

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
[MESTRADO PROFISSIONAL] – PPGSCol**

**EDUARDO COSTA**

**DESAFIO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM CAXIAS DO SUL/RS**

**CRICIÚMA, 2019**

**EDUARDO COSTA**

**DESAFIO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM CAXIAS DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense, como Requisito para o título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto.

CRICIÚMA, 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C837d Costa, Eduardo.

Desafio do processo de trabalho na estratégia de saúde da família em Caxias do Sul/RS / Eduardo Costa. - 2019.  
105 p.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2019.

Orientação: Jacks Soratto.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Saúde pública. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1

**DESAFIO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM CAXIAS DO SUL/RS**

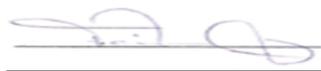
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do grau de **Mestre em Saúde Coletiva** na área de concentração Gestão do cuidado e educação em saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 21 de fevereiro de 2019.

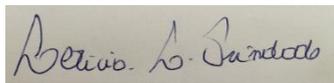
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Jacks Soratto - (UNESC) – Orientador



Prof. Dra. Fabiane Ferraz – (UNESC)



Profa. Dr. Letícia de Lima Trindade – (UDESC)

Dedico este trabalho a todos os participantes da pesquisa que oportunizaram um tempo de seu trabalho para expor seus pensamentos.

# DESAFIO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAXIAS DO SUL/RS

## RESUMO

**Introdução:** O objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de característica descritiva, alicerçado nos preceitos teóricos do Materialismo Histórico Dialético e sua relação com o processo de trabalho em saúde. Participaram do estudo 21 profissionais de saúde efetivos, com pelo menos 1 ano de experiência na Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo quatro enfermeiros, três médicos, três dentistas, quatro agentes comunitários de saúde, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de saúde bucal. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada realizada entre o mês de maio e junho de 2018. A análise dos dados foi norteada pela análise de conteúdo temática com suporte para organização dos dados subsidiado pelo software Atlas.ti. Todos os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos foram respeitados por meio do parecer número 2.625.621. **Resultados e discussão:** Os resultados indicaram a existência de 285 narrativas associadas a 32 códigos, vinculados a oito subcategorias, e por sua vez agrupados em três categorias. A categoria Realismo e Ideação do trabalho na ESF, destacou aspectos de produzir diferença no trabalho em saúde, estruturou-se nas subcategorias: Função da ESF: da gestão do cuidado a prevenção de agravos; Trabalho Real na ESF; Ideação de Trabalho na ESF. A categoria Elementos do Trabalho em ato na ESF, fortaleceu ato do trabalho na ESF, e teve as subcategorias: Finalidade do Trabalho; Instrumentos de Trabalho; Objeto de Trabalho. E a categoria Desafios e Perspectivas do Trabalho na ESF, destaca elementos da vulnerabilidade do trabalho e atuações exitosas que podem potencializar o trabalho e dispõem com as seguintes subcategorias: Potencialidades do trabalho na ESF; e Fragilidades do trabalho na ESF. **Considerações:** As equipes de saúde da família trabalham na perspectiva de um modelo médico centrado, mas com estratégias para superação e fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde. O estudo sugeri ainda a gestão, o fortalecimento da autonomia dos profissionais e, investimento na formação

**Palavras Chaves:** Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Pública, Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipe de Assistência ao Paciente, Fluxo de Trabalho

## CHALLENGE OF THE WORK PROCESS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN CAXIAS DO SUL / RS

### ABSTRACT

**Introduction:** The objective of this study was to analyze the work process of the Family Health teams in the city of Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** This is a qualitative study, with descriptive characteristics, based on the theoretical precepts of Dialectical Historical Materialism and its relation with the work process in health. Twenty-one health professionals with at least 1 year of experience in the Family Health Strategy (FHT) participated in the study, including four nurses, three doctors, three dentists, four community health agents, four nursing technicians, three oral health aides. The collection of data carried out between the month of May and June of 2018 through semi-structured interview, which followed a composite script. The analysis of the data was mediated through the thematic content analysis with support for data organization subsidized by Atlas.ti software. Respects all ethical precepts having as opinion number 2,625,621. The results indicated the existence of 285 narratives associated to 32 codes, linked to eight subcategories, and in turn grouped into three categories. The category Realism and Ideation of the work in the ESF highlighted the ideation of making a difference in health work, it was structured in the subcategories: Function of the ESF: from the management of care to the prevention of injuries; Real Work at ESF; Working Idea in the ESF. The Elements of Work in the FHS category having the subcategories: Purpose of the Work; Labor Instruments; Work Object. In addition, the category Challenges and Perspectives of the Work in the ESF emphasized that there are potentialities and fragilities in this context and with the subcategories: Potentialities of the work in the ESF; and Fragility of the work at the FHS. **Considerations:** The study suggested the management, the strengthening of the autonomy of the professionals in the ESF's, to the professionals always being in constant improvement to exercise a protagonism within the teams, finally to the teaching and research, investment in the formation of the professionals and that the work process in health, contemplated with more emphasis in this scenario. Being as a proposal, the rearticulation of the work process, decentralizing the doctor's demands that can be solved by professionals of the multidisciplinary team, such as nurses, working in Primary Health Care (PHC) with protocols for SUS users.

