



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM ENFERMAGEM E SAÚDE

MAYRA GOMES DOS SANTOS

PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

JEQUIÉ-BA
2014

MAYRA GOMES DOS SANTOS

**PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ-BA
2014**

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

S236 Santos, Mayra Gomes dos.

Processo de trabalho na estratégia saúde da família em município de pequeno porte./Mayra Gomes dos Santos.- Jequié - Ba, 2014
105f.: il.; 30cm

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti)

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Recursos humanos em saúde
4.Trabalho 5. Processo de trabalho em saúde I. Casotti, CEZAR Augusto
III.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia IV.Título.

CDD - 362.12

Jandira de Souza Leal Rangel - CRB 5/1056. Bibliotecária – UESB - Jequié

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Mayra Gomes dos. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em município de pequeno porte. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Silvia Matumoto

Universidade de São Paulo – USP

Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié/BA, 05 de dezembro de 2014

AGRADECIMENTOS

Ao findar essa etapa e encerrar mais um ciclo de busca pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional sou profundamente grata a todos.

A Deus todo poderoso, por todas as bênçãos derramadas em minha vida e por ter concedido a graça do ingresso no Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde.

Ao meu pai (in memoriam) que não está aqui em presença física, mas com certeza está ao meu lado todos os dias, emanando vibrações de amor e paz como sempre foi e sempre será.

À minha mãe, por todo zelo e amor. O seu cuidado foi decisivo para que eu pudesse concluir essa etapa e todos os outros desafios. Te amo muito!

Ao meu irmão, por me fazer sempre mais forte, por todo incentivo e apoio incondicional.

A toda a minha família paterna e materna, bálsamo de carinho, de palavras de conforto e incentivo.

À instituição UESB e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde por contribuir significativamente com a minha formação. A todos os funcionários e docentes que fazem e fizeram parte de minha história.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), em especial às Prof^{as} Alba Benemerita e Adriana Nery pelos valiosos ensinamentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti pela confiança, apoio e dedicação. Por tornar concretizável esta etapa, acreditando sempre que tudo seria possível. Agradeço-lhe imensamente.

Aos colegas do Mestrado que muito contribuíram com cada discussão em sala de aula, com cada palavra de incentivo e apoio, obrigada por compartilharem suas experiências, contribuindo com a minha formação.

À gestão do município estudado pela receptividade.

Aos trabalhadores das ESF pesquisadas por terem revelado os seus cotidianos de trabalho com respeito e generosidade.

À banca de qualificação e defesa Prof^a Dr^a Silvia Matumoto, Prof^a Dr^a Adriana Nery, Prof. Dr. Cezar Casotti pelas valiosas contribuições.

SANTOS, Mayra Gomes dos. **Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em município de pequeno porte**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, 2014.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a dinâmica do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e os seus desafios. Caracteriza-se como um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa e apresenta como participantes da pesquisa recepcionistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros atuantes nas equipes de saúde da família do município. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação sistemática participante. Para tratamento dos dados, empregaram-se as técnicas análise de conteúdo de Bardin e a análise do discurso do sujeito coletivo. Na análise da dinâmica do processo de trabalho, identificaram-se as seguintes categorias e subcategorias: O exercício do acolhimento (ações e agentes envolvidos no acolhimento); Em busca de práticas integrais (ações programáticas, visita domiciliar e práticas educativas) e Educação permanente. Quanto aos desafios identificados pelas Equipes de Saúde da Família para o desempenho de suas funções, emergiram as seguintes temáticas: Superar a distância do trabalhador, usuário/família, equipe e gestão para além da distância física na ótica da corresponsabilização; Discernir entre a normatividade necessária à resolução de problemas e eliminar a adoção do que não faz sentido; Encontrar uma reorganização do processo de trabalho adequada a cada equipe e realidade de saúde; Provocar trabalhadores à saída da inércia e da conformidade. Os resultados demonstraram que o município possui características peculiares que podem implicar no desempenho do processo de trabalho das equipes de ESF, a exemplo: baixa densidade demográfica, população com baixos níveis socioeconômicos, baixos indicadores sanitários, rotatividade de profissionais na equipe de nível superior e profissionais do Programa Mais médicos atuando em três ESF. Percebeu-se, ainda, que as ESF municipais organizam os seus processos de trabalho adotando parcialmente o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, valorizam algumas atribuições em detrimento de outras e criam formas de organização das ações praticadas com a influência do modelo hegemônico. Portanto foram estes os desafios para desenvolver práticas de saúde: a distância física e terapêutica entre trabalhador, usuário, equipe e gestão; a dependência de transporte; baixos níveis econômicos e de compreensão da população; e a passividade de alguns profissionais. Nessa perspectiva, os desafios foram diversos e percebidos como obstáculos reais para uma implantação adequada da ESF como proposta dinamizadora do SUS e em consonância com seus princípios norteadores.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção primária à saúde. Recursos humanos em saúde. Trabalho. Processo de trabalho em saúde.

SANTOS, Mayra Gomes dos. **Work process at the Family Health Strategy in small municipalities**. 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia.

ABSTRACT

This research has as object of study the dynamics of the work process in the Family Health Strategy and its challenges. It is characterized as a descriptive case study with qualitative approach and presents as participants in the research receptionists, nursing technicians, community health workers, doctors and nurses working in health teams of the municipal family. The following data collection techniques were used: semi-structured interviews and systematic observation participant. For data processing, employed in the technical Bardin content analysis and analysis of the collective subject discourse. The analysis of the dynamics of the labor process, the following categories and subcategories were identified: Exercise hosting (stocks and agents involved in the host); Seeking comprehensive practices (program activities, home visits and educational practices) and Continuing Education. On the challenges identified by Family Health Teams to carry out its functions, the following themes emerged: Overcoming the distance worker, user / family, staff and management in addition to the physical distance from the perspective of co-responsibility; Discern between normativity required to solve problems and eliminate the adoption of does not make sense; Find a reorganization of suitable working process every team and health reality; Cause workers off the inertia and compliance. The results showed that the city has unique characteristics that may involve the performance of the work process of the FHS teams, eg low population density population with low socioeconomic status, low health indicators, staff turnover at the top level team and professionals Program More doctors working in three ESF. It was noted also that the municipal ESF organize their work processes taking part which is recommended by the Ministry of Health, appreciate some functions over others and create forms of organization of actions taken with the influence of the hegemonic model. So these were the challenges to develop healthcare practices: the physical distance between worker and therapeutic, user, staff and management; dependence of transport; low economic levels and understanding of the population; and the passivity of some professionals. From this perspective, the challenges were many and perceived as real obstacles for proper implementation of the ESF as a dynamic proposal of the NHS and in line with its guiding principles.

Keywords: Family Health, Primary Health Care, Health Manpower, Work, Work process.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Características socioeconômicas, demográficas e sanitárias do município-caso.....	28
Tabela 02 - Composição das equipes de ESF do município	29
Tabela 03 - Temáticas e ideias centrais identificadas nos discursos de trabalhadores da ESF em um município de pequeno porte	60

LISTA DE SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- APS** – Atenção primária à saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- DIRES** – Diretoria Regional de Saúde
- DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo
- DSS** – Determinantes Sociais de Saúde
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- HIPERDIA** – Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
- IC**- Ideia Central
- IDHM** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- LOAS** – Leis Orgânicas da Saúde
- MS** – Ministério da Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PDR** – Plano Diretor de Regionalização
- PIASS** – Programa de Interiorização da Atenção à Saúde
- PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica
- PPSUS** – Pesquisa Prioritária para o SUS
- PMAQ/AB** – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM** – Sistema de Informação em Mortalidade
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SINASC** – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- THD** – Técnico de Higiene Dental
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UESB** – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
- USF** – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 O trabalho e suas especificidades.....	15
2.2 O processo de trabalho em saúde.....	18
2.3 O processo de trabalho na ESF	22
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo de estudo.....	27
3.2 Campo e cenário do estudo	27
3.3 Participantes da pesquisa	29
3.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados	30
3.5 Procedimentos de coleta de dados	31
3.6 Métodos de análise dos dados	31
3.7 Aspectos éticos e legais.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Manuscrito 01	35
4.2 Manuscrito 02	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: TRABALHADOR DE NÍVEL MÉDIO (ACS)	85
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM	87
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: RECEPCIONISTA.....	89
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: TRABALHADOR DE NÍVEL SUPERIOR	91

APÊNDICE F – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	93
ANEXO A – PARECER DO CEP/UESB	95
ANEXO B – NORMAS PARA OS AUTORES DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	96
ANEXO C – NORMAS PARA OS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM	102

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em decorrência de um intenso movimento em prol da democratização do país: o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Este composto por atores sociais diversificados que lutavam pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e por uma sociedade mais justa.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representou um marco desse movimento diante da legitimação dos princípios e doutrina da RSB em seu relatório final (COSTA et al., 2009). Posteriormente, em 1988, as bases legais e jurídicas da democratização da saúde foram promulgadas com a Constituição Federal brasileira e melhor explicitadas em 1990, com as Leis Orgânicas de Saúde (LOAS).

Assim, na década de 90, o SUS teve o seu arcabouço jurídico legitimado, instituindo como princípios a universalidade, a descentralização, a integralidade, a participação popular e a equidade, mas ainda não havia sido implantado na realidade dos órgãos gestores, dos serviços de saúde, da formação profissional, da prática profissional, tampouco no imaginário social da população (RIBEIRO, 2007). Entretanto, o compromisso do Estado em se tornar o provedor da saúde em território nacional, mediante políticas sociais e econômicas, estava firmado (OLIVEIRA et al., 2012) e o direito da população em obter esse benefício encontrava-se legitimado.

Frente a esse novo quadro, foi necessário se fazer mais e ter “a ousadia de se fazer cumprir a lei”. Assim, normativas jurídicas como as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais Assistenciais (NOAS) compuseram de forma complementar esse rol de incentivos regulatórios para que o SUS fosse efetivado na prática. Em resposta a esse contexto, experiências de mudança na lógica assistencial emergiram nas realidades sanitárias locais (COPQUE; TRAD, 2005) a fim de superar o modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico (PIRES, 2005).

Dessa forma, sugeriu-se a superação do “olhar” proposto pelo modelo biomédico (FARIA; ARAÚJO, 2010), o qual tem como objeto de trabalho o corpo, dividido em partes específicas (SHIMIZU; ALVÃO, 2012), a saúde como a ausência

de doenças e a centralidade das ações sanitárias sob o comando do profissional médico.

Em 1994, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários (PACS), foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), incluído no nível primário de saúde, na perspectiva do modelo assistencial de Vigilância à Saúde.

Esse modelo busca a superação dos modelos assistenciais tradicionais, propõe uma redefinição do sujeito, do objeto e das formas de organização dos processos de trabalho, com a utilização de tecnologias de baixa densidade, capazes de resolver os problemas de saúde das populações. Deve representar o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientar-se pelos princípios do SUS e ainda pela acessibilidade, longitudinalidade do cuidado, responsabilização, humanização e vínculo (COSTA et al., 2009).

Além disso, aos moldes da vigilância à saúde ocorre ainda o foco no núcleo familiar e a territorialização de um espaço concreto para a atuação da equipe de saúde (COSTA et al., 2009). Equipe essa composta minimamente por médico e enfermeiro generalistas, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011).

Assim sendo, esses profissionais devem atuar nessa equipe multidisciplinar e, assim, modificar o modo de inter-relacionar os agentes, os objetos, os instrumentos e as finalidades do trabalho. A inter-relação e dependência entre esses elementos caracterizam o processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994). Esse processo é operado por trabalhadores individuais ou coletivos e estão intrinsecamente associados com a subjetividade que constitui esse trabalhador ou trabalhadores (FRANCO; MERHY, 2006), pois ao mesmo tempo em que o agente promove a transformação do seu objeto de trabalho ele vai sendo igualmente transformado nesse processo.

Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde atuais, a fragmentação da atenção à saúde e a responsabilização clínica insuficiente permeiam o modo de organização desses processos de trabalhos (CUNHA; CAMPOS, 2011). O que provoca uma frágil articulação entre objetos, instrumentos e finalidade do trabalho (OLIVEIRA et al., 2012; SPAGNUOLO; BOCCHI, 2013).

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou mais equânime e universal a atenção à saúde, diante de sua implantação, principalmente em municípios de pequeno e médio porte, inclusive nos do Nordeste (ROCHA et al.,

2008) e em realidades tradicionalmente restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde (COSTA et al., 2009), contribuindo de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país (OLIVEIRA et al., 2012) e possibilitando maior visibilidade do modo de produção de saúde na Atenção Básica.

Apesar do pioneirismo dos municípios de pequeno porte na implantação da ESF (CAPISTRANO-FILHO, 1999) e de suas coberturas populacionais serem próximas de 100% (DAB, 2013), poucas pesquisas avaliativas da ESF foram conduzidas nesses municípios, entretanto, nos grandes centros o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) incentivou a realização de pesquisas que avaliassem a ESF em seus territórios.

Esse “olhar” mais voltado para pesquisas em grandes centros vai de encontro ao limbo conceitual e epistemológico que caracteriza os municípios de pequeno porte, onde características político-administrativas, como menor arrecadação tributária, reduzida base econômica e de postos de empregos, maior dependência da população aos serviços públicos, à função empregadora da prefeitura e ao papel de geradora de benefícios sociais dessa esfera governamental, são peculiares (BACELAR, 2009).

Ao analisar a trajetória da ESF nesses 20 anos de sua implantação observam-se fragilidades no cotidiano das práticas de saúde desempenhadas por essas equipes e a associação dessas fragilidades com a não reorientação do modelo de atenção (OLIVEIRA et al., 2012). Diante desse quadro, muitos desafios devem ser enfrentados para de fato acontecer a reorganização da atenção à saúde, inclusive no que se refere ao processo de trabalho dos profissionais e à adoção de seu caráter substitutivo (CARDOSO et al., 2011; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Sendo assim, faz-se necessário investigar os processos de trabalho das equipes de ESF para (re)pensar e refletir sobre essa organização e a produção do cuidado em saúde (MARQUI et al., 2010) e, conseqüentemente, produzir novos saberes e fazeres (COSTA et al., 2009) que possibilitem a efetivação da universalidade e integralidade do SUS.

Ao mesmo tempo, aponta-se a necessidade de análise do trabalho sob a concepção do coletivo que o produz (SÁ et al., 2009). Dessa maneira, este estudo se propõe a responder às seguintes questões norteadoras:

- Qual a dinâmica do processo de trabalho nas equipes da ESF em um município de pequeno porte?

- Quais os desafios encontrados pelas equipes da ESF no exercício da função?

No intuito de responder a esses questionamentos foi traçado como objetivo geral: Avaliar o processo de trabalho nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um município de pequeno porte; e como objetivos específicos: Analisar a dinâmica do processo de trabalho nas Estratégias Saúde da Família (ESF) em município de pequeno porte e identificar desafios no processo de trabalho dessas ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo do processo de trabalho em saúde é um tema complexo e dependente dos terrenos onde se promovem essas práticas e também dos sujeitos produtores de cuidados (FEUERWEEK, 2014). Ao mesmo tempo, para estudá-lo, faz-se necessário rever conceitos, pois, uma vez que a ESF implanta um processo de trabalho diferenciado, modificam-se inclusive componentes estruturais e tradicionais (objeto, agente, instrumentos e finalidades).

Diante desse contexto, esta pesquisa tem seu marco teórico organizado em três tópicos, onde no primeiro estão os conceitos de trabalho, desde a antiguidade até os dias atuais. Em seguida, faz-se um resgate dos principais teóricos e estudos que abordam a teoria do processo de trabalho em saúde e, por fim, descreve-se o contexto de criação do SUS com seus princípios e diretrizes, bem como o processo de trabalho característico da ESF.

2.1 O TRABALHO E SUAS ESPECIFICIDADES

O termo trabalho é conceituado desde a antiguidade, em que as escrituras bíblicas o definem como expressão de dignidade do homem. Na língua portuguesa, trabalho corresponde à atividade física ou intelectual, labor e/ou ocupação que visa o alcance de algum objetivo (FERREIRA, 2009). É uma ação que geralmente demanda esforço e empenho.

No que diz respeito ao trabalho humano, conceitua-se como um processo de mediação entre o homem e a natureza, pois, embora o homem faça parte da natureza, diferenciou-se dela por sua racionalidade e independência ao imprimir uma intencionalidade nesse ato de mediação (PEDUZZI, 2007).

Portanto, o trabalho desempenhado pelo humano possui uma finalidade que orienta a sua prática na criação de um produto final, constitui-se na condição de processo de empenho das energias físicas e mentais (força de trabalho) operando uma transformação no objeto sobre o qual atua (a matéria-prima) por meio de

instrumentos. O produto final pode se caracterizar como produto ou como um serviço (MENDES-GONÇALVES, 1994).

De acordo com os pressupostos marxistas, o trabalho está intrinsecamente relacionado ao modo de produção socioeconômico e conseqüentemente ao modo como a sociedade está organizada. Destarte, não pode ser concebido como algo independente de uma formação social, pois é por meio da modificação da natureza que o homem altera também o seu estilo de vida. O homem e a natureza mutuamente se transformam, tornando-se constituído e constituinte de uma conjuntura sócio-histórica. O trabalho resulta de uma carência e possibilita a satisfação de necessidades humanas e estas são constituídas histórica e socialmente (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Assim, a análise da força necessária para que esse trabalho seja exercido e a atribuição de valor pelo desempenho dessa força de trabalho se deu no processo de busca do homem por uma 'mercadoria', cujo valor de uso fosse fonte de valor de troca, ou seja, uma 'mercadoria' capaz de produzir e de ser utilizada simultaneamente. Para tanto, a força de trabalho foi definida como “[...] o conjunto das faculdades físicas e intelectuais presentes no corpo humano, em sua personalidade viva, e que devem ser postas em movimento para produzir coisas úteis” (MARX, 2005, p. 88).

No entanto, no modo de produção da sociedade capitalista os valores de uso e de troca são diferenciados. O valor de uso se torna correspondente ao valor concreto, ou seja, o trabalho; por sua vez, o valor de troca constitui o valor que o produto adquire como mercadoria exposta no “mercado” o que só se revela quando são contrapostas mercadorias de uso de valores diversificados (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008). Desse modo, emerge a dimensão do trabalho abstrato, em que o produto do trabalho perde a sua utilidade e assume um significado quantitativo de coisas produzidas em quantidade (ANTUNES, 2005).

Essa problemática corresponde à alienação do trabalho, na qual o agente do trabalho (o trabalhador) torna-se dependente da nova significação dele (o trabalho), do seu produto e de si próprio como agente dessa produção. Ao mesmo tempo o trabalho torna-se um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (ANTUNES, 2000; MARX 2005). A captura do homem no desempenho do seu trabalho produz atos de repetição e uma postura acrítica sobre o que está sendo produzido por meio dos seus atos.

