de 44 a 308, entre os participantes do estudo o intervalo de pontuação obtido foi de 109 a 247.

O escore total da Escala de Atitudes foi de 195,6 escore este que encontra-se acima da metade do valor máximo obtido.

O desvio padrão, de 31,15, sinaliza para uma grande variação entre as pontuações dos participantes e o escore total da escala.

Como já citado anteriormente, as pontuações obtidas pelos participantes são muito diferentes fato este que pode ser compreendido devido às várias USF diferentes utilizadas como cenário para este estudo.

Cada USF fica localizada em diferentes comunidades cada uma com suas peculiaridades e com diferentes gerências, e tendo em vista que essas particularidades influenciam diretamente na vivência das famílias, que são o foco da atenção deste modelo, a visão dos profissionais sobre seu trabalho pode ser diferenciada de acordo com seu local de trabalho, sua gerência e sua população atendida.

Além disso, os profissionais participantes do estudo pertenciam a diferentes equipes, com profissionais diferentes e este também é um fator que pode influenciar nas diferentes opiniões dos profissionais de enfermagem a respeito de seu trabalho.

O escore médio da Escala de Atitudes apresentou resultado no valor de 4,44, dentro da escala de pontos utilizada para as respostas, de um a sete.

Isto significa que o nível total de satisfação encontra-se próximo ao valor central da escala indicando indecisão dos participantes.

Entre os componentes da satisfação conclui-se que os principais responsáveis pelo nível maior de satisfação encontrado entre os participantes são a *Interação* e o *Status Profissional* e entre os componentes com menor média de pontuação estão a *Remuneração* e os *Requisitos do Trabalho*.

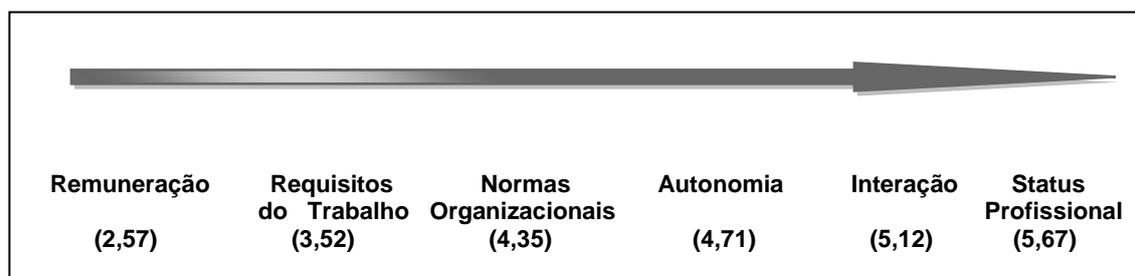


Figura 2 – Classificação dos Componentes do ISP por ordem crescente do nível atual de satisfação. Rio de Janeiro, 2010

A Figura 2 apresenta com mais clareza a escala dos componentes da satisfação organizados de forma crescente de acordo com a média de pontuação obtida para cada um deles.

4- Análise Bivariada entre as Classes Profissionais Participantes do Estudo

Tabela 5 – Média dos dados tempo de trabalho e idade comparando enfermeiros e técnicos / auxiliares de enfermagem. Rio de Janeiro - RJ, 2010

Média dos dados	Enfermeiros	Técnicos / auxiliares de enfermagem
Idade	31,7	42,83
Tempo de Trabalho na ESF	32,87	43,4

Fonte: A.P. 5.3, Rio de Janeiro

Tanto com relação à idade quanto ao tempo de trabalho os auxiliares e técnicos de enfermagem têm mais do que os enfermeiros. A média de idade dos primeiros é de 42,83 anos enquanto a dos enfermeiros é de 31,7, o mesmo ocorre em relação ao tempo de trabalho destes profissionais para o qual as médias são respectivamente 43,4 meses e 32,87.

Algumas das USF utilizadas como cenário deste estudo operavam como Unidades Básicas de Saúde antes de fazerem parte da ESF, e nestas unidades já havia técnicos e auxiliares de enfermagem atuando, e sendo uma unidade básica o número de técnicos é maior do que o número de profissionais enfermeiros, já que neste modelo de atenção os enfermeiros atuam muito mais como coordenadores do que na assistência.