**Key words:** Unified Health System (UHS), Public Health, Family Health Strategy (FHS), Patient Care team, Workflow.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis. ....	21
Figura 1 – Três dimensões de trabalho.....	36
Figura 2 – Rede de visualização. ....	46

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação das categoria e subcategorias de acordo com o número de códigos referente ao do processo de trabalho na ESF em Caxias do Sul/RS. ....	46
Tabela 2 - Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias sobre o trabalho na ESF em Caxias do Sul/RS. ....	47
Tabela 3 - Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias sobre os elementos do trabalho, em ato na ESF em Caxias do Sul/RS. ....	63
Tabela 4 - Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias sobre os desafios e perspectivas do trabalho na ESF em Caxias do Sul/RS. ....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>BIREME</b>	Biblioteca Regional de Medicina
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CGPNI</b>	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CRIEs</b>	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
<b>EACS</b>	Estratégia Agente Comunitário de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PACS</b>	Programa Agente Comunitário de Saúde
<b>PEC</b>	Projeto Emenda à Constituição
<b>PMAQ</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunização
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PPGSCOL</b>	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>QTD</b>	Quantidade
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão
<b>UNASAU</b>	Unidade Acadêmica da Saúde
<b>UNA-SUS</b>	Universidade Aberta do SUS
<b>UNESC</b>	Universidade do Extremo Sul Catarinense
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 PRESSUPOSTOS .....	16
1.2 OBJETIVOS.....	16
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
2.1 SUS COMO AVANÇO SOCIAL .....	17
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA APS.....	24
2.4 INTEGRALIDADE E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	29
2.5 CONCEPÇÕES TEÓRICAS DO TRABALHO.....	32
<b>2.5.1 Sustentações teóricas do trabalho em saúde</b> .....	<b>35</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>39</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	40
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	40
3.4 COLETA DE DADOS .....	41
<b>3.4.1 Entrevistas semiestruturadas</b> .....	<b>41</b>
<b>3.4.2 Considerações Éticas</b> .....	<b>42</b>
3.5 ANÁLISE DE DADOS .....	43
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
4.1 REALISMO E IDEAÇÃO DO TRABALHO NA ESF .....	47
<b>4.1.1 Funções da ESF: da gestão do cuidado a prevenção de agravos</b> .....	<b>48</b>
4.1.1.1 Coordenadora do cuidado .....	48
4.1.1.2 Prevenção a agravos.....	49
<b>4.1.2 Ideação de Trabalho na ESF</b> .....	<b>51</b>
4.1.2.1 Humanizado .....	51
4.1.2.2 Médico Centrado .....	52
4.1.2.3 Multidisciplinar .....	54
4.1.2.4 Prevenção na Saúde .....	55
<b>4.1.3 Trabalho Real na ESF</b> .....	<b>57</b>
4.1.3.1 Curativista.....	57
4.1.3.2 Médico Centrado .....	58
4.1.3.3 Multidisciplinar .....	59
4.1.3.4 Prevenção na saúde.....	61
4.2 ELEMENTOS DO TRABALHO, EM ATO NA ESF.....	62
<b>4.2.1 Finalidade do trabalho</b> .....	<b>63</b>
4.2.1.1 Específico da profissão.....	63
4.2.1.2 Multidisciplinar em ESF .....	65
4.2.1.3 Prevenção à Saúde .....	66
<b>4.2.2 Instrumentos de trabalho</b> .....	<b>67</b>
4.2.2.1 Tecnologia dura.....	67
4.2.2.2 Tecnologia leve.....	68
4.2.2.3 Tecnologia leve-dura .....	69
<b>4.2.3 Objeto de trabalho</b> .....	<b>70</b>

4.2.3.1 Ações Curativas.....	70
4.2.3.2 Específico da profissão.....	71
4.2.3.3 Multidisciplinar em ESF .....	72
4.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO TRABALHO NA ESF.....	73
<b>4.3.1 Fragilidade do Trabalho na ESF .....</b>	<b>74</b>
4.3.1.1 Cultura curativista .....	74
4.3.1.2 Estrutura física.....	75
4.3.1.3 Autonomia .....	76
4.3.1.4 Humanização.....	78
4.3.1.5 Materiais de trabalho .....	78
4.3.1.6 Motivação .....	79
4.3.1.7 Falta de profissionais.....	80
4.3.1.8 Gestão – Apoio institucional .....	81
4.3.1.9 Autocuidado Educação Para Saúde .....	82
<b>4.3.2 Potencialidade do Trabalho na ESF .....</b>	<b>83</b>
4.3.2.1 Relação com a Comunidade .....	83
4.3.2.2 Comprometimento do Pessoal .....	84
4.3.2.3 Trabalho em Equipe .....	85
4.3.2.4 Relação com outros profissionais na ESF .....	86
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DA PESQUISA.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE ACEITE .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO B – PARECER DO CEP UNESC .....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo emergiu da necessidade de oportunizar uma reflexão sobre o processo de trabalho das práticas predominantes de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao refletir sobre o processo de trabalho, buscamos também resposta para questões de prática diária, nesse sentido revela-se a importância do pensar em relação ao que de fato é produzir saúde, ou seguir o modelo biomédico.

Nos cenários de saúde, ainda possuímos uma forte influência do modelo biomédico [flexneriano], este centrado em atos especializados com ações direcionadas a fazer o hospital como centro da atenção. A influência do modelo biomédico foi propagada a partir da publicação do Relatório Flexner, que avaliou as escolas médicas norte-americanas e canadenses. No início do século XX, em menos de um ano, influenciando até hoje as práticas em saúde (DA ROS, PAGLIOSA, 2008).

No contraponto do modelo biomédico, existem movimentos internacionais que buscam modificar a visão médico centrada dos profissionais de saúde e da sociedade no geral. Movimentos como às conferências internacionais de saúde. Esses movimentos que criaram às sete Cartas de Promoção da Saúde, que buscavam o empoderamento do indivíduo e comunidade na questão do autocuidado, intimamente ligada ao processo de trabalho da APS.

Na década de 1970, no Brasil intelectuais, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil organizada, iniciaram um movimento com vista a superar esse modelo, que ficou conhecido por movimento sanitário. Por seguinte a Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de: saúde para Todos até o ano 2000”, e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa (1986), também foram eventos internacionais que cooperaram para reflexão sobre o modo de produzir saúde (BRASIL, 2002). Paralelamente também acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 marco para a inclusão da garantia constitucional da saúde como direito na constituição federal brasileira em 1988 e consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, por meio da Lei orgânica da saúde, 8080/90 e sua complementar 8142/90 (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde brasileiro por meio de sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes. Para tanto, utilizaremos neste estudo APS (BRASIL, 2018).