Dessa forma, direcionando a produção científica sobre a organização do trabalho para o setor saúde, Maria Cecília Donnangelo, na década de 1960, inicia os estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e identifica a medicina como prática técnica e social (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O trabalho em saúde é uma prática social, tem base relacional e ocorre por meio de disputa de interesses intersubjetivos (FARIA; ARAÚJO, 2010), nesse âmbito encontram-se o interesse do agente promotor do cuidado e o interesse do usuário em ser cuidado.

Quando se interfere na condição de saúde de uma pessoa e de uma determinada sociedade o trabalhador promove modificações, logo interfere na organização de vida daquela pessoa ou comunidade, constituindo, dessa forma, uma organização diferente da de outrora (PEDUZZI, 2002).

Assim, em continuidade à conjuntura da análise da organização social do trabalho em saúde, ainda na perspectiva reducionista da hegemonia do estudo sob um único profissional, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, médico e estudioso dos pressupostos teorizados por Donnangelo, analisou o trabalho de sua categoria profissional na perspectiva do materialismo histórico considerando o conceito de trabalho marxista.

Nessa perspectiva, o conceito de trabalho marxista se refere a uma estrutura orgânica do trabalho em saúde, na qual existem elementos que o compõem em suas especificidades e integrações. Ao mesmo tempo, Mendes-Gonçalves (1992) contempla uma perspectiva de sistema na teoria do processo de trabalho em saúde, teorizando que os elementos devem estar inter-relacionados para se constituírem na condição de processo, sendo assim: o agente da ação deve “olhar” para o seu objeto de trabalho e definir o seu projeto de intervenção (a finalidade), o objeto do trabalho (matéria) deve ser pré-definido ou identificado, assim como os instrumentos ou meios do trabalho que possibilitem esse “transformar”.

Com base nessa estrutura, o processo de trabalho em saúde tem como desafios a identificação dos seus objetos de trabalho, a definição dos instrumentos a serem utilizados, os resultados pretendidos e a constituição dos agentes responsáveis pela ação.

2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O modo como são desenvolvidas as atividades profissionais e a forma como se opera o trabalho se denominam processo de trabalho, este possui objeto, instrumentos e agentes como seus elementos constituintes. Por meio da realização de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto, resultante daquele trabalho específico (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

No processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos – e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo. Nessa situação, a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O trabalho em si é o trabalho vivo; os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, estão ali para serem usados ou interferindo no modo como o processo ocorrerá, mas são produtos de um trabalho vivo anterior) (FEUERWERK, 2014 p. 37).

O processo de trabalho em saúde é caracterizado dessa forma como uma ação relacional possibilitada pelo encontro de dois agentes, em que um apresenta uma necessidade a ser atendida e o outro deve estar disposto a “ouvir” e “enxergar” essa necessidade na operação dialética de saberes que busquem atingir o produto final de satisfação dessa necessidade. Para tanto, a caixa de ferramentas, ou capacidade instrumental desse agente, deve ser ampla tal qual a necessidade social representada como objeto de trabalho na saúde.

A caixa de ferramentas, para Merhy (2009), representa um conjunto de instrumentos tecnológicos que adquirem sentido conforme o lugar que ocupam nesse encontro e a pré-definição das finalidades que se pretende alcançar no ato de produzir saúde.

No trabalho em saúde essas caixas são representadas em três dimensões: uma vinculada aos procedimentos e técnicas terapêuticas, a segunda aos saberes e a terceira às relações entre trabalhador e usuário. A primeira caixa representa ainda a tecnologia dura, a segunda as tecnologias leve-duras e as duas representam o

trabalho morto, por fim a terceira caixa representa as tecnologias leves indispensáveis ao exercício do trabalho vivo em ato.

Afirma-se que o ambiente laboral dos serviços de saúde se constitui como um território tensional, onde todos os trabalhadores podem exercer os seus trabalhos vivos em ato, conforme os seus modos de compreensão do interesses em jogo e de dar sentido aos seus “agires”. Assim, trabalhadores de saúde com diversas categorias profissionais atuando em conjunto, bem como a intervenção de sujeitos coletivos inscritos com base em suas capacidades de se autogovernarem, imprimem a capacidade de disputa da prática diária com as normas e regras instituídas para o controle organizacional da saúde (MERHY et al., 2002).

Este controle se desenvolve por meio da adoção de modelos de atenção à saúde pelo trabalhador e/ou instituição de saúde, bem como pela capacidade do trabalhador em operar o seu ato de produção de práticas de saúde com a utilização da sua “caixa de ferramentas”.

Nesse sentido, os modelos de atenção à saúde consistem na lógica que deverá organizar os meios de trabalho e orientar as práticas de saúde em combinações tecnológicas, que têm como objetivos resolver os problemas e assistir as necessidades de saúde individuais e coletivas da população (PAIM, 2008).

A habilidade e a capacidade operativa dos atores envolvidos no processo de trabalho permitem a caracterização do trabalho vivo em ato, definido como a produção de relações, a utilização da potência máxima dos trabalhadores, de sua “caixa de ferramentas”, para resolver efetivamente os problemas de saúde do usuário, bem como a presença da intercessão desses saberes no momento em que se realiza e ao mesmo tempo em que se desenvolvem práticas sanitárias (MERHY et al., 2006).

Cabe ressaltar que os usuários também contribuem para o processo de trabalho em saúde. As práticas de produção de saúde devem ser planejadas e decididas localmente, em um processo de instrumentalização das demandas da comunidade. Ocorre, assim, uma disputa permanente instituída por múltiplos agentes, pela direcionalidade das ações de saúde nas arenas institucionais (MERHY et al., 2006).

Sublinha-se, com base no exposto, o caráter “movediço” da produção do cuidado, a relação existente entre os elementos utilizados e a forma como eles se relacionam para configurar os atos produtivos (FEUERWERKER, 2014).

Para compreender essa dinâmica, faz-se necessário compreender os elementos compositores do trabalho e a sequência desse processo. Assim, inicialmente ocorre a apreensão do objeto de trabalho pelo seu produtor, sendo essa apreensão identificada e/ou relatada pelo usuário. Essa etapa consiste na identificação das características desse objeto, possibilitando o planejamento do que deverá ser realizado, o que permite, ainda, a visualização do produto final correspondente à finalidade do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Na saúde, os teóricos afirmam que a matéria prima do trabalho em saúde pode ser o próprio ato de produção de cuidado (FEUERWERKER, 2014), o encontro entre o trabalhador e o usuário (FARIA; ARAÚJO, 2010), a família no seu contexto de vida (MARQUI et al., 2010) e as necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994). Destaca-se que as necessidades de saúde são carências que surgem no decorrer da vida das pessoas e que devem ser supridas para se obter a saúde. Essas carências são determinadas histórica e socialmente (STOTZ, 2004).

A Lei 8.080/90, em seu artigo 3º, dispõe que a saúde tem como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Contemporaneamente, considera-se ainda a noção de determinação social no processo saúde-doença, que define os determinantes sociais como intrínsecos aos comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho e à organização econômica, social e cultural de uma população (CNDSS, 2008).

Assim, referindo-se à organização social do trabalho, a fim de atender a essas necessidades, Mendes-Gonçalves teoriza sobre a inserção de tecnologias nas práticas de produção do cuidado, como a utilização de certos instrumentos no cotidiano do trabalho, algo que se constitui dentro desses processos e corresponde à arquitetura técnica e às conexões socialmente determinadas à dinâmica dessa reprodução social, de imediato estabelece as tecnologias imateriais como os saberes e as materiais como equipamentos e máquinas (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Os instrumentos podem ser compreendidos, ainda, como tecnologias e classificados em tecnologias leves, leve-duras e duras. Sendo assim, são caracterizadas como tecnologias leves as relações entre o trabalhador e o usuário e entre o trabalhador e sua equipe; as tecnologias leve-duras correspondem aos

saberes; e as tecnologias duras consistem em equipamentos, materiais e insumos utilizados no trabalho em saúde (MERHY et al., 2006).

O terceiro elemento estruturante do processo de trabalho é a finalidade, esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, ou o objetivo que se busca atingir com determinada ação.

E, nesse sentido, percebe-se o desafio que a saúde coletiva impõe ao “fazer em saúde”, visto que essa ciência propõe a superação do recorte operativo das necessidades sociais manifestada de forma subjetiva (STOTZ, 2004). Isso implica demanda de tempo, conhecimento social, local, técnico-científico e, inclusive, disposição e aquele conhecimento que não é ensinado, mas pode ser considerado ou omitido com a experiência.

Logo, a consubstancialidade e a circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde, transformadas em finalidades dos profissionais de saúde, devem guiar todo o processo, presidindo e acompanhando o “caminho” de concretização do produto preliminarmente previsto (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No tocante a isso, pode-se afirmar que o agente que opera o processo de trabalho tem um papel fundamental na antecipação do resultado que se deseja obter por meio de determinada ação. Dessa forma, o quarto elemento estruturante do processo de trabalho, apesar de só poder ser analisado na sua relação com os outros componentes (objeto, instrumentos e finalidade), destaca-se à medida que a dinâmica intrínseca ao processo de trabalho torna-se possível somente por meio de sua ação, assim o agente do processo pode ser interpretado como ator social na ação e, ao mesmo tempo, instrumento do processo de produção do cuidado (PEDUZZI, 1998).

Ressalta-se, também, a importância de conhecer o processo de trabalho desempenhado pelos trabalhadores da saúde para promover reflexões sobre a organização e a produção desse cuidado em saúde (MARQUI et al., 2010).

Constata-se, ainda, que processos de trabalho centrados na doença e na medicalização das necessidades de saúde se mostram insuficientes para responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários (OLIVEIRA et al., 2012). Diante dessa perspectiva é que se faz necessária a negação a processos de trabalho fragmentados e em desacordo com a construção de práticas integrais.

2.3 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF

A partir da década de 80, em meio à intensificação do processo de medicalização da saúde, com construção de grandes hospitais e investimentos na indústria farmacêutica, diferentes países envolveram-se em um profundo processo de discussão sobre os sistemas de saúde vigentes, havia a necessidade de modificar a oferta e a produção de práticas de cuidado, visto que elas teriam que visar maior eficácia e diminuição dos custos da assistência em saúde (COPQUE; TRAD, 2005).

No Brasil, o Movimento Sanitário consistiu na mobilização de categorias profissionais, intelectuais e forças sociais que denunciavam o cenário de exclusão e adoecimento gerado pela organização da saúde no molde assistencial médico curativista (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Portanto, os modelos de atenção à saúde representam a lógica que direciona a produção de práticas sanitárias (PAIM, 2008). O Modelo assistencial, tradicional, curativista e hospitalocêntrico envolve, principalmente, a utilização das tecnologias duras e leve-duras pelos trabalhadores, a medicalização dos problemas de saúde dos usuários, sendo eles de caráter orgânico ou não, o que gera a valorização do profissional prescritor (o médico) e elevados custos (PIRES, 2005).

Nesse contexto, a discussão acerca das reformas nos sistemas sanitários versava em torno dos modelos de atenção à saúde reconhecidos como componentes centrais-estratégicos (COPQUE; TRAD, 2005).

Ao mesmo tempo investia-se internacionalmente na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), nela existe a compreensão de que duas metas devem ser adotadas como essenciais pelos sistemas de saúde: a primeira é a maximização da saúde dos usuários por meio do emprego do conhecimento técnico-científico qualificado e a segunda é a redução das desigualdades, possibilitando a todos o acesso ideal aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

A APS representa o primeiro nível de atenção à saúde e a porta de entrada para os serviços sanitários (BRASIL, 2011). Após a conquista do SUS e a democratização do direito à saúde do ponto de vista jurídico legal, buscou-se organizar a rede de organizações e estabelecimentos sanitários desse sistema (COSTA et al., 2009).

No cenário sanitário brasileiro adotou-se o termo Atenção Básica (AB) para definir a APS (GIL, 2006) e iniciou-se o processo de construção do SUS com experiências nacionais, regionais e locais, visto que estavam mobilizados em torno da reforma sanitária brasileira intelectuais, profissionais e população civil organizada, implicando um processo de interfertilização entre a experimentação prática e o compartilhamento dessas experiências entre os territórios (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nesse sentido, criou-se, em 1994, como integrante da rede de atenção básica à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esses programas têm como diretrizes operacionais o foco na atenção à saúde da família em seus domicílios e em unidades assistenciais da rede básica, a adscrição dessas famílias com a demarcação de território de referência em área e microáreas, além do acompanhamento longitudinal (BRASIL, 1997).

O PSF tem ainda como proposta a reorientação do modelo de atenção à saúde e por conta dessa premissa ele passou a ser incorporado à rede de atenção básica como estratégia e não mais como programa. Suas especificidades foram dispostas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006) e atualizadas pela Portaria nº 2 488/11 (BRASIL, 2011).

Assim, a ESF incorpora os princípios e diretrizes do SUS de universalidade, integralidade, equidade e participação social, e ainda assume caráter substitutivo à rede de atenção à saúde tradicional, a formalização de vínculo entre usuários e trabalhadores, a atuação de equipe multiprofissional composta por médico e enfermeiros generalistas, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Vale mencionar que a depender da necessidade local e da vontade gestora outros profissionais podem ser incluídos na equipe da ESF e, nesse cenário, os profissionais de Saúde Bucal têm ocupado essas unidades contribuindo para as ações da equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

Essa equipe deve atuar ainda com uma carga horária de 40h semanais, ser referência para uma população pré-definida que não ultrapasse 4.000 habitantes, possuir instalações que facilitem o acesso socioorganizacional e geográfico dessa população, ter cada ACS responsável por no máximo 750 pessoas, produzir e analisar indicadores de saúde que possibilitem conhecer os problemas de saúde

instalados no território, esse último definido como território processo, dada sua mutabilidade quanto às condições sociodemográficas e sanitárias (BRASIL, 2006)

A Saúde da Família trata-se de um novo modo de fazer e agir em saúde, (MERHY et al., 2006) e constitui-se em um importante desafio, uma vez que propõe ruptura com o modelo assistencial atual, ainda hegemônico, e a construção de uma nova prática entre trabalhadores/usuários/gestores com uma nova dimensão ética (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Dessa forma, a ESF alcançou alto grau de aceitação para a reorganização do cuidado à saúde (RIBEIRO, 2007), foi escolhida pelo Ministério da Saúde e tem sido priorizada em diversos municípios como estratégia reorientadora do modelo de atenção à saúde hegemônico no país (ROCHA et al., 2008). O seu crescimento trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas tradicionais.

A vigilância à saúde é o modelo assistencial preconizado pela ESF e tem como características principais a realização de ações territoriais com foco no usuário, na família, na comunidade e principalmente nos grupos mais vulneráveis, realizando atividades de promoção e prevenção de riscos e agravos específicos, planejadas de acordo com a realidade local (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Busca-se, então, com essas ações a ampliação de cobertura de serviços, a aproximação de uma equipe de saúde da comunidade, a ocupação do serviço por essa mesma comunidade por meio da participação popular e conseqüentemente a garantia da universalidade da assistência (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 2002).

A ESF amplia o processo de trabalho em saúde, considerando que o agente produtor em seu território de atuação deve inter-relacionar os seus saberes com o de toda a equipe e do próprio usuário, construir vínculos efetivos com a comunidade, atentando para o núcleo familiar e conseqüentemente o núcleo social em que esse usuário está inserido para somente a partir daí estabelecer um projeto terapêutico.

Nesse âmbito, o processo de trabalho na ESF deve ter como objeto de intervenção a família no seu contexto de vida. Sendo assim, os profissionais das equipes devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais e econômicas, utilizando as tecnologias leves de escuta, acolhimento, estabelecimento de vínculo e a responsabilização, bem como deverão estabelecer

como finalidades o alcance da resolutividade das necessidades em saúde individuais e coletivas (MARQUI et al., 2010).

Assim, a legislação da atenção básica normatiza o processo de trabalho da ESF e preconiza as atribuições comuns a toda a equipe e atribuições específicas a cada categoria profissional. As atribuições comuns versam em torno dos objetivos centrais à prestação da atenção integral, contínua, com resolutividade e qualidade, e às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, faz-se necessária a utilização de uma abordagem multidisciplinar, de processos diagnósticos de realidade, do planejamento das ações e da organização horizontal do trabalho, do compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Nas atribuições específicas, considera-se o campo de formação profissional de cada categoria. Aos ACS cabe promover a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, com manutenção de cadastros atualizados; realizar a adscrição de famílias em base geográfica definida – a microárea; exercitar a educação em saúde junto às famílias, diariamente; manter a equipe e a população informada em relação aos determinantes sociais da população e funcionamento dos serviços, respectivamente, e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006).

O enfermeiro tende a assumir funções gerenciais e assistenciais nesse processo de trabalho, responsabilizando-se pela assistência integral por meio das consultas de enfermagem às pessoas e famílias na ESF, no domicílio ou nos demais espaços comunitários, pela solicitação de exames complementares e prescrição de medicações, conforme normativas técnicas dos órgãos gestores e do conselho profissional; além de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (MELO; MACHADO, 2013; BRASIL, 2006).

O médico responsabiliza-se pela assistência integral à demanda espontânea e programada, aos indivíduos/famílias em todas as fases do desenvolvimento humano por meio de consultas clínicas e procedimentos na ESF, no domicílio ou nos

demais espaços comunitários, por operar cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; também por encaminhar usuários a serviços de média e alta complexidade, mantendo sua responsabilidade pela longitudinalidade no cuidado; e contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF e acompanhar a execução dos Protocolos (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011; BRASIL, 2006).

Já os auxiliares e técnicos de enfermagem deverão: participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na ESF, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Ainda nesse sentido, a atividade de acolhimento dos usuários que chegam às ESF é realizada muitas vezes pelos recepcionistas, uma vez que esses trabalhadores estão à frente do espaço físico da recepção. A atuação de agentes administrativos, auxiliares de enfermagem e enfermeiros frente à realização dessas ações também pode ser encontrada na realidade de São Paulo (SÁ et al., 2009)

Cabe ressaltar a importância do processo de formação dos trabalhadores no serviço com a prática da educação permanente em saúde. Essa necessidade é amplamente reconhecida na literatura para o desempenho ideal de uma equipe de ESF em seu território, seja para produzir ou reinventar conhecimentos e habilidades específicas ou gerais de atuação nesse processo de trabalho tão complexo e diferenciado (COSTA et al., 2009).

Por conseguinte, o “terreno” de produção do cuidado realizado pelos trabalhadores da equipe para os usuários da ESF consiste em um campo fértil para produção de práticas com atenção voltada para as reais necessidades desses usuários, para a substituição do modelo tradicional, para a garantia do direito à saúde e, conseqüentemente, para a consolidação do SUS e produção de sujeitos protagonistas na construção de um sistema de saúde mais justo e de relações sociais mais democráticas (FARIA; ARAÚJO, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo de caso tem como proposta a investigação de fenômenos contemporâneos, contemplando o contexto em que estão inseridos na vida real. Essa premissa permite a preservação das características holísticas e significativas na ocorrência desse fenômeno (YIN, 2005).