Na Saúde da Família as equipes possuem número igual de técnicos / auxiliares de enfermagem e enfermeiros, portanto, muitos dos técnicos / auxiliares de enfermagem foram aproveitados quando suas Unidades Básicas de Saúde tornaram-se USF, enquanto novos profissionais enfermeiros tiveram que ser contratados para suprir as necessidades das equipes de ESF, já que nas UBS o número de técnicos/auxiliares é maior que o de enfermeiros.

De acordo com Trindade e Lautert (2010), os trabalhadores mais jovens têm menos experiência de trabalho acarretando insegurança e/ou choque

quando percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos. Este, portanto, pode ser um fator gerador de menor satisfação entre os profissionais enfermeiros do qual os técnicos/auxiliares de enfermagem, por serem mais velhos e experientes, sofrem menor influência.

Tabela 6 – Análise bivariada dos escores dos componentes e da Escala de Atitudes. Rio de Janeiro - RJ, 2010.

Escore dos Componentes Escala de Atitudes	Enfermeiros		Técnicos / auxiliares de enfermagem		
	Escore Total	Escore Médio	Escore Total	Escore Médio	p valor
Remuneração	16,21	2,7	14,56	2,42	0,342
Status Profissional	37,44	5,34	42,00	6,0	0,003
Autonomia	37,66	4,7	37,70	4,71	0,987
Normas Organizacionais	29,66	4,23	31,30	4,47	0,434
Requisitos do Trabalho	19,78	3,29	22,60	3,76	0,156
Interação	52,81	5,28	49,53	4,95	0,232
Escala de Atitudes	193,69	4,4	197,7	4,49	0,619

Fonte: A.P. 5.3, Rio de Janeiro

A Tabela 6 compara o escore total e médio, obtido pelas duas classes profissionais para cada um dos componentes do ISP e para o total obtido na Escala de Atitudes do ISP.

Ao fazermos a comparação entre os escores totais obtidos para os técnicos/auxiliares de enfermagem e para os enfermeiros pudemos observar melhor as diferenças de opiniões sobre seu trabalho de cada uma destas classes profissionais.

De maneira geral os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram pontuações maiores que os enfermeiros, exceto para os componentes *Remuneração* e *Interação*.

No entanto, a diferença entre as pontuações é pequena e, para verificar se as diferenças encontradas entre os dois grupos deste estudo se devem ao acaso ou são estatisticamente significativas, foi realizado o teste do Qui Quadrado para o qual o nível de significância atribuído foi de 5% ($p < 0,05$).

As diferenças não significativas nas pontuações de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem demonstram a tendência à uniformidade

das opiniões, quanto à satisfação profissional, entre os profissionais de enfermagem na ESF da A. P. 5.3 do município do Rio de Janeiro, independentemente da classe profissional.

De acordo com o teste realizado o único componente da satisfação cuja diferença de pontuação entre as classes profissionais foi significativa foi *Status Profissional*, para o qual o escore total e o escore médio do componente para os enfermeiros foi de 37,44 e 5,34 e para os técnicos/auxiliares de enfermagem foi de 42 e 6,0.

Acredita-se que a maior média obtida entre os técnicos e auxiliares de enfermagem possa estar relacionada com o maior tempo de serviço e idade apresentados por estes profissionais, pois como já citado anteriormente, a idealização, comum entre jovens trabalhadores, associa-se a expectativas elevadas que muitas vezes não são concretizadas (TRINDADE E LAUTERT, 2010) e esta frustração pode atuar diretamente sobre a satisfação dos profissionais com seu trabalho.

Sob este aspecto, o das expectativas, podemos ainda pensar no nível de escolaridade como fator de influência tendo em vista que os profissionais enfermeiros têm maior escolaridade e por isso, naturalmente, alimentam maiores perspectivas em relação à profissão, e sendo assim, mais uma vez a probabilidade de encontrarem a menor satisfação com o trabalho.