As leis do SUS 8080/1990 e 8142/90 oportunizaram compreender à saúde como conceito ampliado sob a perspectiva de alguns princípios como integralidade a universalidade, equidade e participação popular para efetivação do SUS por meio de políticas públicas de saúde gratuitas e para todos.

Mesmo com as conquistas populares por meio das Conferências de Saúde, e os Conselhos de Saúde, essa participação não foi aderida com grande ímpeto pela população não assimilando-a entendendo como instrumento de construção e mudança do SUS, talvez essa seja uma explicação para o enfraquecimento do SUS (OLIVEIRA, LIMA, 2017). Nessa reflexão de Oliveira (2017), entendemos que a participação social, que é o elo forte do SUS, é desestimulada, enfraquecendo a luta por qualidade nos serviços e melhorias para a saúde. Desta forma abriu-se espaço para o desmonte de precarização da rede pública em especial a APS.

Em especial no tocante a questão do congelamento dos gastos por vinte anos e também da PNAB 2017, que modifica em grande parte o processo de trabalho na APS.

A ESF teve início em 1994, implantado pelo Ministério da Saúde com características de programa. Silva e Casotti (2011), colocam que, por apresentar características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da atenção básica, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país. A APS tem na ESF o norte para ordenação do cuidado em saúde, no território nacional, essa proposta iniciou em 1990, com características de programa, porém sua efetividade elevou-se para o status de estratégia, após melhoras consideráveis no indicadores de saúde.

Nesse sentido observa-se que a reestruturação da APS nacional deveria ter uma nova forma de processo de trabalho, direcionado para ser multidisciplinar, com ações preventivas de grande importância, cujo estas ações fizessem parte de um novo modelo de atenção à saúde, em todo território nacional.

O trabalho multidisciplinar proposto para reorientação da Atenção Básica é de fato primordial uma vez que inclina-se a práticas de prevenção.

A APS é considerada a principal porta de entrada e de regulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem a ESF como um dos serviços que melhor representa esse nível de atenção. Tal tarefa deve ser cumprida por equipes de saúde dispostas em unidades básicas de saúde distribuídas por territórios definidos e com clientela adscrita, com a missão de facilitar o acesso e fazer o uso apropriado de tecnologias e medicamentos que proporcionem o cuidado necessário à saúde das pessoas e coletividades. Mais, uma atenção básica à saúde ordenadora e coordenadora de uma

resposta ampla de cuidados em todos os níveis de atenção, responsável, ainda, por articular a participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability* (CECÍLIO, REIS, 2018)

No Brasil a 42.596 eSF implantadas, com uma cobertura de 63,90% da população (BRASIL, 2018). Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; dois enfermeiros generalistas ou especialistas em Saúde da Família; três auxiliar ou técnico de enfermagem; e quatro agentes comunitários de saúde, alocados nas microáreas com vulnerabilidade social, atendendo até 750 pessoas. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2018).

Há inúmeros estudos que contemplam o processo de trabalho na APS em especial na ESF. Estudos como o de Silva e Cassotti et al, Santos et al e Prates corroboram essa fundamentação com toda a literatura interligada. Uma busca nas seguintes bases de dados: biblioteca virtual em saúde, BIREME e Scielo, com os termos, processo de trabalho em saúde, APS, equipe multiprofissional, ESF's. Alguns sustentavam a importância de trabalharmos e conhecermos os temas, sendo o SUS onde empregamos estes modelos de ação e trabalho. Os estudos abordam temas como a ordenação do cuidado pela APS, a importância do trabalho da ESF, e o processo de trabalho na ESF, assim como a consolidação do SUS.

Outros, estudos como, O Trabalho em Saúde, de Cecílio e Lacaz, assim como o de Costa et al, que trata da Resolubilidade do Cuidado na APS, buscam relatar os fatos históricos que cercam todas estas questões, onde devemos valorizar as passagens construtivas de um SUS gratuito e universal, resgatam temáticas de lutas e grande empenho sobre a saúde populacional, fazendo uma comparações com a atualidade.

Um dos achados sobre APS evidencia crescente busca por sistemas de saúde que valorizem a atenção a família e a visão comunitária sobre saúde (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

O planejamento em saúde voltado ao processo de trabalho, fazendo explicações de temas que buscam enfatizar o trabalho multidisciplinar, e o processo de trabalho como norteador das ações em saúde, como de Peduzzi (2018), trazem à tona o reconhecimento e o enfrentamento de problemas, que são de interesse comunitário, profissional e de gestão.

Fazem parte de uma óptica que busca à integralidade das ações em saúde e fortalece o sistema universal de saúde, nesse caso o SUS, que foi criado para atender as necessidades de todos, e hoje busca no cuidado à família esse norte.

Quando se fala de processo de trabalho em saúde, em especial na APS, vincula-se ainda que subjetivamente a uma forma de trabalho médico centrada. Esta forma de organização do trabalho pode em determinados momentos oportunizar a perda de preceitos da integralidade e da visão ampliada de saúde ao omitir a participação efetiva de outras profissões.

Com base em Pagliosa e Da Ros (2008), é demonstrado que em questões que são de cunho cultural, fortalecido pela ideologia do modelo biomédico focado em hospitais e especialidades médicas que dividem o ser humano em sistemas, e em grande parte esquecem que somos um conjunto e temos nossas particularidades num todo, abrange entender o contexto social, familiar, individual dentro de todas variações que os ambientes podem trazer.

Na busca do melhor acesso à saúde, na integralidade e no conceito ampliado de saúde, devemos repensar o processo de trabalho na APS, para que possamos garantir o direito à saúde. Não é possível ampliar a visão de saúde sem trabalhar na ótica da integralidade. Desta maneira o presente estudo, vem demonstrar que o processo de trabalho, pode sim nortear o modelo de gestão. Se o modelo de gestão não favorece o trabalho multidisciplinar, deixa de ser democrático, e passa a ser em determinado momento, empecilho do acesso universal à saúde.