A realidade social onde se desenvolvem os fenômenos é o cenário do dinamismo da vida individual e coletiva em toda a sua riqueza de significados e relações. Esse universo de significados é passível de ser compreendido na pesquisa qualitativa, pois ela se propõe com um nível de realidade não quantificável, mas compreendido em sua subjetividade (MINAYO, 2010).

3.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO

O Estado da Bahia, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) conta com 09 macrorregiões e 28 microrregiões de saúde. Elas foram delimitadas considerando critérios relacionados à capacidade de instalação nos municípios e resolubilidade dos seus serviços (BAHIA, 2007).

Para esta pesquisa, por conveniência, foi selecionado um município da Macrorregião Sul do estado da Bahia, situado na microrregião de Jequié e componente, em conjunto com mais 09 municípios, dos locais de estudo do projeto de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia”, financiado pelo Ministério da Saúde mediante o Edital Pesquisa Prioritária para o SUS (PPSUS).

A escolha do município ocorreu ainda devido à proximidade com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), a qual é sede do Programa

de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde e também porque ele possui 100% de cobertura populacional de ESF.

A Macrorregião Sul é formada por 67 municípios dos quais 70,1% são de pequeno porte e a Microrregião de Jequié por 25 municípios dos quais 80% tem até 20.000 habitantes. Destaca-se que, quanto ao porte populacional, tanto a macro como a microrregião de saúde do município analisado estão em consonância com a realidade nacional, ou seja, 73,2% dos 5.561 municípios são de pequeno porte (DIPRO, 2013; IBGE, 2010a).

Cabe destacar que as coberturas populacionais estimadas das ESF em municípios de médio e grande porte versam em torno de 55,9% a 32,7% respectivamente, enquanto na maioria dos municípios com menos de 20.000 habitantes é de 100% (DAB, 2011).

As características socioeconômicas, demográficas e sanitárias do município selecionado estão descritas na tabela 1, a seguir.

Tabela 01 – Características socioeconômicas, demográficas e sanitárias do município-caso, segundo dados do IBGE 2000/2010, DAB 2013 e SIAB, 2014.

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIO
População estimada 2013	14.600 hab.
População da zona urbana	7.359 hab.
População da zona rural	6.041 hab.
Faixa etária prevalente	20-39 anos (SIAB)
Território	2.231,625 km ²
Densidade demográfica	6,45 hab/km ²
Anos de emancipação política	53 anos
Distância da capital	335 km
Distância da microrregião	40, 3 km
Distância da macrorregião	212 km
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,566
Índice de Gini	0,36
Incidência de pobreza	62,13%
% de famílias cadastradas no programa Bolsa Família	44%
% domicílios sem acesso rede de abastecimento água	50,8%
% domicílios sem tratamento de água	17,3%
% domicílios sem acesso a coleta de lixo	46,8%
% domicílios sem esgotamento sanitário	98,3%
% domicílios sem rede de energia elétrica	22,4%
Atividade econômica	Agropecuária
Bioma	Caatinga e Mata Atlântica
Ano de implantação da Estratégia Saúde da Família	2001
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	100%
Número de Estratégias Saúde da Família implantadas	5

Fonte: IBGE 2003/ 2012, DAB 2014 e SIAB 2014.

Portanto, definiu-se o cenário do estudo no intuito de contemplar a totalidade das informações a respeito do processo de produção das práticas de saúde nas ESF do município. Diante disso, todas as cinco estratégias implantadas foram incluídas como cenário da pesquisa.

Dessa maneira, as ESF foram mencionadas no decorrer da pesquisa como ESF 01, ESF 02, ESF 03, ESF 04 e ESF 05, assim como os participantes tratados como E (enfermeiro), M (médico), ACS (agentes comunitários de saúde), R (recepcionistas) e T (técnicos de enfermagem), no intuito de preservar as suas identidades.

Durante a obtenção dos dados, todas as ESF do município contavam com Equipes de Saúde Bucal, no entanto, devido à reforma pela qual passavam, elas provisoriamente estavam funcionando em uma Unidade Básica situada na sede do município. Diante dessa realidade, optou-se por não incluí-las na pesquisa, visto que esses profissionais não estavam participando do cotidiano do processo de trabalho de suas equipes.

A caracterização das ESF quanto à composição das equipes está descrita na tabela 2, abaixo.

Tabela 02 – Composição das equipes de ESF do município, com base nos dados da coleta.

Trabalhadores de Saúde	Total	Participaram do estudo	
	N	n	%
Enfermeiro	5	5	100
Médico	5	5	100
Agentes Comunitários de Saúde	47	27	57,4
Auxiliar de Enfermagem	-	-	-
Técnico de Enfermagem	10	7	70
Recepcionista	5	5	100
Total	72	49	-

Fonte: Dados da coleta.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Compreendendo o processo de trabalho desenvolvido na ESF como um ato de produção coletivo e com um projeto final comum, para este estudo foram escolhidos como participantes todos os trabalhadores de nível superior e médio que

atuam nas equipes de Estratégias Saúde da Família deste município, excluindo apenas a equipe de saúde bucal.

Nesse sentido, foram considerados trabalhadores da ESF o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem, o agente comunitário de saúde e recepcionista que estavam atuando na equipe durante o processo de coleta de dados. Foram excluídos os profissionais não localizados em seu trabalho após 3 tentativas de agendamento da entrevista, os afastados de suas atividades por licença maternidade ou de saúde e os que estavam de férias. Foi assegurado aos entrevistados o direito à recusa de participação na pesquisa.

Encontra-se na tabela 02 a disposição dos participantes quanto à quantidade total no cenário de estudo e por categoria profissional e a quantidade daqueles que aceitaram participar do estudo.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos propostos, as técnicas de coleta de dados escolhidas foram a entrevista semiestruturada e a observação sistemática participante.

A entrevista não diretiva ou semiestruturada corresponde a um discurso multidimensional, uma encenação espontânea, na qual está presente a subjetividade da experiência vivenciada, sentida ou refletida por uma determinada pessoa (BARDIN, 2011).

Desse modo, as entrevistas foram realizadas com base em roteiros semiestruturados para trabalhadores de nível superior e médio (Apêndices B, C, D, E). Esses roteiros são compostos por questões que versam em torno dos objetivos deste estudo.

Assim, foi realizada ainda a observação sistemática participante do cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família. Essa técnica seguiu um roteiro semiestruturado (Apêndice F) elaborado conforme as normas e diretrizes do PSF, bem como em observância às atribuições comuns e específicas dos trabalhadores que compõem a equipe da ESF.

Vale ressaltar que as observações foram registradas em um diário de campo, buscando resguardar as principais observações para posterior análise.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início após a apresentação do projeto de pesquisa ao gestor e este dar seu consentimento para que o pesquisador iniciasse a coleta. A autorização foi consentida no dia 03 de fevereiro de 2014.

No cenário da pesquisa, os participantes apreciaram também a apresentação do projeto de pesquisa. Após esse momento, iniciaram-se as observações da dinâmica do processo de trabalho das equipes nas unidades e nas áreas de abrangência, com registro em diário de campo.

Em seguida, após o aceite dos trabalhadores em participar da pesquisa, as entrevistas foram realizadas no espaço físico das ESF em horário que não interferiu em seu processo de trabalho, sendo gravadas por meio de um gravador digital. Posteriormente, elas foram transcritas, lidas e conferidas com o áudio. Em seguida, realizou-se leitura flutuante e aplicação dos métodos de análise.

Nesse sentido, a observação participante foi previamente agendada e realizada pela pesquisadora durante os turnos matutino e vespertino, de segunda a quinta-feira. Posteriormente, os registros das observações foram, enfim, confrontados com as falas dos discursos.

3.6 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Quanto à análise dos dados, foram utilizados dois métodos: a análise de conteúdo de Bardin e a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Desse modo, optou-se pela utilização do método da análise de conteúdo de Bardin para a análise do primeiro objetivo, buscando preservar as particularidades de cada categoria de trabalhador de saúde no desenvolver da dinâmica do processo de trabalho. Já a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo foi utilizada para a análise

do segundo objetivo, diante da densidade das falas e similaridade entre os desafios encontrados.

A análise temática proposta por Bardin (2011) compõe-se de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa corresponde à organização dos documentos a serem utilizados na análise, esses correspondem às transcrições das entrevistas semiestruturadas e aos registros feitos no diário de campo.

No início dessa análise foi realizada a leitura flutuante de todo o material textual, buscando a apreensão das primeiras impressões e a seleção das falas que estavam de acordo com os objetivos traçados.

Após a preparação desses dados, realizou-se a exploração exaustiva desse material, com a captura dos elementos de composição dos discursos e a sistematização das informações para a realização da terceira etapa, a análise propriamente dita, que consiste na organização dos resultados em categorias, na inferência e na interpretação dos resultados.

Portanto, a análise do DSC aborda a compreensão de que as falas de um indivíduo são socialmente constituídas, dessa forma sugere a expressão de um pensamento coletivo sob a construção de um discurso coletivo (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005). Para tanto, o método prescinde da utilização do programa *qualiquantisoft* que possibilita a ordenação dos discursos e a apreensão das figuras metodológicas do DSC: as expressões-chave, as ideias centrais e a ancoragem.

As expressões-chave correspondem a trechos dos discursos que revelam a essência do conteúdo e estão relacionadas à pergunta realizada, e as ideias centrais são sínteses (palavras ou expressões linguísticas) do sentido presente no discurso, estas possibilitarão a categorização dos discursos. A figura metodológica da ancoragem não foi utilizada neste estudo por estar bem mais associada a estudos na área de representações sociais.

Após a definição das expressões-chave e ideias centrais (IC) no mapa definido como Instrumento de Análise dos Discursos 1 (IAD 1), as IC foram categorizadas conforme a semelhança de seus conteúdos e seguiu-se para a utilização do IAD 2. Nestes, as expressões-chave, agora categorizadas e agrupadas mediante a presença de IC similares, se dispuseram para a construção dos discursos únicos.

Nessa perspectiva, os DSC são redigidos na primeira pessoa do singular, com uso de conectivos e mudança de conjugações verbais, buscando expressar o pensamento coletivo. Buscou-se, ainda, quando possível, a retirada de termos que indicassem particularidades de identificação da categoria ou dos indivíduos. No entanto, na construção dos discursos das equipes de saúde da família, optou-se por não retirar algumas particularidades no intuito de não comprometer o entendimento do discurso.

Assim, o cuidado na emissão da síntese de expressões-chave de mesmo sentido em um único discurso, redigido na primeira pessoa do singular sem características individuais dos “falantes”, busca produzir no leitor o efeito de ser a coletividade se expressando (LÈFEVRE; LÈFEVRE; MARQUES, 2009).

Durante a construção dos DSC, foi emergindo o sistema de interpretação da realidade estudada sob a ótica dos participantes e as suas ligações socialmente construídas a respeito das dificuldades encontradas por eles no desenvolvimento de práticas de cuidado nas equipes de ESF.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em observância à Resolução 196/1996, recentemente substituída pela 466/2012, esta pesquisa buscou o consentimento voluntário e esclarecido dos participantes da pesquisa mediante apresentação de todos os seus aspectos, presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), bem como por meio da coleta da assinatura dos mesmos.

Vale ressaltar que esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado: A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Dires e este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo sido aprovado sob o número de protocolo 080/2009, conforme Ofício CEP/UESB 265/2009 (Apêndice A) , em 04 de setembro de 2009.

Dessa forma, foi garantido e mantido o sigilo quanto aos nomes dos participantes e do município, caracterizando-os como códigos numéricos no momento de disposição das falas dos discursos, assim como se assegurou que apenas os envolvidos na pesquisa tivessem acesso aos dados gerados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados no formato de dois manuscritos, elaborados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão. O manuscrito 1 será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo B) e o Manuscrito 2 à Revista Brasileira de Enfermagem (Anexo C) para apreciação e parecer.

4.1 MANUSCRITO 01

**DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA¹****DYNAMIC PROCESS OF WORKING IN HEALTH STRATEGY IN FAMILY
HEALTH**Mayra Gomes dos Santos²; Cezar Augusto Casotti³

Endereço para correspondência: Rua Itália, nº 2134, Bloco 10, ap. 104, Bairro São Judas Tadeu. Itabuna, Bahia, Brasil. CEP: 45605-135. Tel: (73) 9166-8256.

Endereço eletrônico: mayragomesds@hotmail.com

Telefone: (73) 9166-8256

**“Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho”
“Não houve financiamento”**

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso que tem como objetivo analisar a dinâmica do processo de trabalho nas Estratégias Saúde da Família (ESF) em município de pequeno porte. Participaram da pesquisa: recepcionistas, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos das ESF municipais. Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin. Evidenciou-se que as ESF municipais organizam os seus processos de trabalho adotando parcialmente o que é preconizado, valorizam atribuições em detrimento de outras e criam formas de organização com influência do modelo hegemônico nas ações. Desse modo, propõe-se maior articulação técnica entre as equipes de ESF municipais no intuito de estabelecer uma lógica orientadora de suas ações em saúde, investimentos na educação permanente em saúde dos trabalhadores e maior utilização de tecnologias leves entre trabalhadores e em relação aos usuários.

Palavras-chave: Trabalho. Recursos humanos. Estratégia Saúde da Família.

¹ Artigo integrante da dissertação de Mestrado intitulada: Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em município de pequeno porte da autoria de Mayra Gomes dos Santos, apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde em 2014.

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Jequié (BA), Brasil. Bolsista da Fundação do Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB). E-mail: mayragomesds@hotmail.com

³ Cirurgião dentista, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

ABSTRACT

This is a case study that aims to analyze the dynamics of the work process in the Family Health Strategy (FHS) in a small municipality. The participants were: receptionists, community health workers, nursing technicians, nurses and doctors of the municipal ESF. To collect data, we used participant observation techniques and semi-structured interviews. Data were analyzed according to Bardin's content analysis. It was evident that municipal FHS organize their work processes by adopting partially what is recommended, value assignments over others and create forms of organization with influence of the hegemonic model in action. Thus, it is proposed greater technical articulation between municipal FHS teams in order to establish a guiding logic of their actions in health, invest in continuing education for health workers and greater use of lightweight technologies for workers and for the users.

Keywords: Labor. Human Resources. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 e ampliado como estratégia de reestruturação do modelo tradicional de atenção à saúde, visa reorientar o *modus operandi* dos profissionais de saúde. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) atua uma equipe multidisciplinar, tendo como objeto de trabalho os problemas de saúde das famílias e usuários em seus determinantes e não mais a enfermidade¹. As ações são desenvolvidas em um território de abrangência previamente delimitado, com construção de vínculo e acompanhamento das famílias, operando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Assim, a Estratégia Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina a responsabilização sanitária dessa equipe multiprofissional pelas famílias e por seu território².

A composição básica da equipe de ESF é formada por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode ser incorporada ainda a equipe de saúde bucal e outros trabalhadores, de acordo com a necessidade da realidade local³. Nesse sentido, o processo de trabalho a ser desempenhado por esses profissionais e trabalhadores de saúde tem seus objetivos e atribuições dispostos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)³.

Esse modelo prescritivo do processo de trabalho na ESF é criticado por desconsiderar a característica subjetiva das práticas de saúde de cada profissional e, conseqüentemente, da equipe⁴ e por acreditar-se não existir um modelo padrão a ser reproduzido em todas as localidades. Cabe ressaltar que o reconhecimento dessa estratégia como espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde não deve ser omitido⁵.

Dessa maneira, a ESF é a principal porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, sendo *locus* de desenvolvimento das práticas de cuidado pelos profissionais que nela atuam. A sua implantação ocorreu de modo mais acelerado em municípios de pequeno porte, onde historicamente existe uma capacidade instalada de serviços e de profissionais de saúde menor, quando comparada com os médios e grandes centros urbanos⁶. Ao mesmo tempo, por ter sido implantada inicialmente em municípios menores⁷, estes apresentam em sua maioria 100% de cobertura populacional⁸.

Diante do exposto, torna-se necessário compreender o porquê, mesmo após 20 anos de implantação da ESF, ainda não ter sido concretizada em sua totalidade a reorientação do modelo de atenção à saúde nos territórios processos das ESF. Ainda há forte influência do modelo hegemônico associado a algumas atividades do modelo de vigilância à saúde.

Considerando que para reorientar o modelo de atenção à saúde é preciso modificar os “modos de operar” as ações em saúde, e que essa mudança só se dá de forma coletiva, por meio do conjunto de trabalhadores da saúde⁹, este estudo objetivou analisar a dinâmica do processo de trabalho nas ESF em municípios de pequeno porte.

METODOLOGIA

Este manuscrito é um recorte da dissertação “Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em município de pequeno porte” e trata-se de um estudo de caso descritivo que faz parte de um projeto maior, denominado: “A Organização do Processo de Trabalho e da

Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia”.

O município selecionado está situado na região semiárida do Estado da Bahia e possui como características demográficas e socioeconômicas: 14.387 habitantes; 55% da população residente na zona urbana; área territorial de 2.231,625 km²; densidade demográfica de 6,45 hab/km²; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,56610; Índice de Gini 0,36; e Percentual de pobreza 62,13% ¹¹ e 44% das famílias cadastradas no programa Bolsa Família¹².

A rede de atenção básica do município é composta por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e cinco equipes de ESF, sendo duas da zona urbana e três da rural.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de fevereiro e maio de 2014 e os dados foram obtidos por meio de observação sistemática participante e entrevistas semiestruturadas. Inicialmente, procedeu-se à observação do cotidiano de trabalho desses profissionais e trabalhadores durante cinco dias, nos dois turnos, sendo as percepções registradas em diário de campo.

Quanto às entrevistas, elas foram registradas por meio de um gravador digital, conduzidas com base em um roteiro semiestruturado e realizadas individualmente, no espaço da própria ESF, em horários que não interferiam no processo de trabalho da equipe.

Nessa fase, foram excluídos da pesquisa os membros das equipes que atingiram a tentativa máxima, por parte dos pesquisadores, de agendamento da entrevista (três momentos sem sucesso) não sendo possível sua realização e os que não estavam participando do processo de trabalho da equipe no momento da coleta.

Após a obtenção dos dados, foi iniciado o processo de análise, utilizando-se o método da análise de conteúdo de Bardin¹³. No primeiro momento, realizou-se a organização dos dados (transcrições das entrevistas e registros do diário de campo), posteriormente ocorreu a

exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação com categorização das unidades de análise.

Destaca-se, ainda, que este estudo foi aprovado pelo CEP-UESB (Protocolo nº 080/2009) e todos os entrevistados convidados a participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população deste estudo foi composta por recepcionistas (n=5), agentes comunitários de saúde (n=27), técnicos de enfermagem (n=7), enfermeiros (n=5) e médicos (n=5), perfazendo um total de 49 participantes.