Ainda neste prisma de visão, agora sob o ponto de vista dos técnicos e auxiliares de enfermagem, estes são profissionais de nível médio ou até fundamental cuja formação é voltada apenas para a execução de tarefas gerenciadas por outros profissionais (principalmente enfermeiros e médicos) e sendo assim, a Estratégia Saúde da Família oferece a oportunidade do desempenho de um trabalho mais autônomo junto à população assistida, que têm neste profissionais o primeiro e mais próximo contato com as USF, fazendo com que os usuários tenham nestes profissionais um pilar de segurança e, trazendo em contrapartida, a idéia de um papel importante junto às comunidades.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo constatamos que os componentes da satisfação, alguns ficaram acima do escore médio da Escala de Atitudes (4,44), sendo entre estes o *Status Profissional* e a *Interação* os que apresentaram as maiores médias respectivamente, e sendo assim, o maior nível de satisfação.

Entre as pontuações que ficaram abaixo da pontuação da Escala de Atitudes, os componentes *Remuneração* e *Requisitos do Trabalho* foram, respectivamente, os que registraram as menores pontuações, e conseqüentemente os menores níveis de satisfação.

Os componentes *Autonomia* e *Normas Organizacionais* assinalaram pontuações bem próximas ao escore médio da Escala de Atitudes, tendo sido apresentados em ordem decrescente de pontuação. O que denota nível de satisfação nem maior e nem menor para estes componentes.

Na análise bivariada entre as duas classes profissionais (enfermeiros e técnicos / auxiliares de enfermagem), verificamos no Índice Total de Satisfação Profissional (escore total da Escala de Atitudes) não ocorreram diferenças significativas entre as classes e, entre os componentes da satisfação, o único que apontou significativa diferença entre as pontuações obtidas foi *Status Profissional*, para o qual os técnicos / auxiliares de enfermagem se apresentaram mais satisfeitos do que os enfermeiros.

O nível de satisfação encontrado entre os profissionais não foi alto e nem baixo, caracterizando indecisão ou neutralidade que, se compreendida como passividade pode representar um dado relevante para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de enfermagem na ESF, pois o profissional desinteressado de seu trabalho apenas executa funções, sem a busca pela qualidade, o que pode prejudicar não só os próprios profissionais, mas também todo o trabalho da ESF.

É importante que levemos em consideração que esta suposta neutralidade encontrada entre os profissionais de enfermagem deste estudo pode acarretar conseqüências sobre sua saúde e trabalho.

De acordo com Dejours (2009), a influência do trabalho sobre a saúde nunca é neutra e vai favorecer a saúde ou a doença. Assim sendo, o resultado encontrado neste estudo pode significar influências negativas ou positivas para

a saúde deste trabalhador de enfermagem, sendo interessante a elaboração de estudos que tratem das conseqüências deste nível de satisfação encontrado.

Apesar de o resultado encontrado não significar necessariamente prejuízo na qualidade de vida e trabalho dos participantes, é importante que sejam operadas mudanças pelo poder público que tratem principalmente das diferenças nos salários e nos modelos de contratação e do investimento no preparo dos profissionais para a atuação na ESF (como através da educação permanente).

Também é imprescindível que seja oferecido uma organização do trabalho que propicie ao trabalhador a possibilidade de se envolver em atividades de criação e implementação de novos projetos, de acordo com as demandas apresentadas pelas comunidades atendidas e pelos próprios trabalhadores.

E ainda, ressaltamos que esta pesquisa foi desenvolvida em apenas uma das inúmeras áreas programáticas, nas quais o município do Rio de Janeiro é dividido. E, portanto, seus resultados dizem respeito apenas aos profissionais atuantes nesta área não sendo capazes de traduzir a satisfação dos profissionais de enfermagem atuantes em Saúde da Família em todo o município, os resultados encontrados constituem-se apenas em uma amostra daquilo que pode ser encontrado entre estes profissionais.

Desta forma, enfatizamos a necessidade do aprofundamento da temática mediante novas pesquisas, dada a importância da satisfação do profissional de enfermagem na ESF no tocante da estrutura organizacional, do processo de trabalho e da relação saúde – doença – trabalho.