No cotidiano da assistência há necessidade de fortalecer ações com vistas a estabelecimento de um processo democrático de organização de trabalho, por meio de uma atuação multiprofissional. Este modelo deve imperar em unidades de que trabalhem com a ESF, pois a postura de trabalhar multidisciplinarmente fortalece e facilita o acesso à saúde.

A luta por melhorias na rede pública de saúde deve estar acompanhada de propriedade intelectual, e também da vivência popular e da averiguação da necessidade comunitária, ou seja cada local, bairros e comunidades devem ser vistas singularmente, em suas particularidades e demandas que às diferenciam.

A ESF apresenta-se como uma alternativa de mudança do modelo assistencial, e de reorientação das práticas hegemônicas de produzir saúde, por meio de ações multiprofissionais que contemplam promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento e reabilitação. Todavia, ainda se percebe no cotidiano da assistência atuações profissionais sem integração entre os mesmos, centradas nos agravos e que fortalecem o modelo biomédico.

Diante do exposto, coube a seguinte questão norteadora: o processo de trabalho das eSF tem contribuído para reorientação do modelo assistencial em saúde com vistas a potencializar o trabalho multidisciplinar e diminuir as práticas médico centrada?

## 1.1 PRESSUPOSTOS

Os trabalhadores que integram as equipes de Saúde da Família (eSF) fortalecem o modelo médico-centrado ao não dedicar-se na sua totalidade às atribuições de sua atuação, isso é visualizado na centralidade do trabalho médico, mesmos com a orientação do Ministério da Saúde direcionando para o trabalho multidisciplinar. Contudo, os profissionais de saúde de nível superior acreditam que podem atuar com mais autonomia, para a facilitar o acesso dos usuários à saúde, porém não lhe é dado atribuições que favoreçam o trabalho multidisciplinar, bem como não exigem seus direitos de atuação profissional por medo de represarias político corporativo.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar como o processo de trabalho das ESF tem contribuído para reorientação do modelo assistencial em saúde com vistas a potencializar o trabalho multidisciplinar e diminuir as práticas médico centrada no município de Caxias no Rio Grande do Sul.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer os elementos do processo de trabalho dos trabalhadores das ESF;
- b) Identificar os aspectos que fortalecem e que fragilizam o processo de trabalho das ESF.

## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção será contemplada com a descrição de assuntos que permitem uma melhor apreensão do objeto de investigação proposto nesta pesquisa, a saber, ou seja discutir assuntos como; O SUS como avanço social para o Brasil, que tanto temos que cuidar e valorizar, a Estratégia Saúde da Família, como de fato sua importância na gestão do cuidado, assim como o processo de trabalho, numa visão geral e numa visão multidisciplinar na área da saúde, e também o princípio da integralidade, fundamental nas ações de saúde. Levantando uma discussão na qual poderemos desenvolver a base para refletir sobre o tema a ser explorado nesta produção acadêmica.

### 2.1 SUS COMO AVANÇO SOCIAL

O SUS surgiu após termos passado por muitas dificuldades no acesso a saúde em nosso país, além de tudo o SUS nasceu de um movimento social, que uniu sanitaristas, intelectuais e pessoas do movimento comunitário, vendo no direito à saúde uma maneira de resgate da cidadania, partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986.

Os marcos legais e normativos do SUS são, principalmente, a Constituição Federal, promulgada em 1988, e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo território nacional as ações e serviços de saúde. A Legislação Orgânica da Saúde é composta ainda pela Lei Complementar nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros; e pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Esta estabelece como princípios e diretrizes do SUS: universalização dos direitos à saúde; descentralização com direção única para o sistema; integralidade da atenção à saúde; participação popular visando ao controle social (COSTA et al., 2014, p. 15).

A incorporação das diretrizes do SUS à constituição de 1988 possibilitou o desenvolvimento de uma nova política de saúde no Brasil. Esta mudança foi inspirada nas experiências dos sistemas universais e públicos de saúde. Estes sistemas foram parte fundamental de reformas sociais implementadas, ao longo do século XX, em vários países, objetivando o estado de bem-estar (SANTOS, 2017).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal, obteve-se o reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo

Estado e pautado pelos princípios organizativos, entre eles, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (GOMIDE et al., 2016).

Quando falamos da universalidade do SUS trabalhamos com a possibilidade de que está aberto a todos e que socialmente torna-se imprescindível, pois é uma porta de entrada para a cidadania expressa no direito integral à saúde. Sistemas universais integram cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção. O enfoque populacional exige promover políticas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais da saúde (LAURELL, 2017, apud GIOVANELLA et al., 2018).

Com base no panorama do SUS, verificou-se que as bases da reforma sanitária foram edificadas, mas requerem esforços para manter a saúde como um bem público, que exigem profunda mudança política, a qual perpassa pela ampliação da consciência do direito à saúde e da cidadania. Portanto, para se transformar uma realidade é preciso considerar que modificar as ações, implica em mudar as representações que as orientam (MOURA; SHIMIZU, 2017, p. 2).

Dessa forma temos avançado muito sobre o acesso a saúde, tendo como vantagens a saúde pública gratuita em todo território nacional, no Brasil temos a saúde como um bem social, e essa visão deve ser respeitada e difundida. Como descrito em Gomes e Junior (2015), assim a busca de resolutividade exige uma visão ampliada do contexto social e mobilização para agir intersetorialmente e em conjunto; apesar de ainda estar em processo de construção, seu objetivo é proporcionar uma qualidade digna de vida para todos, garantindo a participação social.

Embora o SUS se configure como um dos maiores sistemas universais do mundo, desde seu nascedouro sofre concorrência do setor privado e constrangimentos que afetam a capacidade do Estado em garantir o direito universal à saúde. Um deles é a Desvinculação da Receita da União (DRU), que desde 1994 diminuiu o orçamento federal em 20% – percentual recentemente aumentado para 30% até 2023, ademais da criação de mecanismo para desvinculação dos orçamentos estaduais e municipais (GIOVANELLA et al., 2018).