Nas equipes predominaram trabalhadores do sexo feminino (81,6%), adultos jovens (67,3%), residentes no município (91,8%), que exercem a função há mais de dez anos (47%) e atuam na equipe entre dois e dez anos (61,2%). Em média, os profissionais médicos atuam na ESF há 1,1 anos, enfermeiros há 1,9 anos, técnicos de enfermagem há 3,7 anos, recepcionistas há 5,5 anos e agentes comunitários de saúde há 6,4 anos. Os entrevistados percebem a necessidade de ampliar as ações de educação permanente (92%) e apenas 30% dos profissionais de nível superior tem formação em curso na área de Saúde da Família. Quanto ao vínculo, prevalecem os concursados (59,2%).

Ao serem questionados acerca das atividades desenvolvidas no cotidiano do processo de trabalho nas ESF, os trabalhadores descreveram as atividades, a forma como as executam, possibilitando a análise dos processos de trabalho das equipes. Dessa análise, emergiram as seguintes categorias e subcategorias: exercício do acolhimento (ações e agentes envolvidos no acolhimento), em busca de práticas integrais (ações programáticas, visita domiciliar e práticas educativas) e educação permanente.

EXERCÍCIO DO ACOLHIMENTO

O acolhimento, em sentido semântico, representa o ato de acolher e aproximar-se, implicando, assim, uma atitude de inclusão quando em contato com pessoas¹⁴. Conceitua-se ainda como um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁵.

Atribui-se a sua realização na condição de diretriz operacional no processo de trabalho da equipe da ESF³ ou como uma ferramenta nesse processo de trabalho capaz de fomentar vínculos⁵ e escuta ativa sobre a situação de saúde dos usuários.

Diante do exposto, dessa categoria emergiram as seguintes subcategorias: ações e agentes envolvidos no acolhimento.

Ações e agentes envolvidos no acolhimento

Os discursos evidenciaram que recepcionistas e técnicos de enfermagem são os que descrevem as ações de acolhimento/triagem como suas atividades. Verifica-se na descrição, abaixo, a ocorrência da triagem e acolhimento.

“a minha é chegar, receber o pessoal, ver o tipo de atendimento que eles precisam [...] se é dia de atendimento médico a gente tem que procurar atender logo o pessoal que vai passar pelo médico, pegar os prontuários aí aguarda o médico chegar, passa pro médico [...] como a enfermeira tem que resolver algumas coisas antes do pré-natal [...], depois vai pegando as fichas de pré-natal, e aí quando o médico sai a gente recolhe os prontuários passa pra enfermeira depois ela passa pra mim, e aí eu guardo os prontuários à tarde, pela manhã é pegar o prontuário e as informações são a todo momento” (RESF01).

“Na recepção estou ali pra recepcionar, agendar exames, procurando esclarecer alguma dúvida dos pacientes, horário, dias de planejamentos familiar, pré-natal, hiperdia, aí vamos estar fazendo as fichas desse pessoal, agendando para o dia, porque não agenda antes, tá agendando primeiro para o médico tá avaliando o paciente, depois aí eu vou fazer o agendamento da enfermagem, porque o médico chega cedo, à tarde é que eu vou tá guardando as fichas por família, por agente. À tarde, como eu saio logo mais cedo um pouco aí a técnica deixa pra vir um pouco mais tarde, aí nesse momento eu tenho que estar aferindo a PA, pesando, fazendo a triagem para tá mandando para a doutora, porque a doutora chega entre uma e uma e meia” (RESF02).

Portanto, evidencia-se nos discursos o uso dos termos atender/recepcionar e triagem, os quais caracterizam práticas centradas em procedimentos técnico-administrativos

relacionados à função de recepcionar o usuário. O “acolher” diferencia-se do “triar”, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que independe de horário, local e profissional específico para fazê-lo, prescinde de troca de saberes e angústias, e de atitudes de responsabilidade e resolutividade individualizadas¹⁴.

As atividades de triagem descritas consistem ainda em trabalho morto, enquanto informar aos usuários, sanar suas dúvidas e o ato de verificação do tipo de atendimento que o usuário precisa, por utilizarem o diálogo e a escuta, caracteriza-se como exercício do acolhimento e do trabalho vivo em ato.

De tal modo, a análise da aplicabilidade do acolhimento pode evidenciar quais necessidades são acolhidas, como isso vem acontecendo e ainda situa a infraestrutura do serviço e a capacidade do trabalhador na inter-relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto prestado ao usuário¹⁶. Entende-se por trabalho vivo o exercício criativo do trabalhador, promovendo o autogoverno no ato de produzir saúde e trabalho morto em seguimento ao que está instituído⁹.

Nessa perspectiva criativa e relacional do processo de trabalho na ESF, o acolhimento ao usuário pode acontecer em todo o território processo das ESF e por profissionais da equipe de um modo geral¹⁴.

Quanto aos profissionais envolvidos na prática do acolhimento, revelou-se como ocorre esse envolvimento e a descrição de mais ações.

“A enfermeira faz uma triagem pelo menos para o médico porque é muita gente que vem, às vezes até sem necessidade alguma, até a enfermeira mesmo pode ajudar, então ela faz a triagem pra ver a necessidade de alguns e encaminha outros [...]” (ACS14ESF02).

“[...] normalmente é feito o acolhimento pela enfermagem e a partir daí depois dessa triagem a enfermeira vai dizer se o paciente necessita naquele momento de uma consulta médica ou se dá pra ele agendar a consulta” (MESF02).

“[...] a menina da recepção faz a triagem aí vê se realmente tá precisando, né? o que é que ele tá sentindo [...]” (ACS52ESF03).

“O acolhimento, as pessoas que chega que é diabético, faz o acolhimento primeiro para ver como o paciente tá, aí depois que eu vou avaliar, vejo a PA, o peso, dou orientações, pergunto o que ele tá sentindo” (T20ESF03).

Assim, identificou-se nos discursos o uso dos termos acolhimento e triagem para regulação da demanda, avaliação da necessidade do usuário, definição de prioridades e encaminhamento para procedimentos técnicos. A legislação aponta como ações a serem realizadas no acolhimento: escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade dos usuários e análise de vulnerabilidade, sem omissão da responsabilidade de assistir resolutivamente à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências³.

Nas ESF evidencia-se o confronto entre o normativo (legislação) e o real (discursos da prática), visto que há um direcionamento do acolhimento no sentido de organizar o serviço e não para atender à necessidade do usuário, corroborando, portanto, com o estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de São Paulo, no qual também se verificou a normatização do fluxo de entrada dos usuários como estratégia de discipliná-los, ao invés de centrar-se na necessidade com intuito de atendê-los¹⁶. Entretanto, a demanda espontânea é reconhecida como um desafio para os serviços de saúde¹⁷.

Dessa maneira, evidenciou-se nos discursos que em algumas ESF a enfermeira é responsável por definir qual usuário será assistido pelo médico, corroborando com os achados de Fortuna et al.¹⁸. Em outras ESF quem faz essa definição são os recepcionistas e técnicos de enfermagem. O acolhimento, quando realizado por pequeno grupo de trabalhadores ou categoria específica, apesar de garantir maior agilidade aos atendimentos pode contribuir para a pouca adesão e descompromisso dos demais profissionais da equipe pela mudança no processo de trabalho por meio do acolhimento das necessidades dos usuários¹⁹.

Nos processos de trabalho de duas ESF analisadas os discursos da recepcionista, técnico de enfermagem e enfermeiro revelam a existência de um grupo de profissionais

responsáveis pela realização do acolhimento, após a participação deles em um curso acerca dessa temática.

“[...] o acolhimento aqui que é escalado, não pára, é até meio dia, às vezes escala triagem e vacina aí primeiro eu faço o acolhimento pra depois ir pra vacina porque o acolhimento, o médico chega já dez horas eu tenho que atender e tá tudo pronto aí eu vou pra vacina termino e venho pra cá” (T24ESF05).

“[...] na nossa unidade teve uma equipe que participou do acolhimento então a gente tem uma equipe de acolhimento todo dia na unidade que atende a esses pacientes. Nós temos vagas destinadas à demanda espontânea, além das demandas agendadas e das urgências, as agendas são deixadas em abertos pra tá suprindo” (EESF04).

“A gente procura levar ele pro acolhimento, lá ele vai falar, o que tá sentindo, dizer qual a situação dele [...]” (RESF05).

Com base nos discursos, constatou-se que em algumas ESF a implantação do acolhimento se mostra mais organizada. Percebeu-se o envolvimento dos técnicos de enfermagem, em regime de escala, no ato de “acolher” os usuários, organizar a agenda conforme as situações identificadas no cotidiano do processo de trabalho e ainda a escuta do usuário quanto à necessidade da sua ida à unidade. Deve-se essa organização ao fato das equipes terem participado de um curso de acolhimento, o que permite verificar que a educação permanente em saúde tem potencial provocador de mudanças nas práticas sanitárias³.

Nesse sentido, a articulação entre demanda programada e espontânea, durante o agendamento de consultas, identificada nos discursos, corrobora a pesquisa realizada em Aracajú-SE, onde as equipes reservam na agenda um quantitativo de vagas para as atividades programadas, a fim de suprir os casos identificados no acolhimento²⁰.

Por conseguinte, percebe-se em algumas equipes uma escala dos profissionais na realização do acolhimento, corroborando o estudo realizado com trabalhadores da ESF do Distrito Federal²¹, onde esse ato repercute em um processo de trabalho normativo e hierárquico entre “os planejadores” que planejam e coordenam essa divisão e “os executores” que as cumpre. O uso de escalas de acolhimento por técnicos em enfermagem é empregado

nos serviços hospitalares, entretanto para o trabalho na atenção básica não cabe repetição de moldes hospitalares²², pois isso pode representar a manutenção de um processo de trabalho fragmentado e impeditivo na realização de práticas integrais.

EM BUSCA DE PRÁTICAS INTEGRAIS

A integralidade consiste na garantia da atenção à saúde de modo preventivo e curativo, individual e coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema³. Representa, ainda, o reconhecimento da complexidade e das necessidades individuais, indo de encontro à concepção de que o direito à saúde no Brasil não se restringe a um “pacote” de serviços de qualidade questionável, mas, sim, corresponde à atenção dada ao que é essencial para um cuidado à saúde digno²³.

Ações programáticas

As Ações Programáticas de Saúde propõem como objetos de intervenção da prática nos serviços de atenção básica as necessidades sociais e de saúde de grupos populacionais específicos, definidas em função de critérios demográficos, socioeconômicos, culturais ou de patologias específicas que se apresentam na prática clínica, a exemplo: mulheres, crianças, adolescentes, idosos e hipertensos⁵.

Nessa subcategoria, emergem nos discursos enunciados por ACS, enfermeiros e médico a organização do atendimento em um “cardápio” assistencial e o seguimento dele, principalmente pela enfermagem.

“[...] a gente segue normalmente o cronograma da unidade, dia de hipertenso, de diabético, mas vai de acordo com a necessidade da área, eu saio de casa com o meu projeto, hoje eu vou trabalhar com os hipertensos, mas de repente eu descobri uma gestante, então vai depender da necessidade” (ACS34ESF01).

“[...] a gente desenvolve vários programas, a gente atende hipertenso, diabético, assistência ao pré-natal, preventivo, planejamento familiar, o CD, o que precisar a gente tá à disposição” (EESF04).

“(...) normalmente a gente atende todos os programas, mas não dá pra ser uma coisa separada, ter um dia de programa, normalmente é uma coisa generalizada devido à carência de profissionais especializados e devido uma demanda espontânea muito grande” (MESF02).

Logo, percebe-se que nas equipes analisadas a organização do atendimento encontra-se fundamentada em protocolos e as visitas domiciliares em cronogramas, com observância de critérios relacionados aos problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias. Ao mesmo tempo revelam o não engessamento a essas tecnologias leve-duras (cronogramas e protocolos), transformando-as por meio do trabalho vivo em ato. O atendimento generalista do médico diante da demanda espontânea também evidencia essa transformação.

O cotidiano de desenvolvimento de práticas de saúde revelado no discurso vai de encontro ao proposto pela legislação. A PNAB recomenda que não seja organizada a agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, visto que essa organização pode dificultar o acesso dos usuários às ESF³.

Protocolos, normas e rotinas permeiam o campo de tecnologias leve-duras do trabalho em saúde, sendo assim os trabalhadores emitentes do discurso “lançam mão” desses instrumentos em suas caixas de ferramentas para operar a produção dos atos de cuidado²⁴, sendo pró-ativos na modificação do trabalho morto e operação do trabalho vivo em ato.

Assim, no processo de trabalho da ESF é preconizada a garantia da atenção à saúde sob a ótica da integralidade, com realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e ainda a garantia de atendimento à demanda espontânea e realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde³.

Visita domiciliar

A família representa a unidade de referência societária entendida como um grupo de pessoas que compartilham vivências afetivas e conflituosas, já o domicílio consiste no

território onde as relações familiares, as condições sanitárias e o autocuidado podem ser observados²⁵ na modalidade terapêutica conhecida como visita domiciliar.

Nessa subcategoria, os ACS, médicos e técnicos de enfermagem discorrem acerca da visita domiciliar como integrante de seus processos de trabalho, conforme os excertos, a seguir:

“[...] eu chego na casa de um acamado ele é hipertenso aí eu venho aqui marco para a enfermeira, se a enfermeira vê que não é pra ela, ela vai e leva o médico, assim em equipe a gente faz a visita com o médico e com a enfermeira” (ACS09ESF01).

“[...] quando solicitado pelos agentes nós vamos à residência, acompanhamos” (MESF01).

“[...] visitar os hipertensos com mais frequências, ter o acompanhamento de uma técnica de enfermagem que mensalmente sai uma vez comigo pra verificar a pressão dos hipertensos [...]” (ACS38ESF04).

“[...] realizo visita com a enfermeira e a médica da unidade, todo mês ela planeja pra gente visitar aquelas pessoas que não podem vir até a unidade” (ACS22ESF04)

“[...] ajuda aos médicos, os enfermeiros em visitas, fazemos também visitas sozinhos, curativos domiciliares” (T28ESF05).

Nesse cenário são evidenciados os ACS como os membros da ESF mais próximos da comunidade, diante da sua atividade diária de visita às famílias. Eles representam os “elos de ligação” entre elas e os demais trabalhadores da equipe²⁶.

Além disso, identifica-se ainda o fluxo de definição da necessidade da visita do profissional responsável por fazê-la e a integração da equipe nessa atividade. Cabe ao ACS ser o mediador entre a solicitação e a realização da visita por profissionais de nível superior, no entanto observa-se no relato que a enfermeira faz a mediação em alguns momentos acerca da visita médica. Na ESF a visita domiciliar deve ser a atividade diária do processo de trabalho dos ACS e ao mesmo tempo sistemática no que se refere ao processo de trabalho dos enfermeiros, médicos e outros profissionais inseridos na equipe²⁵.

Nos discursos, evidenciou-se a integração entre a equipe na dinâmica das visitas domiciliares. Realidade semelhante foi identificada em um município baiano, onde os ACS

trocam informações com o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem sobre as famílias a serem visitadas. Ainda neste estudo, verificou-se a busca dos ACS pelos profissionais de nível superior no intuito de resolverem situações encontradas na área²⁷.

Cabe aos trabalhadores da equipe, como atribuição comum, a realização da atenção à saúde em outros espaços, incluindo o domicílio. Essa equipe deve responsabilizar-se ainda por atender em domicílios os usuários que encontrem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, mencionados como acamados³. Vale destacar também a importância da realização das atividades que extrapolem os muros da unidade e entre essas estão práticas como as visitas domiciliares, atendimentos comunitários e práticas educativas⁵.

Práticas educativas

Dessa subcategoria emergem os discursos que descrevem ações da equipe voltadas para a prática da educação popular em saúde, os ACS descrevem essas práticas, conforme demonstram os trechos, abaixo:

“[...] a gente tem que tá orientando o tempo todo pra que eles venham fazer o cadastro, pra tá pegando a medicação grátis no posto. Também trabalho com o hiperdia, faço muita orientação na alimentação pra evitar sal, gordura. Tem orientação pra adolescente pra evitar gravidez precoce, tem o planejamento familiar que a gente tá sempre orientando pra que elas venham na unidade de saúde pegar os métodos, pra não tá engravidando” (ACS09ESF01).

“[...] orientar em tudo, como tem os agentes de endemias que tem essa parte preventiva da dengue a gente também reforça isso, é uma coisa ligada na outra, né? orientar as pessoas como cuidar do lixo, da água, prevenções, essas palestras que a gente dá, né? pras pessoas [...]” (ACS35ESF02).

“[...] desenvolvo nessa mesma área dos idosos, hipertenso, diabético, incentivar a caminhada, tomar os remédios na hora certa, tomar chá” (ACS40ESF04).

Dessa forma, os discursos dos agentes evidenciam uma dinâmica educativa nos seus processos de trabalho, caracterizada por ações de promoção à saúde, vigilância sanitária e prevenção de doenças em seus territórios de atuação. Percebe-se, ainda, o incentivo à adoção de hábitos saudáveis de vida, o uso de práticas complementares e a intervenção dos

trabalhadores sob os determinantes socio sanitários, como o saneamento básico. Essas práticas estão em consonância com o que é preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)²⁸.

Na prática educativa, ocorre um encontro entre usuário e trabalhador, em que pode existir a possibilidade de interação mútua ou fluxos unidirecionais de informação do trabalhador (detentor do saber) para o usuário (carente de informação)²⁹. Para, de fato, promover modificações nos comportamentos dos usuários, eles devem ser incluídos no processo de educação em saúde¹⁴. Se as práticas educativas são temporárias e não contínuas, a tendência que se instala é a de que os usuários reajam temporariamente ao estímulo de mudanças, no entanto não mudem de comportamento³⁰.

Em pesquisa avaliativa do PSF em 21 municípios do Nordeste brasileiro os usuários avaliaram como positiva a realização de atividades educativas, entre outras práticas na estratégia⁶.

Ainda nessa subcategoria, ACS e enfermeiras informam como acontece a realização de práticas educativas coletivas com a participação de mais de um profissional da equipe:

“[...] a gente também faz as atividades educativas com as outras colegas fazendo sala de espera na unidade, tem aqui no cronograma. O tema é abordado muitas vezes pela enfermeira ou fica a critério do ACS. A gente escolhe um tema, por exemplo, o dia que tá o atendimento se for hiperdia, eu estudo e falo sobre o hiperdia, porque o foco maior tá ali é o hiperdia, quando é gestante é a mesma coisa, a enfermeira passa só o cronograma mensal, né? ‘xis’ data é você aí eu venho e faço a minha sala de espera com o meu tema” (ACS10ESF01).

“[...] aí tem vezes que a gente faz também uma acolhida aí na frente junto com o ACS a gente tem passado sobre DST, sobre hiperdia também que é um problema que acontece [...]” (TESF02).