Acreditamos que resultados obtidos possam contribuir para possíveis intervenções no desenvolvimento do trabalho destes profissionais tanto provenientes dos empregadores e das chefias, quanto dos próprios trabalhadores, no intuito de tornar o ambiente e o processo de trabalho cada vez mais satisfatório dentro das possibilidades.

REFERÊNCIAS

1. ALBERTO, L. C. F. R. *Os Determinantes da Felicidade no Trabalho: um Estudo sobre a Diversidade nas Trajetórias Profissionais de Engenheiros*. 2000. 123f. (Mestrado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo.
2. ALMEIDA, M. C. P. e MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n.9, p. 150-153, 2001.
3. ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
4. ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). O Trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva – Rede Básica de Saúde. In: **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 3, p. 61-111.
5. BARBOSA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do Trabalho na Enfermagem: Ocorrências com Trabalhadores de um Hospital de Ensino. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 177-83, 2003. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em: 03 dez 2010.
6. BARCELLOS, C.; MONKEN, M. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2 (supl), p.15-25, 1996.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais

de Saúde (CONASEMS). **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde/Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114).
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 19 mar 2011.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Caderno I: A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000.
14. BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Correio Carioca; 1998.
15. CAMPOS, R.M.; FARIAS, G.M.; RAMOS, C.S. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V. 11, n.

3, p.647-57, 2009. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a24.htm>.

16. CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.
17. COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
18. CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 191-202, 2002.
19. COTTA, R. M. et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.3 25-32, 2002.
20. COTTA, R. M. M. et al. Organização do Trabalho e Perfil dos Profissionais de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18.
21. COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. , 2005.
22. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho: Contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2009. 145p.
23. FACCHINI, L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.11, n.3, p. 669 – 681, 2006.

24. FERREIRA, A. B. H. **Aurélio: o dicionário da língua portuguesa** / Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação: Marina Baird Ferreira, Margarida dos Anjos – Curitiba: Ed. Positivo, 2008.
25. GIL, A. C. Como Classificar as Pesquisas. In: **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2002. Cap.4, p. 41-57.
26. HAPPEL, B.; MARTIN, T.; PINIKAHANA, J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **Int J Ment Helth Nurs**. v. 12, p. 39-47, 2000.
27. HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 173-91, 2007.
28. L'ABBATE, S. **Educação em saúde: uma nova abordagem**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-90, 1994.
29. LEOPARDI, M. T. A Vida do Trabalhador como centralidade no Trabalho. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, v. 1, p. 49-55, 1999.
30. LINO, M. M. **Qualidade de Vida e Satisfação Profissional de enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva**. 2004. 223f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
31. LINO, M. M. **Satisfação Profissional entre Enfermeiras de UTI Adaptação Transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS)**. 1999. 221 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

32. LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organiz Behav Human Perform.** Califórnia, v. 4, p. 309-36, 1969.
33. LOCKE, E.A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D. (Org.). **Handbook of industrial and organizational psychology.** Chicago: Rand McNally; 1976. p. 1297-349.
34. LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo do trabalho da enfermagem. **Rev. Brás. Enfermagem, Brasília.** V. 50, n. 1, p. 77-92, 1997. Disponível em <http://bases.bireme.br>. Acessado em 12/09/2010.
35. MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho: uma breve revisão. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional.** São Paulo, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005.
36. MARTINS, J.T. **Prazer e Sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas.** 2002, 199p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
37. MARX, K. O Capital – Crítica da economia política. Vol. 1, livro primeiro, pp. 149 – 163, Editora Abril, 1983. In: ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho,** São Paulo, Expressão Popular, 2004.
38. MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos Dias Atuais, Influências no Setor Saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem,** vol. 15, n. 3. Florianópolis, Jul./Set. 2006. Disponível em www.scielo.br. Acessado em 12/09/2009.
39. MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L. Formação dos Trabalhadores para o SUS: olhar sobre a Atenção Básica. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, n. 48, nov., 2009.

40. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial; 1997.
41. MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
42. MORIN, E. **A cabeça bem – feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
43. NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10, n.2, p. 333 – 345, 2005.
44. NERY, S. R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1411-19, 2009.
45. NOGUEIRA, R. P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. **Rev. Serviço Social e Sociedade**. p. 1-14, 2006. Disponível em: www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestão&secao=ProjetoEstudos Acesso em: 7 out 2008.
46. OGUISSO, T. As Origens da Prática do cuidar. In: OGUISSO, T. (Org.) **Trajétoria Histórica e Legal da Enfermagem**, Barueri, SP: Manole, 2005. (Série Enfermagem).
47. PEDUZZI, M; ANSELMINI, M. L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: A cisão entre Planejamento e Execução do Trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

48. PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo(SP): Hucitec; 1990.
49. REBOUÇAS, D.; LEGAY, L.F; ABELHA, F. Satisfação com o Trabalho e Impacto Causado nos Profissionais de Serviço de Saúde Mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 244-50, 2007.
50. REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. O trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento. In: BARBOSA, S. P.; DIAS, S. B. (org.). **Praticando Saúde da Família**. Belo Horizonte: Simone Pinho Barbosa, 2008. P 269 – 334.
51. REIS, C. L.; HORTALE, V. A. Programa de Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.
52. RIO DE JANEIRO (Estado) Convocação Pública para Parcerias com Organizações Sociais / SMSDC - Rio de Janeiro - **Anexo Técnico I: Informações sobre a Área de Planejamento 5.3**. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/01_Anexo_I_5_3_19082009.pdf. Acesso em: 19 mar 2011.
53. RIO DE JANEIRO (Estado). Coordenação de Área Programática 5.3. Secretaria Municipal de Saúde/ Rio de Janeiro. **Relatório anual da CAP 5.3**, Rio de Janeiro; 2002.
54. ROCHA, B. S et al. Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: Perfil Profissional. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 229-33, 2009.
55. RODRIGUES, M. N. G.; PASSOS, J. P. Trabalho de Enfermagem e Exposição aos Riscos Ocupacionais. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 353-359, 2009.

56. ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto - SP, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.
57. SANTOS, B. R. L. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. esp, p. 490 – 59, dez, 2000.
58. SANTOS, M. C. L.; BRAGA, V. A. B.; FERNANDES, A. F. C. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 101 – 5, 2008.
59. SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho de Profissionais de Enfermagem Atuantes em Unidades do bloco cirúrgico**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
60. SCHRAIBER, L. B, MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
61. SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-88, 2004.
62. SILVA, D. M. P. P. **O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

63. SILVA, R. M. et al. Análise Quantitativa da Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Atuam no Período Noturno. **Texto e Contexto – enferm.** Florianópolis (SC), v. 18, n. 2, p. 298-305, 2009.
64. SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Goiânia (GO), v. 12, n. 3, p. 441-8, 2010.
65. SMSDC – RIO DE JANEIRO. **Convocação pública para parcerias com Organizações Sociais**. Anexo Técnico I: Informações sobre a Área de Planejamento 5.3.
66. SOUSA, M. F. A Enfermagem reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, 2000.
67. STAMPS, P. L. **Nurses and Work Satisfaction: an index for measurement**. 2 ed. Chicago: Health Administration Press, 1997a.
68. STAMPS, P.L. **Scoring workbook for the Index of Work Satisfaction**. Northampton. Market Research, 1997b. 33p.
69. STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, B. (Org.) **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. UNESCO, 2004.
70. TRINDADE, L. L. **O Estresse Laboral da Equipe de Saúde da Família: implicações para a Saúde do Trabalhador**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

71. TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.
72. VIANA, A. L. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. supl., p. 139-51, 2002.
73. VIEIRA, S. Noções Básicas. In: VIEIRA, S. (Org.) **Introdução à Bioestatística**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 1980. Cap. 1, p. 2.
74. WITT, R. R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada – **Satisfação no Trabalho do Profissional Enfermeiro**.

Esta pesquisa tem como objetivos: identificar os fatores geradores de satisfação dos enfermeiros com o trabalho na ESF; e analisar a satisfação dos enfermeiros com o trabalho na Estratégia Saúde da Família no o contexto da Saúde do Trabalhador.

Para realização desta pesquisa, os procedimentos para coleta de dados utilizados tiveram a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a autorização da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família da Área Programática 5.3 do município do Rio de Janeiro.

