

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.