“As atividades educativas são realizadas na unidade de saúde, é feita uma escala pra os profissionais estarem realizando, os agentes comunitários, técnicos, enfermeiros e médico” (EESF04).

“Todos os dias, no trabalho diário com o paciente, se está fazendo trabalho educativo, toda equipe, de uma forma ou outra faz, nas visitas domiciliares, nas reuniões de grupos, onde fique a equipe de saúde está sendo o trabalho preventivo” (MESF05).

“[...] os membros que mais estão à frente são os ACS, eles fazem parte de grupos de igreja, então a gente aproveita pra tá cobrando que eles façam essas atividades nesses próprios grupos. Como já é da própria área deles aí eles aproveitam pra tá fazendo assim, igreja e tal” (EESF03).

Portanto, os discursos evidenciam o envolvimento da equipe na operação de ações de educação em saúde, principalmente dos ACS, cabendo à enfermagem a coordenação e determinação das temáticas a serem abordadas, atentando para o cardápio assistencial ofertado no cotidiano do processo de trabalho na ESF, ou para problemas de saúde que vêm ocorrendo. Apreende-se ainda o uso de cronogramas com o planejamento dessas atividades e, também, a divisão das práticas educativas por escalas. Essa prática corrobora os achados da pesquisa realizada em onze ESF do município de Porto Alegre (RS), onde se identificou a delegação de tarefas aos profissionais de nível médio realizada pela enfermagem, com a utilização de escalas²².

Nessa direção, identificou-se, ainda, que o médico considera a prática educativa preventiva como algo inerente ao processo de trabalho da equipe. Ele afirma que essas ações são realizadas nas visitas domiciliares, nas reuniões de grupos ou onde a equipe de saúde esteja atuando. Segundo Franco e Merhy⁴, o trabalho educativo deve ser realizado no contato da equipe com os pacientes, onde o trabalhador escolhe na “caixa de ferramentas” a tecnologia leve ou relacional para utilizar no encontro trabalhador/usuário.

No cenário pesquisado, a enfermeira afirma que nas práticas educativas os ACS são os atores mais envolvidos, uma vez que eles estão na área participam de coletivos da comunidade e nesse mesmo local ele exerce suas práticas educativas. No entanto, em pesquisa realizada em município do Rio Grande do Sul, os ACS relataram como dificuldade essa realização de práticas coletivas, diante da não adesão da equipe e da dificuldade do usuário em “enxergar” a ESF como *locus* de outras intervenções além das consultas³¹.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

No processo de trabalho da ESF são incluídos novos arranjos organizacionais e tecnologias, exigindo do trabalhador o exercício do trabalho vivo criativo e capacidade de

lidar com situações imprevistas. Isso acentua a necessidade de formação e de qualificação permanente desses trabalhadores³². Quanto a esse aspecto, seguem-se os depoimentos dos entrevistados:

“[...] muitas vezes eu faço uma pesquisa de alguma forma pra tá levando uma orientação correta pra essas pessoas porque quando eu saio de casa com minha programação: hoje eu vou trabalhar com gestante aí eu estudo um pouco porque a gente não está tendo capacitação e você sabe que a saúde como em todo sempre há algo novo, aí eu vou trabalhar com gestante aí de noite eu me programo em casa vou na internet procuro pesquisar um pouco, se eu vou trabalhar com alimentação saudável também faço essa busca” (ACS09ESF01).

“[...] porque a gente realizando as palestras precisa estar capacitado pra poder tá realizando [...]” (ACS12ESF01).

“[...] porque a gente não vai poder orientar o que a gente não tem conhecimento, por isso que eu falei que precisa de capacitação porque se eu tô na área pra orientar sobre uma devida doença eu não vou falar bobagem pra depois complicar, eu só posso falar com o máximo de conhecimento” (ACS33ESF02).

“[...] falta assim capacitação pra gente, tem fichas que vem aqui mesmo que eu não sei, eu não entendo, essa ficha que veio pra gente agora onde coloca o cartão do SUS aí, eu fui na casa da pessoa, se a pessoa é hipertenso eu coloco aqui, é diabético eu coloco aqui o que a pessoa falou comigo sobre condições de vulnerabilidade sociais, sobre condicionalidades do bolsa família, aí tem coisas que eu não sei o que é que significa, aqui mesmo condições de vulnerabilidade social, eu não entendo o que é isso, tem outra aqui, pessoa com DPOC, enfisema, eu queria ter uma capacitação pra entender mais, que é pra mim ficar por dentro, eu vou na casa das pessoas e às vezes a pessoa fala de alguma coisa aqui que eu não coloco porque eu não tô entendendo, não tô sabendo o que é [...]” (ACS26ESF05).

Os discursos revelam que principalmente os ACS têm sentido a necessidade de atividades de educação permanente em saúde para realizar a educação em saúde com os usuários. É relatado, ainda, pelos ACS o uso da internet como instrumento de busca das informações em saúde para utilização em suas práticas educativas, visto que o conhecimento que eles possuem muitas vezes é insuficiente e falta um treinamento profissional adequado às suas necessidades.

A educação em saúde é uma atribuição importante para todos os profissionais de saúde, principalmente dos ACS, por estarem mais próximos dos usuários. O processo de trabalho deles consiste em promover modificações de hábitos não saudáveis por meio de “conversas” educativas. Um estudo realizado com ACS do Rio Grande do Sul identificou que

a insuficiência de qualificação para a realização do trabalho tem sido um enfrentamento no processo de trabalho desses agentes, principalmente para a manutenção de suas práticas de educação em saúde³².

Assim, capacitar os profissionais para o desenvolvimento de suas novas funções é um desafio a ser enfrentado pelas ESF. No caso do ACS, esse desafio se torna ainda mais precípua, diante da indefinição de corpo de conhecimento próprio e da pluralidade inerente ao seu processo de trabalho ao tempo que em suas práticas ele utiliza as vivências pessoais e os saberes sanitários que ele adquire no convívio com os profissionais da equipe e em programas de educação em serviço²⁶.

No contexto atual, critica-se a forma como é atribuída ao trabalhador a responsabilidade por sua qualificação³¹. No estudo realizado, identificou-se que alguns trabalhadores utilizam instrumentos, entre estes a internet, para obter o conhecimento necessário ao desempenho do seu trabalho. O autor ainda destaca que a escassez de investimento em educação permanente traz prejuízos para o trabalhador e para a qualidade da ação desenvolvida.

A internet como meio de obtenção de informações para ampliação ou construção do conhecimento é uma realidade contemporânea, inclusive em municípios de pequeno porte. É o que demonstra pesquisa realizada em domicílios sobre o acesso à internet em microcomputadores³³, logo inserir mais essa ferramenta de trabalho no processo de ensino/aprendizagem/serviço pode produzir resultados positivos, tendo como norte orientador a educação permanente em saúde que representa a aprendizagem no trabalho na medida em que incorpora as situações vivenciadas no cotidiano do serviço e do trabalho na relação ensino/aprendizagem³⁴.

Garantir aos trabalhadores e profissionais de saúde a participação e realização de encontros de educação continuada que superem a fragmentação teórico-prática dos

conhecimentos é um propósito cada vez mais emergente³⁵ para a efetivação de um processo de trabalho condizente com os princípios do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de trabalho realizados nas ESF do município organizam-se com a adoção parcial do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Desse modo, constatou-se que os profissionais valorizam algumas atribuições em detrimento de outras e essa valorização é diversa entre as categorias.

Os trabalhadores utilizam o preconizado como norte de orientação, mas criam novas formas de organização em suas práticas. Possivelmente, diante da subjetividade inerente ao processo de trabalho individual e à premissa de que de cada cotidiano emana desafios e potencialidades próprios.

Entretanto, foi observada a influência do modelo hegemônico nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores, com ações centradas no serviço e não no usuário. Evidencia-se ainda a necessidade de que a gestão municipal mobilize maior articulação técnica entre essas equipes no intuito de propor uma lógica orientadora das ações em saúde de todo o território.

Enfim, percebe-se a necessidade de investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores para o enfrentamento de dificuldades e potencialização de seus trabalhos vivos em ato. Destaca-se também a necessidade da maior utilização de tecnologias leves com investimento em estratégias relacionais de acolhimento, vinculação, responsabilização compartilhada e educação continuada entre trabalhadores e entre eles e os usuários, tornando estes últimos também protagonistas no cotidiano das ESF.

REFERÊNCIAS

1. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. FIOCRUZ Rio de Janeiro, 2008.
2. Marqui ABTD et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4): 956-61.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2011.
4. Franco T, Merhy EE. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial In: Merhy EE, et al., O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 53-124.
5. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde promoção, vigilância e saúde da família. EDUFBA, 2006
6. Rocha PM et al., Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, 24 Sup 1: S69-S78
7. Capistrano Filho D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo Estud. São Paulo, 1999, Jan./Apr. av. vol. 13 nº. 35
8. DAB. Ministério da Saúde. Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF distribuído por Porte Populacional. Agosto 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_esf_percent_cobertura.jpg> Acesso em: 08 de outubro de 2013.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1998, p. 71-112.
10. IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Sinopse do Censo Demográfico Brasileiro. 2010a . Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=21&uf=29>, acessado em: 16/08/2014.
11. IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Mapa de pobreza e desigualdade – municípios brasileiros. Fonte IBGE, Censo demográfico 2000 e Pesquisa de orçamentos familiares POF 2002/2003.
12. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Relatórios municipais. Competência Março/2014.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 279.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
16. Matumoto S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde Rev Latino-am Enfermagem 2009 novembro-dezembro; 17(6).
17. Sá ETD et al. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009, set;30(3): 461-7.
18. Fortuna CM et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. Rev Esc Enferm USP 46(3): 657-64, 2012.
19. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta, RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Rev Ciência & Saúde Coletiva, 17(8): 2071-2085, 2012.
20. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MAD. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Aracaju (SE). [relatório final da pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2009.
21. Shimizu A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Revista Ciência e saúde coletiva, 2012. 17(9):2405-2414.
22. Melo RC, Machado ME. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(4): 61-67.
23. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)* [online]. 2012, vol.16, n.40.
24. Merhy EE et al. (Orgs.). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009.
25. Teixeira CP. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. Sociedade em Debate, Pelotas, 15(1): 165-178, jan.-jun./2009.
26. Galavote HE et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.46, p.575-86, jul./set. 2013.

27. Silva IZDQJD, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde – documento para discussão. Brasília, 2002.
29. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde Porto Alegre: Rede UNIDA, 174 p., 2014.
30. Costa GDD et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2009, jan-fev; 62 (1): 113-8.
31. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1667-1676, 2013.
32. Costa MCD et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(3):134-140.
33. IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Estudos e pesquisas informações geográficas número 7. Rio de Janeiro, 2010b.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/ Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 68
35. Escorel S et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2), 2007

4.2 MANUSCRITO 02

DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA⁴**CHALLENGES IN THE PROCESS OF WORKING FOR FAMILY HEALTH STRATEGY****DESAFÍOS EN EL PROCESO DE TRABAJO PARA LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR**Mayra Gomes dos Santos⁵; Cezar Augusto Casotti⁶

Endereço para correspondência: Rua Itália, nº 2134, Bloco 10, ap. 104, Bairro São Judas Tadeu. Itabuna, Bahia, Brasil. CEP: 45605-135. Tel: (73) 9166-8256.

Endereço eletrônico: mayragomesds@hotmail.com

Telefone: (73) 9166-8256

**“Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho”
“Não houve financiamento”**

RESUMO

Objetivou-se identificar desafios no processo de trabalho das Estratégias Saúde da Família. Participaram do estudo profissionais das ESF municipais, exceto a equipe de saúde bucal. Aplicaram-se como técnicas de coleta de dados: observação participante e entrevistas semiestruturadas. Pelo método análise do discurso do sujeito coletivo identificaram-se as temáticas: Superar a distância do trabalhador, usuário/família, equipe e gestão para além da distância física na ótica da corresponsabilização; Discernir entre a normatividade necessária à resolução de problemas e eliminar a adoção do que não faz sentido; Encontrar reorganização do processo de trabalho adequada a cada equipe e realidade sanitária; e Provocar trabalhadores à saída da inércia e da conformidade. Representaram desafios: o distanciamento entre usuários/família, equipes e gestão, a dependência por transporte, baixos níveis econômicos e de compreensão da população e a passividade de alguns profissionais. Estes foram percebidos como obstáculos reais para implantação adequada da ESF como proposta dinamizadora do SUS.

Palavras-chave: Trabalho. Processo de Trabalho. Estratégia Saúde da Família.

⁴ Artigo integrante da dissertação de Mestrado intitulada: Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em município de pequeno porte da autoria de Mayra Gomes dos Santos, apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde em 2014

⁵ Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Jequié (BA), Brasil. Bolsista da Fundação do Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB). E-mail: mayragomesds@hotmail.com

⁶ Cirurgião dentista, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

ABSTRACT

The objective was to identify challenges in the work process of the Family Health Strategies. They participated in the professional study of municipal FHS except the oral health team. It was applied as data collection techniques: participant observation and semi-structured interviews. At the analysis method identified the themes: Overcoming the distance worker, user / family, staff and management in addition to the physical distance from the perspective of co-responsibility; Discern between normativity required to solve problems and eliminate the adoption of does not make sense; Find reorganization of suitable working process every team and health situation; and provoke workers off the inertia and compliance. Represented challenges: the gap between users / family, staff and management, transport dependence, low economic levels and understanding of the population and the passivity of some professionals. These were perceived as real obstacles to proper implementation of the FHS as a dynamic of the SUS.

Keywords: Work. Work process. Family Health Strategy.

RESUMEN

El objetivo fue identificar los desafíos en el proceso de trabajo de las Estrategias de Salud Familiar. Participaron en el estudio profesional del ESF municipal, excepto el equipo de salud oral. Se aplicó como técnicas de recolección de datos: observación participante y entrevistas semi-estructuradas. En el análisis método identifica los temas: Superar el trabajador a distancia, el usuario / familia, el personal y la gestión, además de la distancia física desde la perspectiva de la corresponsabilidad; Discernir entre la normatividad necesaria para resolver los problemas y eliminar la adopción de que no tiene sentido; Encuentra reorganización del proceso de trabajo adecuada cada situación del equipo y de la salud; y provocar los trabajadores frente a la inercia y el cumplimiento. Desafíos representados: la brecha entre los usuarios / familia, el personal y la gestión, la dependencia del transporte, niveles económicos bajos y la comprensión de la población y la pasividad de algunos profesionales. Estos fueron percibidos como verdaderos obstáculos para la correcta aplicación del ESF como una dinámica del SUS.

Palabras clave: Trabajo. Proceso de trabajo. Estrategia Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

O trabalho humano, em sua essência, envolve a transformação de um objeto por meio de instrumentos, com uma finalidade pré-estabelecida. Essa ação é operada por um agente que identifica o seu objeto de trabalho, escolhe os seus instrumentos e produz um resultado com base na finalidade da ação, esta planejada antecipadamente¹.

Por conseguinte, a inter-relação entre os componentes do trabalho (objeto, agente, instrumentos e finalidade) se dá de forma interdependente, constituindo assim um processo. No campo da saúde, esse trabalho é complexo, exige do agente a capacidade de identificar uma diversidade de objetos e se consolida por meio do encontro entre usuário e trabalhador, em que este último opera a ação com a utilização de recursos tecnológicos no intuito de

transformar necessidades de saúde². As necessidades de saúde são entendidas como o objeto de trabalho nas práticas sanitárias e consistem em demandas construídas histórica e socialmente ou carências que implicam a capacidade do indivíduo em manter-se saudável³.

Assim, no decorrer da evolução das práticas sanitárias e da constituição da saúde na condição de direito social ocorreu uma ampliação das demandas a serem atendidas nesse setor sob a ótica da integralidade, e essas necessidades se tornaram também necessidades sociais em saúde⁴.

Em 1994, seis anos após a regulamentação do direito universal à saúde, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) seguindo a mesma perspectiva da atenção integral à saúde das famílias em territórios previamente adscritos⁵. Posteriormente, esse programa foi ampliado e estabelecido como estratégia reorientadora do modelo de atenção à saúde tradicional.

A ESF (Estratégia Saúde da Família) tem o processo de trabalho estruturado em base territorial com mapeamento de áreas e microáreas, onde a primeira corresponde ao conjunto de microáreas com um quantitativo populacional em torno de 2.500 a 4.500 pessoas e a segunda representa o território de atuação e de moradia de um ACS, com cerca de 400 a 750 pessoas⁶.

Dessa forma, as práticas de saúde da ESF devem ser realizadas por uma equipe multidisciplinar composta basicamente por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e entre 04 a 12 ACS. Elas devem estar centradas no usuário, com formação de vínculo entre trabalhadores e famílias, ampliar a cobertura de serviços e, conseqüentemente, garantir a universalidade da assistência e a substituição da lógica tradicional médico assistencialista, esta fortemente influenciadora do imaginário da população, de profissionais de saúde e dos processos formativos⁷.

Entretanto, 20 anos após a implantação da ESF as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano da micropolítica do processo de trabalho não conseguem atingir o seu potencial reorientador e substitutivo⁸. Acrescenta-se que esse potencial associa-se à mudança do modelo de atenção e esta implica a necessidade de reflexão e transformação permanente sob o processo de trabalho das equipes, com envolvimento de trabalhadores, gestores e usuários, e adequação às especificidades locais^{6,9}.

Nessa perspectiva, a importância deste estudo consiste na problematização desse processo de trabalho das equipes de ESF, evidenciando o relato dos trabalhadores sobre os desafios encontrados e o cotidiano de desempenho das práticas de saúde, conseqüentemente

revela as possíveis limitações à concretização dessa estratégia associadas à organização do processo de trabalho.

Diante do exposto, este artigo objetivou identificar desafios no processo de trabalho das Estratégias Saúde da Família (ESF) de um município de pequeno porte.

MÉTODO

Este trabalho se baseia em um estudo de caso descritivo, recorte da dissertação “Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em município de pequeno porte” e subprojeto de uma pesquisa maior, denominada: “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia”.

O campo de estudo consiste em um município com as seguintes características socioeconômicas, demográficas e sanitárias: 14.387 habitantes; 55% da população residente na zona urbana; área territorial de 2.231,625 km²; densidade demográfica de 6,45 hab/km²; baixo desenvolvimento humano (IDHM), ou seja, 0,566¹⁰; índice Gini 0,36; e percentual de pobreza em 62,13%¹¹.

Além disso, a rede de atenção básica do município é composta por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e cinco equipes de ESF, sendo duas da zona urbana e três da rural.

A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a maio de 2014 e os dados foram obtidos por meio de observação sistemática participante, com registro em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas gravadas por meio de aparelho digital, conduzidas com base em um roteiro semiestruturado, no espaço da própria ESF, em horários que não interferiram no processo de trabalho da equipe.