Esclarecemos que todas as **informações** concedidas serão **mantidas sob sigilo**, e que servirão para conformar o presente estudo. Assim, o entrevistado, a qualquer momento, poderá **optar por não responder** as questões e o **registro das entrevistas individuais serão anônimos**.

Além disso, assumo o compromisso ético de garantir a inexistência de quaisquer riscos ao entrevistado, caso se recuse em participar ou responder as questões.

Este estudo tem como finalidade discutir saúde do trabalhador na estratégia saúde da família, associada à satisfação com o trabalho dos profissionais enfermeiros, além de contribuir para garantir o bem-estar dos sujeitos, a eficiência e a eficácia dos serviços prestados.

Atenciosamente,

Enfª Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues
(Pesquisadora Responsável)
Tel. (21) 26886033
E-mail:marcellengr@hotmail.com

Prof. Dra. Joanir Pereira Passos
(orientadora)
Tel. (21) 9337-7770
E-mail: joanirpassos@bol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
Tel. (21) 3971-1590
E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br

Eu, _____, declaro **estar ciente** da finalidade da pesquisa. A explicação recebida esclarece os riscos e os benefícios do estudo, que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa, sem justificar minha decisão. E ainda, que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei nenhum recurso material ou financeiro para participar do estudo.

Estando ciente de tudo o que foi exposto, concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Voluntário

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Parte 1 - Caracterização da População Entrevistada

1. Idade: _____

2. Sexo. () masculino () feminino

3. Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família?

Parte II - Índice de Satisfação Profissional (ISP)

Os itens a seguir representam sobre como você está satisfeito com seu trabalho atual. Por favor, responda todos os itens. Selecione a categoria que mais se aproxima de sua resposta.

Por favor, circule o número que melhor indique como você se sente em relação a cada afirmação. Os números da esquerda indicam graus de concordância, os da direita de discordância.

Para responder faça assim, circule:

[1] se você concorda inteiramente com a afirmação;

[2] se você apenas concorda;

[3] se você concorda moderadamente (mais ou menos);

[4] deve ser escolhido caso você esteja indeciso, por favor utilize o menos possível;

[5] se você discordar moderadamente (mais ou menos);

[6] para apenas discordar;

[7] para discordar inteiramente;

ENUNCIADOS	CONCORDO			DISCORDO			
1. Meu salário atual é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante.	1	2	3	4	5	6	7
3. Em meu serviço o pessoal de enfermagem se dispõe e ajudam uns aos outros quando “as coisas estão corridas”.	1	2	3	4	5	6	7
4. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e	1	2	3	4	5	6	7

burocrático.							
5. Em minha USF o pessoal de enfermagem tem controle suficiente sobre seu turno de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
6. Em minha USF os médicos geralmente cooperam com o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sinto que sou supervisionado mais diretamente (de perto) do que é necessário.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho a impressão de que grande parte do pessoal de enfermagem desta USF está insatisfeito com seu salário.	1	2	3	4	5	6	7
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos usuários adscritos.	1	2	3	4	5	6	7
10. Em minha USF é difícil para os enfermeiros novatos sentirem-se “à vontade”.	1	2	3	4	5	6	7
11. Em minha mente não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante.	1	2	3	4	5	6	7
12. Existe uma grande lacuna entre a administração desta USF e os problemas diários do serviço de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu sinto que tenho participação suficiente na assistência a cada um dos usuários adscritos em minha área de abrangência.	1	2	3	4	5	6	7
14. Considerando o que é esperado do serviço de enfermagem, na Estratégia Saúde da Família (ESF) deste município o salário que recebemos é razoável.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer o tempo todo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Em meu serviço existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os membros da minha equipe.	1	2	3	4	5	6	7
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade.	1	2	3	4	5	6	7
18. Na ESF deste município não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
19. Em minha equipe de Saúde da Família há muito trabalho em equipe entre enfermeiros e médicos.	1	2	3	4	5	6	7
20. Em meu serviço minha gerência toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
21. Na ESF deste município o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu estou satisfeito com os tipos de atividade que realizo em meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
23. Em meu serviço o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7