Apesar do contexto político e econômico pouco favorável às políticas públicas em geral, a própria existência do SUS é um poderoso elemento a ser considerado para sua própria defesa. O desmonte do SUS produziria a barbárie sanitária, havendo, portanto, grande potencial de armar-se resistência popular contra eventuais retrocessos e contrarreformas (SANTOS, 2017).

Contudo, podemos saber que o SUS, existe para melhorar a vida das pessoas, e imprime o que queremos de fato, que é uma saúde de qualidade, onde os interesses comerciais não sobressaiam sobre o direito à vida. É disso que se trata quando citamos

a qualidade de vida, a visão ampliada de saúde e até mesmo a busca por resolutividade, seja na gestão, ou na assistência.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A forma como se estrutura a APS no Brasil atualmente é resultado de uma série de movimentos, políticas que ao longo dos anos foram contribuindo para estruturação de práticas em saúde, destacaremos a seguir alguns desses marcos da APS.

O movimento em favor de uma APS que buscasse atender a todos e o promovesse o bem-estar social, passou pelo importante relatório de Dawson, nesse relatório muito profundo publicado na Inglaterra em 1920, foi colocado o tema da importância da proteção social. Esse relatório traz após a Primeira Guerra Mundial uma visão de organização de um sistema de saúde em determinada localidade, buscando o equilíbrio entre a prevenção e as ações curativas, Kuschnir e Chorny (2010).

Dawson tem o crédito de ter proposto pela primeira vez o esquema de rede. Médico que trabalhou na organização de serviços de emergência na I guerra. O primeiro Ministro da Saúde o nomeou coordenador de uma comissão para definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins, que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada. Apresentou, entre outros, os conceitos de: território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/ acolhimento, referência, atenção primária como coordenadora do cuidado (CAMPOS, 2003).

O texto a seguir retirado do documento Cartas de Promoção à Saúde (BRASIL, 2002), descreve a busca por melhores condições de saúde das populações, principalmente no que se tange a priorizar o acesso aos meios de saúde, pelos povos com maior grau de vulnerabilidade.

Na busca continua do bem-estar é importante trazer o que à Conferência de Alma Ata nos reportou em 1978, colocando como pontos chave o cuidado primário à saúde como direito e dever dos povos, fazendo considerações importantes no que tange a participação social, e o empoderamento dos povos sobre sua condição de saúde, onde surge as bases para uma visão de saúde, maximizada, em relação aos determinantes, dando início a discussão do conceito ampliado de saúde.

Tomando-se apenas alguns trechos da Declaração de Alma-Ata é possível demonstrar como a mesma foi suficientemente clara ao indicar:

- a) A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;

- b) A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;
- c) A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde;
- d) A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;
- e) Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;
- f) Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;
- g) Exige e fomenta, em grau máximo, a auto responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

Na verdade, o texto da Declaração de Alma-Ata, ao ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde. Entretanto, estes últimos, instintivamente, concediam maior prioridade à perpetuação das atividades com as quais estavam mais familiarizados, que eram, justamente, aquelas referidas, no fragmento de texto da letra (e), com os oito elementos mais diretamente relacionados com os problemas de saúde - aqui considerada no seu sentido clássico de ausência de enfermidade, e não como o completo bem-estar físico, mental e social que a própria OMS havia consagrado 35 anos antes, em um gesto, talvez, de excesso de otimismo. Outras conferências internacionais de saúde também foram importantes como

a de Ottawa em 1986 que trouxe com grande propriedade a importância da promoção da saúde, também com forte direcionamento a atenção primária a saúde (BRASIL, 2002).

Em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a noção de “cidade saudável” avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multi-setorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental (BRASIL, 2002).

Outras conferências internacionais de saúde também foram importantes como a de Ottawa em 1986 que trouxe com grande propriedade a importância da promoção da saúde, também com forte direcionamento a atenção primária a saúde.

Com esta motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública. Tal sequência de eventos evidencia a clara inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis (BRASIL, 2002). Como pode-se observar no quadro a seguir, considerando-se os componentes contidos em cada uma das respectivas propostas:

Quadro 1: Inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis.

<b>ALMA-ATA</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>CIDADE SAUDÁVEL</b>
1973 – 1978	1974 – 1986	1984
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Outros setores</li> <li>* Promoção/qualidade</li> <li>* Participação/planos</li> <li>* Atenção Primária de Saúde</li> <li>- Educação</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Saneamento</li> <li>- Materno-Infantil</li> <li>- Imunizações</li> <li>- Prevenção de endemias</li> <li>- Doenças/traumatismos</li> <li>- Medicamentos</li> <li>* Tecnologia adequada</li> <li>- Ação comunitária</li> <li>- Autodeterminação</li> <li>- Auto responsabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacidade de comunicar se p/ melhorar a qualidade de vida</li> <li>* Participação decisória</li> <li>* Políticas saudáveis</li> <li>* Abordagem setorial</li> <li>* Ambientes favoráveis</li> <li>* Habilidades pessoais</li> <li>* Reversão do sistema de saúde</li> <li>- ênfase na equidade</li> <li>- atenção determinante</li> <li>- extensão da promoção</li> <li>- prevenção, tratamento e reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Comunidade participa dos planos p/ melhorar o ambiente e a qualidade de vida</li> <li>* Amplia a participação</li> <li>* Empoderamento</li> <li>* Compromisso público local</li> <li>* Políticas saudáveis</li> <li>* Ênfase em equidade</li> <li>* Atenção determinante</li> <li>* Macro função social</li> <li>- trabalho e renda</li> <li>- infraestrutura</li> <li>- desenvolvimento social</li> <li>- saúde e nutrição</li> </ul>
“EMPODERAMENTO”	INTEGRALIDADE	SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

Estas conferências foram, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersectoriais necessárias para o setor (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa contém elementos como: promoção da saúde, os pré requisitos para saúde, (paz, habitação, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, recursos sustentáveis, equidade e justiça social), defesa de causa ou seja saúde como maior recurso social, capacitação comunitária, e o envolvimento dos vários atores através da mediação. Esses pontos da carta de Ottawa, foram incluídos na proposta de criação do SUS no Brasil (BRASIL, 2002).