Portanto, procedeu-se, inicialmente, à observação do cotidiano de trabalho desses profissionais e trabalhadores durante cinco dias, nos dois turnos. Posteriormente, para a realização das entrevistas, foram excluídos os membros das equipes que atingiram a tentativa máxima de agendamento (três momentos sem sucesso) e os que não estavam participando do processo de trabalho da equipe no momento da coleta.

Após a obtenção dos dados, foi iniciado o processo de análise com o método de análise do discurso do sujeito coletivo. Essa metodologia busca dar conta da discursividade, sob a compreensão de que as falas de um indivíduo são socialmente elaboradas, propondo a expressão de um pensamento coletivo sob a forma do discurso único¹².

Assim, o processamento dos discursos em um discurso do grupo social é possível com a utilização das seguintes figuras metodológicas dos discursos do sujeito coletivo (DSC): as

expressões-chave, as ideias centrais e a ancoragem. Nesta análise foram utilizadas as expressões-chave que consistem em trechos dos discursos, reveladores da essência do conteúdo, relacionados à pergunta realizada; e as ideias centrais que podem ser palavras ou expressões linguísticas representativas e sintéticas do sentido presente nos discursos¹³.

Vale destacar que os discursos do sujeito coletivo (DSC) são redigidos na primeira pessoa do singular, com uso de conectivos e de ajustes relacionados que possibilitam uma concordância textual. Foram retiradas expressões que indicavam a identificação da categoria profissional emissora das falas, buscando suprimir as particularidades sem comprometer o sentido do discurso, no entanto em alguns momentos isso não foi possível e optou-se por manter a identificação.

Ressalta-se, ainda, que este estudo foi aprovado pelo CEP-UESB (Protocolo nº 080/2009) e todos os entrevistados convidados a participar do mesmo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população deste estudo foi composta por recepcionistas, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos das cinco equipes de ESF do município, perfazendo um total de 49 participantes.

A fim de se conhecerem os desafios para o exercício da função desses trabalhadores, eles foram questionados quanto às dificuldades identificadas no exercício de suas funções.

Nesse sentido, as dificuldades identificadas foram apresentadas em 04 temáticas fundadas no agrupamento de Ideias Centrais (IC) semelhantes e correspondentes a cada temática, em que cada IC gerou um discurso. A tabela 03, abaixo, apresenta as temáticas e respectivas ideias centrais identificadas.

Tabela 03. Temáticas e ideias centrais identificadas nos discursos de trabalhadores da ESF em um município de pequeno porte. Jequié, 2014.

Temáticas	Ideia Central
1) Superar a distância trabalhador, usuário/família, equipe, gestão para além da distância física na ótica da corresponsabilização;	a. Deslocamento e acesso da equipe e dos usuários b. Carência da população c. (In)compreensão da população d. Apoio da gestão
2) Discernir entre a normatividade necessária à resolução de problemas e eliminar a adoção do que não faz sentido;	a. Entraves burocráticos b. Desejo e viabilidade
3) Encontrar uma reorganização do processo de trabalho mais adequada a cada equipe e realidade sanitária;	a. Ausência de organização no atendimento
4) Provocar trabalhadores à saída da inércia e da conformidade.	a. Não existir dificuldades

Fonte: Dados da pesquisa.

Temática 1: Superar a distância trabalhador, usuário/família, equipe, gestão para além da distância física na ótica da corresponsabilização

No DSC 01, originário da ideia central “*Deslocamento e acesso*”, o sujeito coletivo aponta a seguinte realidade:

A dificuldade é a distância em que está a comunidade, é muito difícil conhecê-la, um profissional de saúde, da atenção primária precisa conhecer toda a comunidade, mas o município é muito grande e a população mora muito distante, uma mora para este lado a outra mora a outro extremo, outra dificuldade é de locomoção, a falta de transporte para me deslocar pra zona rural, alguns acessos ao percurso, estradas ruins, esburacadas, mata burros, tem lugares que tem que passar tipo trilha, porque não tem estrada, no dia a dia, tem o sol e a chuva, às vezes saio pra ir em uma área longe, chego lá alguns não estão, também em reunião quando tem, chova ou faça sol é naquela data agendada, e a gente tem que vir, também os pacientes não tem transporte pra vir aqui, aí eles obrigam, tem que ser atendido nesse posto, tanto que já chegaram até a pedir pra mim tirar eles da minha área pra serem atendidos em outro lugar, porque aqui não tem transporte, quando eu venho já fico preocupado com o carro porque eu tenho que arrumar carona pra voltar. O deslocamento daqui pra nossa unidade, 1 hora de estrada de chão, não é brincadeira, a gente se esforça pra sair cedo, mas às vezes não dá, tem papel, tem coisa pra tá pegando na secretaria de saúde e isso acaba prejudicando nossos serviços, se fosse mais perto ou asfaltada estaria tudo bom. Tem uma área que eu trabalho que é do outro lado, mas preciso viajar uns 30-40 km pra dar a volta pra chegar ao local, porque não tem estrada, se tivesse estrada não chegava a 4km, mas por isso eu tenho que ir num outro município pra retornar pro meu trabalho. Ninguém tem culpa a distância é demais, ninguém pode encurtar ela – DSC 01 (15/49).

O DSC 01, assim como a observação participante, revelou as seguintes dificuldades: deslocamento de usuários até a unidade, desconhecimento da população por parte dos trabalhadores, deslocamento das equipes da zona rural até a unidade e deslocamento das equipes da zona rural e urbana aos locais de visitas domiciliares nas localidades mais longínquas.

É importante destacar que se entende por acessibilidade as condições de chegada do usuário ao serviço e o acesso como a satisfação da finalidade que se busca no serviço⁴, a não satisfação desses aspectos faz com que os usuários busquem outras unidades assistenciais¹⁴. No município analisado, a implantação das ESF ampliou a acessibilidade à saúde, uma vez que antes não existiam as cinco equipes e, sim, uma Unidade Básica de Saúde na zona urbana.

No entanto, as condições das estradas vicinais e a dispersão populacional ainda representam desafios. Cabe ressaltar que a dispersão populacional provoca a ocorrência de diversas microáreas com um número pequeno de famílias. Assim, ACS que moram em uma

localidade com pequeno número de famílias devem complementá-los com famílias residentes em comunidades mais distantes, nem sempre contíguas como preconiza a legislação⁶.

A rotina de visitas domiciliares e de atividades extramuros da equipe configura-se também como desafio nessa realidade. Por conta da distância, os trabalhadores, com exceção dos ACS, dificilmente conhecem a totalidade da população. Os ACS, devido à dinâmica de trabalho ser mais próxima da população, conhecem os usuários que frequentam a unidade de saúde e os que não frequentam, diferentemente dos demais membros da equipe¹⁵.

Ainda nessa temática, os trabalhadores relatam a insatisfação de usuários que não concordam em estar adscritos em uma unidade distante, de difícil acesso, visto que existe outra unidade mais próxima de seu domicílio, com maior facilidade de acesso. Resultados semelhantes foram encontrados em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro¹⁴. O sujeito coletivo percebe essa dificuldade, mas aceita e não busca alternativas junto à equipe e à gestão para solução do problema.

Esse fato revela a possível existência de uma distância que vai além do espaço geográfico, a distância ecoada por Cecílio¹⁶ como gerencial e terapêutica, em que o trabalhador não conjuga esforços para modificar a realidade com a gestão e/ou população.

Assim, em complemento ao discurso anterior, emerge o DSC 02, originário da ideia central “*Carência da população*”, o qual caracteriza as necessidades e cobranças da população acerca do exercício da intersetorialidade no trabalho em saúde. Nas palavras dos entrevistados:

A própria população que é difícil de lidar, é uma cidade carente, são pessoas que precisam de atenção, às vezes você entra numa casa e eles querem te falar os problemas de saúde, desabafar, querem um ombro amigo, às vezes falam coisas pra você que você nem imaginava, se sente acolhido, tem gente que quando eu passo pela rua fala: você nunca mais passou por aqui, então sentem a falta da gente, tem também a cobrança, porque a gente tá lá com a comunidade conversando com eles tem o intercâmbio com outros setores, eles chegam pra gente e acham que a gente tem que solucionar tudo – DSC 02 (03/49).

Neste discurso, o sujeito coletivo reconhece que a comunidade o identifica como apoio social, e atribui a ele o papel de mediador na resolução dos problemas que os aflige. O discurso revela que o sujeito se sente incomodado por reconhecer que muitos desses problemas fogem do seu alcance de resolução, ao mesmo tempo ele demonstra não compartilhar essa responsabilidade com a sua equipe. Há confusão conceitual a respeito da

intersetorialidade, uma vez que o trabalhador pode tomá-la para si como responsabilidade individual, fundando-se nas demandas individualizadas dos usuários¹⁷.

Na observação participante identificou-se elevado número de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, número de pessoas recolhendo doações na beira da estrada, carência de saneamento básico, de coleta de lixo, de abastecimento de água tratada, impossibilidade de desenvolvimento da agricultura familiar em função da seca e em algumas localidades a ausência de rede elétrica, ilustrando o contexto socio sanitário em que está inserida essa população.

O incômodo revelado no DSC 02 e a identificação dos problemas sociais da população demonstram que a equipe de saúde é frágil diante dessas necessidades, o que pode se converter na sensação de impotência na sua prática de produção do cuidado¹⁶.

Ainda nessa dimensão, emerge o DSC 03, originário da ideia central “(In)compreensão da população”, conforme demonstra o trecho, a seguir.

Às vezes o que deixa ela um pouquinho mais difícil é a compreensão de alguns pacientes. Quanto mais a gente bate na tecla da prevenção, mas eles não cumprem e acaba ficando difícil porque sempre ela toma o medicamento, mas a pressão continua alta. O nível de educação das pessoas, a dificuldade de entender o uso de medicamento, a gente pega aqui muito uso de medicação irregular, então assim a ignorância mesmo, de educação, de nível de escolaridade que é terrível. O pessoal não entende também sobre o cartão do SUS que nem todo mundo tem, agora tá um pouco difícil porque a gente tem que tá sempre cobrando, todo dia, pedindo pra trazer o cartão do SUS, a gente fica sem poder fazer a produtividade direito porque fica como se não tivesse atendido se não tiver o cartão do SUS do paciente. Outras vezes a gente chega à casa de alguém assim pra fazer as visitas, "ah eu fui lá e não encontrei vaga" aí já fica chateado porque não encontrou, porque eles querem chegar assim e já encontrar vaga, as meninas lá falam você vem tal dia pra você passar, eles não gostam querem chegar lá e serem atendidos na hora e a gente explica que mesmo pago você tem que agendar – DSC 03 (06/49).

No discurso acima, o sujeito coletivo relata a dificuldade em promover níveis pressóricos compensados entre hipertensos e o entrave em colher as informações do cartão do SUS. Ele associa esse insucesso ao baixo nível de escolaridade e de educação do usuário, o que indica que o trabalhador avalia esse usuário e o seu contexto sociocultural com base em seu mundo cultural¹⁸, julgando que esse usuário deve ser devidamente informado e a sua missão consiste nisso, informá-lo¹⁹.

Dessa forma, um dos maiores desafios impostos na prática dos trabalhadores de saúde consiste no exercício do diálogo sanitário com a comunidade e a perspectiva de transformá-los em indivíduos com mentalidades mais abertas, adotando uma linguagem menos técnica,

com manifestação da pluralidade de saberes válidos e substituição da intervenção objetificadora do indivíduo, visto muitas vezes como sujeitos-alvo de intervenção²⁰.

Ainda no DSC 03, percebe-se a reclamação dos usuários acerca do tempo do atendimento e a distribuição de fichas, corroborando o estudo realizado em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro¹⁴. Segundo os autores, existe nessa situação uma assimetria de poder, na qual o trabalhador afirma ser possível a espera pela análise da demanda sob a ótica da organização do serviço, enquanto o usuário preza pelo atendimento imediato de sua necessidade.

Durante a observação participante, percebeu-se elevada demanda de hipertensos e, conseqüentemente, de consultas e procedimentos relacionados a esse agravo, entrega de receitas dos medicamentos por profissionais de nível superior e de nível médio e a dificuldade na coleta do cartão SUS para registro na ficha do E-SUS de cada profissional responsável pelo atendimento.

Além disso, observou-se, ainda, enquanto os usuários aguardavam a abertura da unidade, bem como na sala de espera, diálogos acerca da concordância ou discordância com o mecanismo triagem/acolhimento e evidências de comportamentos característicos da busca pelo assistencialismo médico centrado, o que pode indicar a não compreensão da população em relação à proposta da Estratégia Saúde da Família, confirmando o estudo realizado em municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul⁹.

Na ESF o sentido da família pode ser percebido como instrumental: aquela que ao permitir a aproximação com o seu contexto social possibilita o alcance de metas¹⁸.

Ainda na temática 01, o DSC 04, definido com base na ideia central “apoio da gestão”, revela o comportamento da gestão municipal frente a essa realidade e à carência de recursos, principalmente do transporte, como uma dificuldade. De acordo com o relato:

Algumas coisas relacionadas à secretaria de saúde, às vezes não me ajuda nesse processo, não me dá instrumento pra alcançar, só joga e toma aqui que a bola é sua e tenta resolver. A dificuldade que a gente tem pra conseguir recursos em várias necessidades que temos: marcação de exames, dificuldade de transporte dos pacientes e dificuldade nossa de transporte pra realização de visita em zona rural. A falta de alguns recursos como o carro e essas balanças estão dificultando o meu trabalho, quando eu falo o carro porque tem um cronograma de visita, mas não tem o carro, não tenho uma balança, aí a mãe chega e diz assim: E aí, meu filho tá nutrido ou desnutrido? Eu vou dizer simplesmente que eu não sei por que não tenho como pesar pra saber, antes não, antes eu pesava as crianças, “e aí, minha criança tá desnutrida?” Eu chegava no gráfico, mostrava pra ela: aqui é isso. No dia a dia, a gente sai pra trabalhar, chega ali numa casa tá um paciente passando mal, aqui na nossa cidade tem a SAMU, a gente liga pra

SAMU procura um carro pra tá ajudando aquele paciente pra vir até a unidade fazer um curativo e não tem o carro disponível pra nossa unidade, acho que a ambulância aqui seria suficiente. Outra dificuldade de trabalho é quando existe a necessidade da população de algum exame, ou de alguma consulta médica e não tá tendo e a gente pergunta “e aí já fez aquele exame?” E não tem como eles fazerem por conta da condição financeira, então a gente fica com essa dificuldade deles não estar resolvendo determinados problemas por conta da dificuldade financeira de não tá podendo fazer particular e o SUS a gente sabe que demora – DCS 04 (08/49).

Portanto, o sujeito coletivo relata como dificuldade a indisponibilidade do transporte para uso da equipe. Destaca-se que as ESF que atuam na zona rural são as que mais relatam dificuldade de acesso ao transporte, indo de encontro aos resultados encontrados em municípios do interior do Rio Grande do Sul⁹ e em Teixeira-MG²¹.

A carência de tecnologia dura, representada no relato do sujeito coletivo como balanças e carro, configura-se também como um desafio para a produção de práticas em saúde qualificadas. Essa representação corresponde aos achados de Shimizu e Alvão²² em estudo realizado com trabalhadores do Distrito Federal.

O sujeito do DSC também denuncia a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade como limitações ao desenvolvimento de suas práticas assistenciais. Essa realidade, ou estrangulamentos assistenciais, como é reconhecida, é comum a outros municípios, principalmente os de pequeno porte, confirmando pesquisas que avaliaram o PSF no Nordeste brasileiro^{23, 24}.

Desse modo, durante a observação participante, somente uma equipe estava na sua unidade sede, as demais se encontravam em unidades provisórias, em virtude de reformas. Os espaços físicos utilizados provisoriamente pelas ESF eram inadequados, o que levou as equipes de saúde bucal a atuarem na UBS, situada no centro da cidade.

Ainda durante a observação, verificou-se que nas duas ESF que dividiam o mesmo espaço físico somente um carro dava suporte, sendo ele compartilhado por elas. Quando necessário, mais de um transporte era acionado, isto é, com um motorista que ficava de sobreaviso na localidade. Nas outras duas equipes não havia disponibilidade de transporte para a equipe e quando necessário ele era solicitado à secretaria de saúde e, ainda assim, quando não atendidos, os trabalhadores utilizavam transporte de um dos membros da equipe.

No período de coleta, as equipes estavam com demandas referentes à visita dos técnicos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/AB), bem como em atividades do Programa Saúde na Escola (PSE),

encaminhamentos dos resultados de exames do mutirão do Câncer de mama e implantação do impresso E-SUS, além das demandas comuns do processo de trabalho da ESF.

Nas ESF visitadas essas demandas da gestão não interferiram no projeto assistencial planejado pela equipe, visto que se configuraram como acréscimos de responsabilidade, corroborando o estudo realizado em municípios do Nordeste Brasileiro²⁴.

Temática 2: Discernir entre a normatividade necessária à resolução de problemas e eliminar a adoção do que não faz sentido

O primeiro discurso dessa temática foi elaborado baseando-se na ideia central “*Entraves burocráticos*”. Assim, o sujeito coletivo do DSC 05 relata as limitações do processo de trabalho normativo e institucional:

Às vezes são os entraves no serviço burocrático, quero adiantar um serviço, encaminhando o usuário para serviços, mas sempre encontro barreira, por questões econômicas, de retenção de gasto e de custo. Muitas coisas dificultam até esse próprio processo de trabalho de hoje o PSF não pode ser de um enfermeiro só, ele não consegue fazer todas as coisas que gostaria, também as regras que acontecem que eles querem, mas que na zona rural é diferente. Na zona urbana eles querem determinar a quantidade de famílias, na zona urbana você vai num lugar que às vezes é longe pra voltar no outro dia naquele mesmo lugar porque eles querem que visite só uma quantidade de família naquele dia. Então, ter que trabalhar na zona rural e esse negócio da gente fazer o cronograma, isso dificulta. Eles mandam fazer o cronograma a gente faz pra visitar aquelas pessoas quando chega lá encontra uma família em casa, não encontra outra, às vezes vai duas, três vezes na mesma casa não encontra de novo, e às vezes ter que trabalhar à noite, não é muito, é porque a pessoa não se encontra durante o dia em casa eu tenho que fazer aquela visita, não tenho como deixar sem visitar, por exemplo: eu tenho uma gestante e é uma coisa que eu tenho que tá acompanhando, é prioridade e ela só se encontra em casa a partir das 5:30h da tarde. Eu acho que a rotina do PSF é uma dificuldade é sempre as mesmas pessoas, as mesmas caras, era bom se fosse mudado, nos pacientes até que não, porque sei que o atendimento do SUS é para todos que eles que procuram tem a vaga tem a ficha, vai ter que ser atendido, agora a própria rotina do programa do PSF se fosse mudada de vez em quando, vamos pra rua, vamos pra aquela praça ali, medir a pressão lá, seria melhor, não só dentro da unidade, tá saindo – DSC 05 (05 /49).