24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas relativos aos casos dos pacientes adscritos com a minha equipe.	1	2	3	4	5	6	7
25. Há grandes oportunidades para o pessoal de enfermagem participar do processo de tomada de decisões administrativas.	1	2	3	4	5	6	7
26. Uma grande dose de independência é permitida e até requerida de mim.	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo.	1	2	3	4	5	6	7
28. Em minha USF há muita “distinção de posições”: os enfermeiros raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes níveis de formação educacional.	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho tempo suficiente para a atenção direta ao usuário.	1	2	3	4	5	6	7
30. Algumas vezes sinto-me frustrado porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim.	1	2	3	4	5	6	7
31. No meu trabalho, algumas vezes, tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
32. Pelo que eu ouço do pessoal de enfermagem de ESF de outros municípios, neste município nossa remuneração é justa.	1	2	3	4	5	6	7
33. Nesta USF as decisões administrativas interferem muito no atendimento aos usuários.	1	2	3	4	5	6	7
34. Eu me sinto orgulhoso quando falo com outras pessoas sobre o que faço em meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos do pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
36. Eu poderia realizar um trabalho muito melhor se tivesse mais tempo junto aos usuários.	1	2	3	4	5	6	7
37. O médico da minha equipe geralmente compreende e aprecia o que o pessoal de enfermagem faz.	1	2	3	4	5	6	7
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez ainda sim eu entraria na enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
39. O médico da minha equipe subestima demais o pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos de minha equipe e de minha área de abrangência.	1	2	3	4	5	6	7

41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico.	1	2	3	4	5	6	7
42. A gerência da USF na qual trabalho geralmente consulta o pessoal de enfermagem sobre os problemas diários e procedimentos específicos da enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
43. Em meu trabalho tenho liberdade para tomar decisões importantes que considero apropriadas e conto com minha gerência para me apoiar.	1	2	3	4	5	6	7
44. Na ESF deste município se faz necessário um reajuste de salário para a enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 124A/2010

Rio de Janeiro, 31 de maio de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Alice de C. A. Vinhaes Andréa Ferreira Haddad Carlos Alberto Pereira de Oliveira César Augusto Gomes Soares Fabio Tuche José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chripim Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 42/10 CAAE: 0046.0.314.313-10</p> <p>TÍTULO: Satisfação no trabalho do profissional enfermeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Área Programática 5.III.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 31/05/2010.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO DO SISNEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 319619	
Projeto de Pesquisa Satisfação no Trabalho do Profissional Enfermeiro					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(is)				Fase Não se aplica	
Unitermos Enfermeiro, Satisfação, Trabalho, Saúde do Trabalhador.					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 35	Total Brasil 35	Nº de Sujeitos Total 35	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues		CPF 098.482.457-07	Identidade 20028848-8		
Área de Especialização		Maiores Titulação ENFERMEIRA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA CANADÁ LESTE N., 15		Bairro JARDIME AMÉRICA	Cidade ITAGUAI - RJ		
Código Postal 23810-050	Telefone / 93368228	Fax	Email marcellegr@hotmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 02/10/2010		Assinatura <i>Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues</i>			
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC/RJ		CNPJ 29.468.055/0001-02	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão CAP 5.3		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Afonso Cavalcanti, 455 sala 715		Bairro Cidade Nova	Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 20.211-901	Telefone (021)3971-1590	Fax (21) 2293-4826	Email cepams@rio.rj.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <u>CEILA MARIA M. R. MARINO</u>		Assinatura <i>Ceila Maria M. R. Marino</i> Assistente Social - CRESS 9726 Matri. 11.086.593-9 Coordenadora SMSDC/CAP 5.3			
Data: 07/10/2010					
Vinculada					
Nome Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro		CNPJ 34.023.077/0001-07	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av Pasteur 296		Bairro Urca	Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 22290-240	Telefone 21 2295 5737	Fax 21 2295 5737	Email		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: <u>WELLINGTON MENDONÇA DE AMORIM</u>		Assinatura <i>Wellington Mendonça de Amorim</i>			
Data: 02/10/2010					