No Brasil tivemos a 8ª. Conferência Nacional em Saúde que em 1986, reuniu variados segmentos da sociedade para garantir o direito a saúde, dando início que seria de fato o ponto de criação do SUS em 1988, mudando com grande expressão o modelo de saúde. Abrindo portas para a reorientação do modelo de saúde através da APS.

Atualmente, a Atenção Básica é equiparada a APS, e possui uma a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

A PNAB possui como princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

As diretrizes são:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;

- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

A ESF é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica APS (BRASIL, 2017). Existem variadas modalidades de equipes de saúde da família, preconizada pelo Ministério da Saúde, essas constituem-se a partir das necessidades da região, território, que serão implantadas. Desta forma, é prevista, ainda, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica (BRASIL, 2018).

Cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 3500 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

A nova PNAB (PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017), trouxe algumas mudanças no processo de trabalho, essas mudanças, transformam em atribuição dos ACS, a verificação de pressão arterial e teste de glicemia capilar, curativos, além disso é colocado como premissa de reestruturação a capacitação em técnicas de enfermagem para os ACS, retirando a obrigatoriedade de residir no local. Outra questão é a de ter a possibilidade de ter até 3 profissionais de cada categoria com cargas horárias reduzidas, somando quarenta horas semanais. Abaixo veremos o que algumas novas definições dessa portaria, as fazem corroborar com o que já foi descrito:

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência: aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos, realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica, a aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar, realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida (BRASIL, 2017).

Alguns questionamentos aparecem na leitura dessa portaria, de como fica a questão do vínculo, pois mesmo que na portaria diga que não deve-se prejudica-lo, sabemos que os profissionais com menos tempos de atuação nas equipes, perdem a oportunidade de vincular-se com a população adscrita, e até mesmo com o processo de trabalho das ESF's.

Outro ponto controverso, é a questão que envolve até o exercício profissional da enfermagem, pois seriam atribuições dos ACS, até mesmo procedimento de enfermagem, essa transdisciplinaridade à fórceps, prejudica o processo de trabalho das ESF's e gera controvérsias que entram na discussão de direito profissional e administrativo, pois as atribuições destacadas nos concursos e processos seletivos, ficam totalmente fora da configuração. Todos os envolvidos com a Saúde Coletiva, no âmbito da APS, terão que rever seus conceitos para alinhar o processo de trabalho com essas novas premissas. Para o bem ou para o mal a portaria está em vigência, e somente os próximos anos nos dirão quais foram os efeitos dela.

### 2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA APS

No processo de trabalho em saúde temos o fator primordial que é a valorização da vida, essa premissa que faz com que defendemos um sistema de saúde gratuito e universal, onde não seja buscado o lucro e sim o bem-estar das pessoas, fazer saúde, principalmente no âmbito público, é abrir as portas de um sistema que nasce na expectativa de ações de integralidade, equidade, universalidade e longitudinalidade do cuidado, através de uma gestão democrática com diretrizes fundamentadas pelo planejamento em saúde e respeito ao ser humano.

Nesse aspecto, o planejamento revelou-se como uma ferramenta essencial para qualificar o trabalho na atenção básica, no intuito de incentivar, através de estratégias de formação continuada, o apoio institucional, e o aumento do cuidado, na atenção aos riscos na demanda espontânea, e que o tempo necessário para reuniões de equipe, que superem o modelo de repasse de casos. As condições de trabalho constituem-se como fatores que podem favorecer ou dificultar as ações de integralidade na APS (FERREIRA NETO, 2016). Assim como as demais diretrizes do SUS é importante conectar o planejamento em saúde nessa visão, respeitando a legislação do SUS, e a Constituição Federal.

O planejamento em saúde fomenta os processos de trabalho das equipes, isso é um fato que não podemos esquecer, do ato de planejar nossas ações, e assim estruturar o melhor atendimento, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. E nessa estruturação a busca do trabalho multidisciplinar deve ser constante e de maneira que favoreça a resolutividade.

O trabalho multidisciplinar em saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família, busca uma nova visão de saúde, este olhar no que tange o conceito ampliado de saúde, e nas ações de integralidade. Esta postura faz enftretamento direto com o modelo biomédico. Merhy (1999) no artigo “O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais,” cria um diagrama em cima da reflexão que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa.

Com base em Merhy (1999) o ato de realizar um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isto pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente o “cuidador”, que realizará este ato. Nesse sentido podemos dizer que o trabalho multidisciplinar não pode ser só por ele a questão primordial, mais sim a maneira em que ele é aplicado, caso contrário é passível de ocorrer os meros encaminhamentos que já acontecem no modelo médico centrado. Certamente esses fatores estão ligados diretamente a formação dos profissionais, de diferentes formações que tendem a propagar o modelo biomédico tão forte ainda hoje.

É necessário interferir nos processos produtivos, criando vários dispositivos que atuam diretamente no que é produzido nos encontros dos atores em saúde [docentes/alunos/profissionais de saúde/usuários], de forma a criar uma dinâmica na micropolítica que se abra à disputa por outros processos produtivos, na formação e no modo de cuidar. Para construir uma nova universidade, é necessário ir para dentro da natureza dos processos produtivos, e não ficar apenas na agenda ideológica geral de grupos políticos, intensamente molarizados, fixados no horizonte das condições

trabalhistas, como o central do processo de mudança nas organizações (CRUZ; MERHY et al., 2015).

A gestão da saúde nas três esferas de governo no que tange a APS, deve direcionar esforços para a verdadeira efetivação dessa área, que tem como missão nortear todo o cuidado em saúde em nosso país. Para que o trabalho multidisciplinar ocorra de forma adequada vimos também que os profissionais devem estar satisfeitos com o que se passa no ambiente de trabalho local e nas relações com os demais pontos da rede.