No DSC 05 é revelada a questão econômica como fator limitante para atuação da equipe. Essa realidade é encontrada em outro município de pequeno porte em Minas Gerais, onde essa insuficiência de recurso gera a falta de transporte, de material e a precariedade da infraestrutura das ESF²¹.

Dessa maneira, o sujeito coletivo evidencia sobrecarga do enfermeiro em função das atribuições assistenciais e gerenciais e sugere a alocação de dois enfermeiros na ESF para

solucionar o problema. Ao pesquisar sobre essa temática em município de pequeno porte do Rio Grande do Sul também se observou essa sobrecarga e como estratégia propõe-se a contratação de mais profissionais de nível médio para reduzir a demanda de procedimentos assistenciais para o enfermeiro²⁵. A legislação preconiza um enfermeiro por equipe, sendo as atividades gerenciais atribuições comuns à equipe⁶. O enfermeiro assume a função gerencial diante do histórico profissional de protagonismo na organização dos serviços²⁶.

Ainda nesse discurso é descrito o uso do cronograma de forma estanque, desconsiderando a singularidade dos processos de trabalho, o exercício do trabalho vivo em ato na modificação das tecnologias sempre que necessário, e a operação do poder criativo dos agentes imbricados no processo². Percebe-se, também, a incompatibilidade de horário do *modus operandi* da ESF com o da população trabalhadora. Entretanto, algumas realidades operam com experiências positivas: a implantação da ESF em horário integral ou com funcionamento até as 19 horas⁴.

Assim, o coletivo representado no discurso denuncia a carência de programação de atividades extramuros. Em estudo realizado em Vitória da Conquista, na Bahia, também foi constatada a incipiência de ações que extrapolassem os muros da unidade e dos domicílios²⁷. O segundo discurso dessa temática, o DSC 06, originou-se da ideia central “*Desejos e viabilidade*”. Segue-se o discurso:

É aquela coisa que as pessoas pedem pra você fazer e você não tem como ajudar, porque às vezes o exame mesmo tem gente que pede pra eu marcar, exame de laboratório, não tem como, porque uma que não é minha função e outra que a gente não tem prioridade no município pra poder ter uma pessoa pra pedir pra marcar, se tivesse assim uma pessoa lá, cada agente manda dois exames por mês a gente ia escolher aqueles mais precisados, aqueles mais necessitados que não têm condição de pagar e dar prioridade pra essas pessoas, mas infelizmente a gente não tem. Quando você não pode ajudar, por exemplo, chega uma pessoa e eu falar que o médico não veio ou que a enfermeira não tá, aí fica difícil, não posso ajudar como gostaria. Quando você encontra um paciente e você não consegue fazer mais nada por ele, quando você vem pra salvar uma vida e não consegue, eu acho que a dificuldade é essa, porque nós estamos aqui pra salvar vidas – DSC 06 (04/49.)

Nota-se, portanto, que a impossibilidade da ajuda relatada pelo sujeito coletivo, diante da limitação de suas ações e por ocorrência de demandas que estão além das suas atribuições, gera um custo afetivo elevado para o trabalhador, o que pode interferir no seu processo saúde-doença²².

Na observação participante, foi possível perceber a existência de equipes completas e unidades mais preparadas do que outras quanto a itens de primeiros socorros e de emergência, o que identifica heterogeneidade na densidade tecnológica das ESF e graus de implantação da ESF igualmente diferentes²⁸.

Dessa forma, com base na fala do sujeito coletivo, percebe-se que o processo de trabalho na ESF não foi capaz de modificar algumas realidades. Na perspectiva conceitual, o trabalho deve transformar seu objeto de intervenção e a sua finalidade deve consistir em atender às necessidades identificadas e/ou reveladas pelos usuários. O trabalhador deve ter mais espaço na implementação de estratégias para melhoria do acesso aos serviços de média e alta complexidade²⁴ e ao mesmo tempo usar a criatividade e a aprendizagem cotidiana para dar soluções aos problemas identificados²⁹.

Vale destacar que, ao mesmo tempo, deve-se considerar a necessidade de reflexão por parte desses trabalhadores sobre os seus objetos de trabalho e finalidades, pois a insatisfação pode estar associada a uma finalidade de trabalho inatingível.

Temática 3: Encontrar uma reorganização do processo de trabalho mais adequada a cada equipe e realidade de saúde

Essa temática emergiu da ideia central: “ausência de organização no atendimento”, originando o DSC 07, a seguir.

Tem o fato de: "não pude vir tal dia", aí faz aquela mistura é dia de hiperdia chega um que não é de hiperdia no dia, chega um hipertenso no dia do pré-natal, acho que dificulta. Também tem como dificuldade a demanda, o agendamento, pra um município de quase 15.000 pessoas, aqui só a nossa área é quase 4.200 pessoas pra duas equipes e o agendamento é muito pouco, o doutor não tem como se transformar em dez pra poder atender a tanta gente, não tem como a gente ficar trazendo todo mundo, é difícil também a enfermeira atender todos do mesmo jeito que poderia ser tratado, não tem como, eu acho que deveria ter dois postos de saúde pra desenvolver um trabalho bom, direito, mais com a comunidade, como deveria ser feito, duas unidades de programa de saúde da família. O que torna mais difícil pra mim é a quantidade de papel para preencher, porque todo dia além dos atendimentos, que são muitos, que vem à procura da unidade e tenho que atender, tem que preencher todos os papéis, cada dia aparece uma coisa nova e isso acaba atrasando, acaba prejudicando, se você for fazer um trabalho que dá pra fazer 100% você nunca completa o 100% porque sempre fica uma coisinha porque não deu tempo pra fazer – DSC 07 (04/49).

O sujeito coletivo evidencia que o não cumprimento do “cardápio assistencial” implantado interfere na organização do processo de trabalho, desconsiderando a premissa de ser o serviço organizado na lógica usuário/centrado, não suprimindo as reais necessidades dos

usuários. Estudo realizado com médicos sugere que o profissional pode estar mais preocupado com as diretrizes de organização da ESF do que com as reais necessidades do usuário³⁰.

O DSC 07 revela, ainda, a sobrecarga dos trabalhadores em função da demanda assistencial. O atendimento à demanda como atividade central leva à sobrecarga dos trabalhadores diante da desproporção demanda/oferta e da pressão por assistência em locais com população dispersa^{29,21,23}. A legislação preconiza um quantitativo de 1500 a 4500 pessoas adscritas à ESF⁶, sendo assim a realidade vivenciada pelo sujeito coletivo está condizente com a legislação.

Ao mesmo tempo a carga de trabalho administrativo na ESF compromete o processo de trabalho da equipe, a exemplo o preenchimento dos papéis referentes aos programas e alimentação dos sistemas de informação.

Assim, na observação participante, identificou-se heterogeneidade na organização do processo de trabalho das ESF, na qual ocorria assistência aos usuários sob a lógica predominante do “cardápio” assistencial ou sob a relação queixa-conduta direcionada à demanda espontânea. Não foi possível avaliar se os serviços estão organizados na perspectiva usuário-centrada ou na concepção dos profissionais de saúde.

Temática 4: Provocar trabalhadores à saída da inércia e da conformidade

Nessa última temática emergiu apenas um discurso:

Não tem nada que dificulte, não tenho do que reclamar – DSC 08 (04/49).

O trabalho em saúde, por si só é complexo²⁸ e na ESF demanda mudanças no direcionamento e no modo de produção de práticas sanitárias, onde o trabalhador deve desenvolver competências relacionais, buscando conhecer o contexto socio-sanitário dos usuários referenciados e exercer um cuidado integral²⁰.

O sujeito coletivo não percebe dificuldades em seu processo de trabalho, o que pode relacionar-se com a passividade do profissional frente ao julgamento de suas práticas e das condições inerentes a elas e ao distanciamento do referencial que subsidia as ações da ESF⁹.

Dessa maneira, a diversidade de dificuldades relatadas e até mesmo a ausência do relato de dificuldades evidencia a relevância da problematização do processo de trabalho por aqueles que estão operando as práticas de saúde no cotidiano das ESF⁹, por isso convidar esse trabalhador à reflexão do seu fazer diário e provocá-lo à saída dessa inércia pode representar um horizonte a ser seguido para efetivação de práticas condizentes com a reorientação do

modelo assistencial e, conseqüentemente, a consolidação de um Sistema de Saúde Municipal condizente com os princípios do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a identificação de desafios para a produção de práticas de saúde na ESF, ou seja: o distanciamento entre usuários/família, equipes e gestão, a dependência por transporte, os baixos níveis econômicos e de compreensão da população e a passividade de alguns profissionais frente à complexidade desse processo de trabalho.

Os desafios foram diversos e percebidos como obstáculos reais para uma implantação adequada da ESF como proposta dinamizadora do SUS e em consonância com seus princípios norteadores.

Ao mesmo tempo, a realidade municipal apresenta-se permeada de especificidades não contempladas pela legislação sanitária. O que revela a necessidade do exercício da autonomia da gestão municipal, principalmente na identificação das características de seus territórios-processos e na busca pela implantação de um sistema de saúde mais próximo de sua realidade, adotando, inclusive, a gestão participativa e a corresponsabilidade. Essa pesquisa pode suscitar novas experiências a serem implantadas para vencer os desafios evidenciados nos *lôcus* de atuação das equipes.

Os municípios de pequeno porte representam um quantitativo significativo do território brasileiro e a reorganização do modelo de atenção em saúde em seus serviços e por seus atores sociais pode representar avanços igualmente significativos no território nacional.

Nesse sentido, constataram-se como limitações a existência de poucos estudos realizados em municípios de pequeno porte e que abordem a problematização do processo de trabalho em saúde por toda a equipe, entendendo-a como um coletivo.

Enfim, propõe-se que novos estudos devam confrontar a finalidade do processo de trabalho desenvolvido nessas ESF, se busca, de fato, a reorientação do modelo de atenção à saúde e se essa reorientação atende aos anseios da população.

REFERÊNCIAS

1. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos Cefor, 1 - Série textos. São Paulo: centro de formação de trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

2. Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
3. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular. Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. 2004. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>> Acesso em: 26 de novembro de 2013.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
5. 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.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.488 de 21/11/2011. Diário Oficial da União. 2011.
7. Teixeira CF, Paim, JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Teixeira, Carmem Fontes (org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPIS-ISC, 2002.
8. Silva LA, Casotti CA, Chaves SNL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Revista Ciência e saúde coletiva. 2013; 18(1): 221-232.
9. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4): 956-61
10. IBGE: Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Sinopse do Censo Demográfico Brasileiro. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=21&uf=29>, acessado em: 16/08/2014.
11. IBGE: Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Mapa de pobreza e desigualdade – municípios brasileiros. Fonte IBGE, Censo demográfico 2000 e Pesquisa de orçamentos familiares POF 2002/2003.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMCO. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
13. Duarte SJ, Mamede MV, Andrade SMO de. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. Saúde Soc. São Paulo. 2009; 18 (4): 620-626.
14. Barros DM, Sá M de C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2473-2482.

15. Cardoso TZ, Pereira MJB, Campos LV de OC et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. *Rev. Bras Enferm.* 2011 nov.-dez.; 64 (6).
16. Cecílio LCDM. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Rev. Saúde Soc. São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.
17. Paula KA de, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004 mar.-ago.; 8 (15): 331-48.
18. Trad LAB. A Família na Agenda das Políticas Públicas de Saúde: Desafios para Gestores e Equipes de Saúde In: Trad LAB. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Trad LAB. (organizadora). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
19. Costa GD da, Cotta RMM, Ferreira M de L da SM et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009 jan-fev; 62 (1): 113-8.
20. Ayres JR de CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2001 jan.; 6 (1): 63-72.
21. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15(3):7-18.
22. Shimizu HE, Carvalho Junior DA de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Rev. Ciência e saúde coletiva.* 2012; 17(9): 2405-2414.
23. Trad LAB, Rocha AAR de M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(3): 1969-1980.
24. Rocha P de M, Uchoa A da C, Rocha N de SP et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24 Sup 1: S69-S78.
25. Pavoni DS, Medeiros CR. G. Processos de trabalho na Equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009, mar-abril; 62 (2): 265-7.
26. Melo RC, Machado MÉ. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(4): 61-67.
27. Teixeira CF, Solla JP. Gestão do processo de implantação do PSF no município de Vitória da Conquista, Bahia, 1998-2002. In: Teixeira; Solla. *Modelo de Atenção à Saúde, promoção, vigilância e Saúde da Família.* Editora Edufba, Salvador-BA, 2006.

28. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde Porto Alegre: Rede UNIDA, 174 p. 2014.
29. Noronha MGR da C e S, Filho DLL. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(3): 1745-1754.
30. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 1494-1504.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade do município revelou características peculiares e não contempladas pela legislação sanitária, interferindo no desempenho do processo de trabalho das equipes de ESF, ou seja, baixa densidade demográfica, população com baixos níveis socioeconômicos e baixos indicadores sanitários.

Percebeu-se ainda que as práticas sanitárias locais são realizadas por profissionais jovens, do gênero feminino, com profissionais de nível médio configurando maior período de permanência e atuação nas equipes, principalmente os ACS em função de serem funcionários concursados.

Além disso, notou-se que as ESF ampliaram o acesso na atenção à saúde municipal, entretanto os profissionais, com exceção dos ACS, continuam desconhecendo a totalidade da população adscrita na ESF e, ao mesmo tempo, por desconhecerem a totalidade do território, não contemplam a realidade social do usuário como seus objetos de trabalho. Evidenciam-se, ainda, diferentes níveis de implantação do processo de trabalho na ESF, onde algumas equipes e práticas de trabalhadores apresentam mais avanços do que outros.

Com esta pesquisa, avaliou-se também que a produção de práticas de atenção à saúde nas ESF do município analisado segue parcialmente o modelo prescritivo proposto pelo Ministério da Saúde, posto que em determinadas atividades reinventam parte desse processo de trabalho. Entretanto, percebe-se ainda uma forte influência do modelo hegemônico de atenção à saúde, com seguimento inclusive de moldes hospitalares.

Assim, na descrição de suas atividades, os trabalhadores valorizaram algumas atribuições do processo de trabalho em detrimento de outras, utilizam mais tecnologias duras e leve-duras e relatam a integração entre a equipe, principalmente nas atividades extramuros, tendo o ACS como mediador. Foram identificados como desafios nesse processo de trabalho: o distanciamento físico, terapêutico e gerencial entre usuários/família, equipes e gestão; a dependência por transporte nem sempre suprida; baixos níveis econômicos e de compreensão da população; e a passividade de alguns profissionais frente à complexidade desse processo de trabalho.

Evidencia-se ainda a necessidade de que a gestão municipal mobilize maior integração técnica entre as equipes no intuito de propor uma lógica orientadora das ações em saúde de todo o território.

Diante disso, percebe-se a necessidade de investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores para o enfrentamento de dificuldades e potencialização de seus trabalhos vivos em ato. Destaca-se ainda a necessidade da maior utilização de tecnologias leves com investimento em estratégias relacionais de acolhimento, vinculação, corresponsabilidade e educação continuada entre trabalhadores e entre esses e os usuários, tornando os últimos protagonistas, também, no cotidiano das ESF.

Com base neste estudo, constatou-se que algumas características evidenciadas podem representar realidade semelhante de territórios sanitários de outros municípios de pequeno porte, no entanto o estudo teve como limitações a existência de poucos estudos realizados nesses municípios sobre a temática processo de trabalho sob a ótica dos trabalhadores de saúde.

Finalmente, sugerem-se novos estudos que procurem avaliar se a atuação dos agentes possui como finalidade a reorientação do modelo de atenção à saúde e se essa reorientação atende aos anseios da população.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.

ANTUNES, Ricardo. (Org.). **Os sentidos do Trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. **O Caracol e sua Concha**: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

BACELAR, Winston Kleiber de Almeida. **Pequena Cidade**: uma caracterização. V Encontro de pesquisas "Agricultura, desenvolvimento regional e transformações socioespaciais, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, novembro 2009.

BAHIA, Secretaria do Estado de Saúde. **Resolução CIB: nº 132 de 20 de setembro de 2007**. Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP-2007_atualizado_em_16-04-2008.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2013

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARROS, Delba Machado; SÁ, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5):2473-2482, 2010.

BRASIL, 1990. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no território nacional. Diário oficial da união. 1990

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – documento para discussão. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). **Portaria nº 648 de 21 de março de 2006**. Diário oficial da união. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488 de junho de 2011**. Revisa a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras diretrizes. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)** [online]. vol.16, n.40 [cited 2014-11-09], pp. 249-260, 2012.

CAPISTRANO FILHO, D. O. **Programa de Saúde da Família em São Paulo**: Estudos Avançados 1999; 13(35): 89-100.

CARDOSO, Tauani Zampieri et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 64, núm. 6, novembro-diciembre, 2011.

CNDSS. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 21 dez. 2013.

COPQUE. Helen Lúcia Freitas; TRAD. Leny Alves Bomfim. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2005; 14(4): 223 – 233, 2005.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, jan-fev; 62 (1): 113-8, 2009

COTTA R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2006;15(3):7-18.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Campos. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.961-970, 2011

DAB, Diretoria da Atenção Básica. Secretaria de Assistência a Saúde. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 08 de outubro de 2013.

_____. Diretoria da Atenção Básica. **Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF distribuído por Porte Populacional**. Agosto 2011.

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_esf_percent_cobertura.jpg> Acesso em: 08 de outubro de 2013.

DIPRO, Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**, 2013. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/, acessado em 12 de outubro de 2013.

DUARTE, Sebastião Junior; MAMEDE, Marli Vilela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009.

SCOREL et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007

FARIA, Iana Bárbara Ramalho et al. O Processo de Trabalho em Saúde da Família no contexto do interior da Amazônia. **Rev. Cogitare Enferm.** Abr/Jun; 15(2):231-7, 2010

FARIA, Helayne Ximenes; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos, **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde Porto Alegre: Rede UNIDA, 174 p. - 2014.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006, p.53-124.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Rev. Esc. Enferm. USP** 46(3): 657-64, 2012.

GALAVOTE, Heletícia Escabelo et al.. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface** (Botucatu), v.17, n.46, p.575-86, jul./set. 2013.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA Lúgia; SCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al.. **Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Aracaju (SE)**. [relatório final da pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fio- cruz; 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO (IBGE). **Mapa de pobreza e desigualdade** – municípios brasileiros. Fonte IBGE, Censo demográfico 2000 e Pesquisa de orçamentos familiares POF 2002/2003.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico Brasileiro**. 2010a . Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=21&uf=29>, acessado em: 16/08/2014.

_____. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. **Estudos e pesquisas informações geográficas número 7**. Rio de Janeiro, 2010b.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educus, 2005.

LÈFEVRE, Fernando; LÈFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa Marques. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1193-1204, 2009.