Desta forma temos que refletir também sobre termos um processo de trabalho transformador em saúde, devemos fazê-lo desde a formação dos futuros profissionais desta área, onde o conceito ampliado de saúde, o trabalho multidisciplinar, sejam práxis contínuas e lógicas para os profissionais, tendo assim uma nivelção igualitária entre as profissões e melhores resultados para os usuários.

Assim, na atualidade, o conceito 'processo de trabalho em saúde' é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2018).

A questão do trabalho multidisciplinar em saúde, busca aproximar com o prática de trabalho em equipe. Hoje observamos que diariamente as equipes devem estar em sintonia e respeitar uns aos outros tendo foco no resultado, que na área da saúde implica na satisfação do usuário, assim como a melhora dos indicadores em saúde, e também nas metas programadas.

Pode-se considerar uma equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada. A comunicação entre os membros é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas. A confiança é grande, assumem-se riscos. As habilidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados, os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção (MOSCOVICI, 2002).

A tipologia do trabalho em equipe define em duas noções que recobrem a visão de equipe, seriam elas; as equipes Agrupamento de agentes, e equipe de Integração de trabalho. A primeira é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Destaca-se a existência de dois planos de interação dialógica no trabalho em saúde, um referido à comunicação

com a população e com usuários e outro à comunicação entre os agentes. É essa intersubjetividade que é tratada, em especial (PEDUZZI, 2001).

O trabalho multidisciplinar em saúde feito com integralidade, gera transformações importantes para os indivíduos e também para a comunidade em geral, para trabalhar com integralidade devemos antes de tudo ter o olhar humano sobre as pessoas que estamos prestando serviço, sem usar a empatia podemos correr o risco de até mesmo sermos negligentes.

As equipes que discutem e tem a integralidade como premissa de trabalho, o torna mais executável, do ponto de vista da satisfação do usuário e também da garantia de que foi feito todo o leque de possibilidade a serem empregadas. A abertura dos profissionais para outros aspectos que não aqueles diretamente ligados à doença – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a integralidade. Podemos, facilmente, reconhecer que as expectativas dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença ou de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de dimensões que compõe um ser humano e social seria, assim, a marca maior desse sentido da integralidade (SILVA et al., 2017).

Quando falamos de trabalho multidisciplinar em saúde, devemos estar ciente que podemos utilizar essa modalidade de trabalho seja na alta complexidade, na média complexidade ou na atenção primária em saúde, que é o objeto dessa produção acadêmica. Os avanços na atenção primária à saúde no Brasil são inegáveis, com milhares de ESF atuando em todo o país (GIOVANELLA et al., 2017).

Todavia, permanecem importantes desafios a saber: a situação inadequada da rede física das unidades; o financiamento insuficiente; as dificuldades de integração da atenção primária à rede, com garantia da continuidade e coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde; e a incorporação de recursos humanos qualificados. Dentre os inúmeros desafios que precisam ser enfrentados para a construção de uma atenção primária à saúde de qualidade, resolutiva e coordenadora do cuidado (BOUSQUAT et al., 2017)

O desafio de romper com o modelo biomédico é muito forte, é um movimento que atinge questão de caráter judicial, entre classes de profissionais, passando pelo ato político, lobista e corporativista, esses enfrentamentos na maioria das vezes acabam por prejudicar o usuário do sistema único de saúde, que seria o foco do trabalho em saúde. Outra questão é a desvalorização dos trabalhadores do SUS, na falta de plano de carreira e a estabilidade do emprego. Apesar dos profissionais da APS constituírem um enorme contingente de força de trabalho no sistema de saúde brasileiro, suas condições de trabalho e saúde ainda são pouco discutidas e valorizadas (TAMBASCO et al., 2017).

Ocorre que a interação entre profissionais das equipes nem sempre resulta em entendimento, desencadeando a ocorrência de conflitos. O conflito pode expressar significados positivos ou negativos, a depender de como ocorrem e são conduzidos (SOUZA et al., 2016).

Conforme Tambasco (2017), entendemos que para fazer um bom trabalho a equipe deve estar com todos os recursos à mão, sejam eles de apoio financeiro ou de melhoria das relações de trabalho entre gestores e trabalhadores em saúde. E desta maneira os resultados positivos no trabalho tendem a aparecer, como consequência da própria melhoria das relações de trabalho.

A estruturação do trabalho em saúde em equipes multidisciplinares no Brasil remonta à década de 1970, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. Observamos que no entanto, após a criação do SUS e, sobretudo, após a ampla difusão da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorrida na última década, a equipe multidisciplinar deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe multiprofissional (SILVA et al., 2017).

Dentro de que Silva et al., (2017) trazem, o que temos atualmente é a força do trabalho de várias profissões em busca de uma qualidade no serviço prestado a saúde das comunidades, ficando evidente que o trabalho multidisciplinar passa a ser um ato de protagonismo no que se refere ao processo de trabalho em saúde na APS. Buscar qualidade nos serviços de saúde, compreende o respeito e direcionamento para o trabalho multidisciplinar, esse quesito quanto bem concebido pelos membros das equipes, pode-se transitar pela transdisciplinaridade naturalmente, e isso é um importante avanço no processo de trabalho.

Outro aspecto amplamente debatido foi a importância de se defender a transdisciplinaridade como forma de promover o intercâmbio, a aproximação e a mistura de distintos campos do saber. Quando se trabalha com a perspectiva transdisciplinar, é preciso estar aberto para esse encontro de saberes, e não fechado em si, defendendo territórios disciplinares, já que nenhuma disciplina dá conta do trabalho em saúde, que, como todo trabalho, tem caráter enigmático e imprevisível. Afinal, as especificidades de cada profissional contribuem para a qualidade sinérgica da equipe, o que exige refletir sobre a importância indiscutível de se escutar o outro no processo de trabalho terapêutico (PINHEIRO et al., 2007).