MARQUI et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2010; 44(4): 956-61.

MARX, K. **O capital**: extratos por Paul Lafargue. (Trad.) Abguar Bastos. 2 ed. São Paulo: Ed Conrad, 2005.

MATUMOTO, S, et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 2009- novembro-dezembro; 17(6)

MELO, Rafael Cerva, MACHADO, Maria Élide. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013; 34(4): 61-67.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor**, 1 - Série textos. São Paulo: centro de formação de trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

_____, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1998. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.). **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS – contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro – RJ, 2010

MITRE; Sandra Minardi, ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8): 2071-2085, 2012

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; FILHO, Domingos Leite Lima. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3): 1745-1754, 2011.

OLIVEIRA, Ana Karla Sousa de et al. Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. **Rev. Esc Enferm. USP**; 46(4):953-9, 2012.

PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na Equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, mar-abril; 62(2): 265-7, 2009.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1): 75-91,2002.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. São Paulo, 2007. p. 247.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA; LIMA. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde**: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar, 2005.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446, mar-abr, 2004.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1525-1532, 2007.

ROCHA, Paula de Medeiros et al., Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S69-S78, 2008.

SÁ, Elisete Trovão de et al. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):461-7.

SHIMIZU, Helena Eri; ALVÃO, Daniel de Carvalho Junior. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, 17(9): 2405-2414, 2012.

SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica. **Relatórios municipais**. Competência Março/2014.

SILVA, Livia Angeli Silva; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Rev. Ciência e saúde coletiva**. 18(1): 221-232, 2013.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny Alves Bonfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SPAGNUOLO, Regina Stella; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Between the processes of strengthening and weakening of the Family Health Strategy, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2013, mai-jun; 66(3): 366-71.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Os desafios para o SUS e a educação popular**. Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. 2004. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>> Acesso em: 26 de novembro de 2013.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. SOLLÁ, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde promoção, vigilância e saúde da família**. EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes (org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

TRAD, Leny Alves Bonfim. A Família na Agenda das Políticas Públicas de Saúde: Desafios para Gestores e Equipes de Saúde In: TRAD, L. A. B. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. TRAD, L. A. B organizadora. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.

TRAD, Leny Alves Bonfim; ROCHA, Ana Angélica R de Menezes. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1969-1980, 2011.

VASCONCELOS, Fernanda Gaspar Antonini; ZANIBONI, Marilu Ramos Gonçalves. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1): 1494-1504, 2011.

YIN, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Ed. Bookman, 3ª edição. Porto Alegre 2005

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor(a),

Com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, convidamos o Senhor (a) a responder uma entrevista onde constam questões que tratam da organização do processo de trabalho e da assistência à saúde dos municípios. Ressalto que além desta entrevista pretende-se realizar a observação livre. Esclarecemos que os dados coletados serão analisados e provavelmente serão divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantindo o anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes da saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família e usuários do serviço da ESF. Esta pesquisa poderá servir de parâmetros para uma melhor compreensão das ações da Estratégia Saúde da Família que vem sendo desenvolvidas neste município. A referida pesquisa será realizada por discentes e docentes do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e outros discentes do Departamento de Saúde desta instituição.

Esperando contar com vossa colaboração, agradecemos vossa atenção desde já colocando-nos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida, são: UESB: (073) 3528-9738; Cezar Casotti: (073) 3526-1306.

Sem mais, aproveito para reiterar os meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

.....
Cezar Augusto Casotti
Coordenador do Projeto

.....
Mayra Gomes dos Santos
Pesquisadora do Projeto

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa “A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito desistir da mesma, a qualquer momento.

_____, ____/____/2014

.....
Nome do Entrevistado

.....
Assinatura do Entrevistado

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA:
TRABALHADOR DE NÍVEL MÉDIO (ACS)**



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



GOVERNO DA
Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO - ACS

Nº _____

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

01 – Idade ()

02 – Gênero: Masculino () Feminino()

03 - Reside no município? Sim () Não (). Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

04 – Escolaridade: fundam. () médio incompl. () médio completo () sup. incompl. ()

sup. completo () pós-graduado ()

05 - Tempo de exercício profissional: _____

06 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____

07 - Tipo de vínculo: contratado () concursado () cedido ()

08 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Em caso afirmativo, qual a área?

09 – Qual o seu entendimento em relação à ESF?

II – ATRIBUIÇÕES COMUNS NO PROCESSO DE TRABALHO

10 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?

11- Dessas atividades quais você desenvolve sozinho (a) e quais desenvolve em equipe?

12 - Existem vantagens em trabalhar sozinho (a)? Quais?

13- Existem desvantagens em trabalhar sozinho (a)? Quais?

14 - Existem vantagens em trabalhar em equipe? Quais?

15 - Existem desvantagens em trabalhar em equipe? Quais?

16 - Como são distribuídas diariamente estas atividades relacionadas ao seu trabalho?

17 - Quais recursos (materiais, instrumentos, capacitações, equipamentos, infra-estrutura, outros) você utiliza nesse trabalho? Sente falta de algum?

18- Quais os resultados que você pretende alcançar ao assistir as famílias? (O que espera alcançar com ela?)

19 - Quantos usuários em média você visita diariamente? Com que frequência cada família é visitada? As visitas são planejadas? Como essas famílias são priorizadas?

- 20 – A quem (da equipe de saúde municipal) você disponibiliza as informações colhidas sobre usuários/famílias/comunidade? Como e em que momento você disponibiliza essas informações?
- 21 - Quais os principais motivos que fazem com que o usuário procure essa USF?
- 22 – De que forma é recebida a demanda espontânea?
- 23 - De que forma é recebida a demanda programada?
- 24 - Qual a forma utilizada para priorizar o atendimento diário?
- 25 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Quais os membros da equipe que realizam e onde são realizadas?
- 26 - A equipe desenvolve ações de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Quais os membros da equipe que realizam?
- 27 - De que forma é planejado o funcionamento da USF? (é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Discute-se entre a equipe? E entre coordenadores, gestores e trabalhadores da equipe?)
- 28 - Quando ocorreu a última territorialização/mapeamento da área de abrangência dessa USF? Como aconteceu? Quais profissionais participaram?
- 29 - Como é feita a atualização do cadastro das famílias e com que frequência? Quais os profissionais envolvidos?
- 30 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de especialidades médicas, exames complementares/diagnósticos e cirúrgicos?
- 31 - São encontradas facilidades nesse processo?
- 32- São encontradas dificuldades nesse processo?
- 33 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal?
- 34 – São realizadas reuniões de equipe? Você participa dessas reuniões? Se afirmativo, com que frequência?
- 35- Quais profissionais participam dessa atividade?

VI – OUTROS

- 36 – Qual a sua avaliação da estrutura física do seu local de trabalho e das condições do seu trabalho externo? (O que você melhoraria? Ou o que deixaria como está?)
- 37– Quais as facilidades encontradas no exercício de sua função?
- 38 - Quais as dificuldades encontradas no exercício de sua função?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

Nº _____

Data ___/___/___

Aux. Enf () Téc. de Enfermagem

I – PERFIL (formulário)

01 – Idade ()

02 – Gênero: Masculino () Feminino ()

03 - Reside no município? Sim () Não ().

04 – Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

05 – Escolaridade: fundam. () médio incompl. () médio completo () sup. incompl. ()
 sup. completo () pós-graduado ()

06 - Tempo de exercício profissional: _____

07 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____

08 - Tipo de vínculo: contratado () concursado () cedido ()

09 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Em caso afirmativo, qual a área?

10 – Qual o seu entendimento em relação à ESF?

II – ATRIBUIÇÕES COMUNS NO PROCESSO DE TRABALHO

11 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?

12- Dessas atividades quais você desenvolve sozinho (a) e quais desenvolve em equipe?

13- Existem vantagens em trabalhar sozinho (a) ? Quais?

14 - Existem desvantagens em trabalhar sozinho (a)? Quais?

15 - Existem vantagens em trabalhar em equipe? Quais?

16 - Existem desvantagens em trabalhar em equipe? Quais?

17 – Como são distribuídas diariamente estas atividades relacionadas ao seu trabalho?

18- Quais recursos (materiais, instrumentos, capacitações, equipamentos, infra-estrutura, outros) você utiliza nesse trabalho? Sente falta de algum?

19- Quais os resultados que você pretende alcançar ao assistir as famílias? (O que espera alcançar com ela?)

20 - Quantos usuários em média você atende diariamente?

- 21 - Quais os principais motivos que fazem com que o usuário procure essa USF?
- 22 – De que forma é recebida a demanda espontânea?
- 23 - De que forma é recebida a demanda programada?
- 24 – Existe priorização no atendimento diário? Qual?
- 25 – Na USF são realizados atendimentos às pequenas urgências? Quais?
- 26- Você realiza visita domiciliar? Com que frequência? São planejadas? Como são escolhidas as famílias a serem visitadas?
- 27 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Quais os membros da equipe que realizam e onde são realizadas?
- 28 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Quais os membros que realizam?
- 29 - De que forma é planejado o funcionamento da USF? (é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Discute-se entre a equipe? E entre coordenadores, gestores e trabalhadores da equipe?)
- 30- Quando ocorreu a última territorialização/mapeamento da área de abrangência dessa USF? Como aconteceu? Quais profissionais participaram?
- 31 - Como é feita a atualização do cadastro das famílias e com que frequência? Quais os profissionais envolvidos?
- 32- Existe referência e contra-referência nesta USF? Como acontece?
- 33 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de especialidades médicas, exames complementares/diagnósticos e cirúrgicos?
- 34 - São encontradas facilidades nesse processo?
- 35- São encontradas dificuldades nesse processo?
- 36 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal?
- 37 – São realizadas reuniões de equipe? Você participa dessas reuniões? Se afirmativo, com que frequência?
- 38 - Quais profissionais participam dessa atividade?
- VI – OUTROS**
- 39 – Qual a sua avaliação da estrutura física do seu local de trabalho? (O que você melhoraria? Ou o que deixaria como está?)
- 40- Quais as facilidades encontradas no exercício de sua função?
- 41 - Quais as dificuldades encontradas no exercício de sua função?
-

**APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA:
RECEPCIONISTA**



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



**ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO -
RECEPCIONISTA**

Nº _____

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

01 – Idade ()

02 – Gênero: Masculino () Feminino()

03 - Reside no município? Sim () Não ().

04 – Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

05 – Escolaridade: fundam. () médio incompl. () médio completo () sup. incompl. ()
sup. completo () pós-graduado ()

06 - Tempo de exercício profissional: _____

07 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____

08 - Tipo de vínculo: contratado () concursado () cedido ()

09 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Em caso afirmativo, qual a área?

10 - Qual o seu entendimento em relação à ESF?

II – ATRIBUIÇÕES COMUNS NO PROCESSO DE TRABALHO

11 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?

12- Dessas atividades quais você desenvolve sozinho (a) e quais desenvolve em equipe?

13 - Existem vantagens em trabalhar sozinho (a) ? Quais?

14- Existem desvantagens em trabalhar sozinho (a)? Quais?

15 - Existem vantagens em trabalhar em equipe? Quais?

16 - Existem desvantagens em trabalhar em equipe? Quais?

17 - Como são distribuídas diariamente estas atividades relacionadas ao seu trabalho?

18 - Quais recursos (materiais, instrumentos, capacitações, equipamentos, infra-estrutura, outros) você utiliza nesse trabalho? Sente falta de algum?

19- Quais os resultados que você pretende alcançar ao assistir as famílias? (O que espera alcançar com ela?)

20 - Quantos usuários em média você recebe diariamente?

21 - Quais os principais motivos que fazem com que o usuário procure essa USF?

- 22 – Como é recebida a demanda espontânea?
- 23 - Como é recebida a demanda programada?
- 24 – Existe priorização no atendimento diário? Qual?
- 25 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Quais os membros da equipe que realizam e onde são realizadas?
- 26 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Quais os membros da equipe que realizam?
- 27 - Como é planejado o funcionamento da USF? (é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Discute-se entre a equipe? E entre coordenadores, gestores e trabalhadores da equipe?)
- 28 - Quando ocorreu a última territorialização/mapeamento da área de abrangência dessa USF? Como aconteceu? Quais profissionais participaram?
- 29 – Como é feita a atualização do cadastro das famílias e com que frequência? Quais os profissionais envolvidos?
- 30 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de especialidades médicas, exames complementares/diagnósticos e cirúrgicos?
- 31 - São encontradas facilidades nesse processo?
- 32- São encontradas dificuldades nesse processo?
- 33 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal?
- 34 – São realizadas reuniões de equipe? Você participa dessas reuniões? Se afirmativo, com que frequência?
- 35 - Quais profissionais participam dessa atividade?

VI – OUTROS

- 36 – Qual a sua avaliação da estrutura física do seu local de trabalho? (O que você melhoraria? Ou o que deixaria como está?)
- 37- Quais as facilidades encontradas no exercício de sua função?
- 38 - Quais as dificuldades encontradas no exercício de sua função?
-

**APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA:
TRABALHADOR DE NÍVEL SUPERIOR**



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE NÍVEL SUPERIOR

Nº _____

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

01 – Idade ()

02 – Gênero: Masculino () Feminino ()

03 - Reside no município? Sim () Não ().

04 – Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

05 - Formação graduação: _____

06 - Formação pós-graduação: _____

07 - Tempo de exercício profissional: _____

08 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____

09 - Tipo de vínculo: contratado () concursado () cedido ()

10 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Qual a área?

11 - Qual o seu entendimento em relação à ESF?

II – PROCESSO DE TRABALHO – ATRIBUIÇÕES COMUNS

12 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?

13- Dessas atividades quais você desenvolve sozinho (a) e quais desenvolve em equipe?

14 - Existem vantagens em trabalhar sozinho (a)? Quais?

15 - Existem desvantagens em trabalhar sozinho (a)? Quais?

16 - Existem vantagens em trabalhar em equipe? Quais?

17- Existem desvantagens em trabalhar em equipe? Quais?

18 - Quais recursos você utiliza para assistir as famílias (materiais, instrumentos, capacitações, transporte, infra-estrutura)? Sente falta de algum?

19- Qual a finalidade pretendida por você ao assistir as famílias? (O que espera alcançar com ela?)

20 - Quais os principais motivos que fazem com que o usuário procure essa USF?

21 – De que forma é recebida a demanda espontânea?

22 - De que forma é recebida a demanda programada?

23 - Qual o modo utilizado para priorizar o atendimento diário?

- 24 - São garantidos atendimentos às pequenas urgências? Quais?
- 25 - Quantos usuários em média você atende diariamente?
- 26 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Quais os membros da equipe que realizam e onde são realizadas?
- 27 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Quais os membros que realizam?
- 28 - De que forma é planejado o funcionamento da USF? (é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Discute-se entre a equipe? E entre coordenadores, gestores e trabalhadores da equipe?)
- 29 - Você realiza visita domiciliar? Com que frequência? São planejadas? Como são escolhidas as famílias a serem visitadas?
- 30 - Quando ocorreu a última territorialização/mapeamento da área de abrangência dessa USF? Como aconteceu? Quais profissionais participaram?
- 31 - Como é feita a atualização do cadastro das famílias e com que frequência? Quais os profissionais envolvidos?
- 32 - Existe referência e contra-referência nesta USF? Como acontece?
- 33 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade?
- 34 - São encontradas facilidades ou dificuldades nesse processo?
- 35 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal?
- 36 - São realizadas reuniões de equipe? Você participa dessas reuniões? Se afirmativo, com que frequência?
- 37- Quais profissionais participam dessa atividade?

VI – OUTROS

- 38 – Qual a sua avaliação da estrutura física do seu local de trabalho? (O que você melhoraria? Ou o que deixaria como está?)
- 39 – Quais as facilidades encontradas no exercício de sua função?
- 40– Quais as dificuldades encontradas no exercício de sua função?
-

APÊNDICE F – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



TERRA DE TODOS NÓS

Roteiro de observação sistemática

Município _____

Unidade _____

Nº de Equipe por unidade _____

População coberta _____

➤ Processo de trabalho

01	Quem recebe o usuário que chega ao serviço?	
02	É realizado acolhimento? Como acontece?	
03	Qual o fluxo que se segue após o acolhimento/recepção?	
04	É realizado algum tipo de triagem? Como? Por quem?	
05	Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados?	
06	Como os prontuários estão organizados?	
07	Quais as formas de acesso ao serviço?	
08	O diagnóstico precoce é propiciado?	
09	Como é feito o agendamento dos atendimentos?	
10	Como a agenda dos profissionais de nível superior é construída? (baseia-se no perfil da comunidade? Foi discutida com a comunidade?)	
11	Qual é a agenda de cada um desses profissionais?	
12	Qual é a periodicidade das reuniões de equipe?	
13	Como é a participação da equipe na reunião?	
14	São trabalhados os dados da população local para planejar ações?	
15	Quais as atividades preventivas que são desenvolvidas? Como são planejadas e priorizadas?	
16	Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social? Como?	
17	As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de forma clara e acessível? Como se dá esse processo?	
18	Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço? Como acontece?	
19	Possui recursos para registros de sugestões e estes estão ao alcance dos usuários? Qual?	
20	A ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe? Como acontece?	
21	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços? Como?	
22	Como são feitos os encaminhamentos para outros serviços?	
23	Como está sendo feita a referência e contra- referência?	
24	Como são realizadas as atividades educativas? Quem faz? Onde? Para quem? Sobre o quê?	
25	Atividades de promoção à saúde são desenvolvidas em algum momento? Qual o fluxo dos sistemas de informação?	
26	Como é a relação da ESF com as vigilâncias?	

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 265/2009

Ilmo. Sr.

Prof. Cezar Augusto Casotti

Departamento de Saúde – UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **080/2009**

Projeto: **A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: **Prof. Cezar Augusto Casotti (coordenador)**
Lígia Marques Vidal (colaboradora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Ana Barbosa
Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXO B – NORMAS PARA OS AUTORES DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira

ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas

nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegriani MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de*

adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação].
Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

ANEXO C – NORMAS PARA OS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Categorias de Manuscritos

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

A **REBEn** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à **REBEn** deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a

palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à **REBE**n deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a **primeira página** do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes

dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) **Resumo e Descritores**

O resumo e os descritores iniciam uma **nova página (a segunda)**. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<<http://decs.bvs.br>>).

c) **Corpo do texto**

O corpo do texto inicia **nova página (a terceira)**, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) **Agradecimentos (opcional)**

Os agradecimentos, **quando houver**, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) **Referências**

O número de referências deve ser limitado a **trinta (30)** nos artigos de **Pesquisa** e a **dez (10)** nos artigos de **Reflexão** e **Relato de Experiência**. Para os artigos de **Revisão** não se

estabelecem limites no número de referências, ressaltando-se, porém, a necessidade de se atentar para o número máximo de páginas desta categoria de manuscrito, que deve ser rigorosamente observado. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine* – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.