## 2.4 INTEGRALIDADE E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A integralidade no âmbito da saúde coletiva, expressa não só um dos princípios do SUS, mais sim uma postura de trabalho e gestão. Para um efetivo funcionamento do SUS, a integralidade nas ações são de suma importância.

O processo de trabalho pautado na integralidade, torna a gestão da rede de atenção à saúde, efetiva e proporciona o acesso à saúde com qualidade. A integralidade da atenção à saúde diz respeito ao fato de o usuário ser visto no sistema como um ser integral, sendo atendido em todos os níveis de complexidade, de acordo com a necessidade (COSTA et al., 2014).

Além disso, a integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro, quando está relacionado à busca do profissional e do serviço em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta; segundo, relacionado à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo, na disciplina de epidemiologia, o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro, relativo à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos (SILVA et al., 2017).

Ao focarmos as experiências dos serviços de saúde, observamos a existência de inúmeras práticas de integralidade, sempre constituídas por um “saber-fazer”, por uma construção coletiva que lida com questões do cotidiano e que se atualiza na própria experiência, como conhecimento e ação na realidade (GOMES, apud PINHEIRO et al., 2007).

A integralidade se constitui como práticas que emergem em meio a um campo de forças e lutas formado por movimentos de usuários, trabalhadores e gestores, por propostas políticas, limitações de financiamento, programação e planejamento das três esferas governamentais, inseridos numa realidade sócio histórica singular. As lutas por melhores condições de saúde e de trabalho emergem a partir das realidades dos serviços oferecidos à população (BONALDI, apud PINHEIRO et al., 2007, p. 53).

Conforme os autores citados acima, podemos entender que a integralidade deve estar impressa em todos os atores envolvidos com a construção do SUS, cada qual com sua importância e participação. Um dos pontos que devemos evidenciar é o do planejamento em saúde, que necessita ser pensado na ótica da integralidade, visando atender as necessidades coletivas e individuais. Esse é um grande desafio, pois existem forças contrárias que enfraquecem cada vez mais os princípios dos SUS, trazendo

relações de comércio envolvidas na assistência à saúde, como os planos de saúde, e que nunca irão planejar suas ações em consonância com os princípios do SUS e da atenção em saúde integral.

Em contraponto devemos fazer na rede pública de saúde, ações que fortaleçam o atendimento integral, esse atendimento deve buscar proximidade com o ideal, em direção a qualidade de assistência, principalmente na APS, e nas equipes de ESF, para assim dar direção ao cuidado, e servir como regulador do SUS de cada município brasileiro.

Assim, a equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de história natural das doenças e da estratégia de integração. Porém, mantém-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam (PEDUZZI, 2009).

A construção integralidade como processo, da ordem do vivido, nos espaços das equipes de saúde, não se refere a algo tranquilo, mas ao contrário, de uma produção cotidiana que não se dá sem de tensões, embates e conflitos. Esses conflitos se configuram em vários planos. Por um lado, esses conflitos se dão num plano de gestão coletiva, da relação com trabalhadores, com usuários e com instituições formadores que ainda pensam os serviços de saúde e suas práticas a partir de outro referencial (BONALDI, apud PINHEIRO et al., 2007, p. 70).

Contudo é notório que se tivermos referenciais que não compartilham do norte dado pela integralidade certamente entraremos no modelo biomédico, hospitalocentrico, pois o único norteamento que preconiza o trabalho multidisciplinar, a visão ampliada de saúde, é o da integralidade, esse princípio define ações, que buscam a efetividade do SUS, em todas as esferas e níveis de complexidade. Temos assim grande percurso a percorrer em rumo da efetividade na aplicação da integralidade, temos avanços, porém as práticas cotidianas nos mais variados estabelecimentos de saúde, ainda nos reportam às práticas pré SUS, no passado e atualmente.

O que se percebe em grande parte das unidades de saúde e hospitais é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia bem sedimentada e extremamente rígida, que manteve a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário característico do modelo biomédico que se pretende superar. Esse fracionamento do cuidado se apresenta como um empecilho substancial para práticas de integralidade nos serviços, uma vez que a produção de relações que

superem fragmentação da relação com o outro é um ponto determinante para que tais práticas se efetivem (MATTOS, 2009).

Refletindo sobre o que Mattos (2009) traz, a integralidade, reporta a quebra de paradigma, traz a luz a noção do ser como um todo do coletivo. Rompe com o modelo biomédico, pois trata de lidar com a práxis multidisciplinar, retoma o indivíduo como o centro do cuidado, nos obriga a entender seu meio, suas razões de existência, sua cultura e visão de vida e saúde. Somente ao apoiar-se sobre as questões que tangem a utilização da integralidade no processo de trabalho em saúde, o profissional, fará o rompimento com o modelo flexneriano, ou seja, o hospitalocentrismo, o medicocentrismo e conduta de desmembrar o ser humano em partes, para o tratamento.

Assim como Peduzzi (2009), entendemos que, romper com os modelos tradicionais exige muito, do trabalho dos profissionais de saúde, implica em conhecimento, disposição para mudança, e também compreensão da importância de seu trabalho. O processo de trabalho em saúde, é fundamental, quando pensamos em nortear o cuidado através da APS, sem essa premissa, entraremos no modelo tradicional, e ali criaremos raízes profundas onde a resolutividade, fica como segunda opção, pois outros interesses imperam no modelo biomédico. Interesses que envolvem na sua grande parte as forças políticas em prol da iniciativa privada, e dificultam o fortalecimento da implementação da integralidade na APS.

A percepção da dificuldade de desenvolver e também praticar, no cotidiano dos serviços, a integralidade sempre esteve presente. Por sua complexidade na apreensão do conceito, pela base paradigmática do modelo clínico anatomopatológico na cultura médica e pelas fragilidades da organização do sistema, alcançar a integralidade no dia a dia da assistência exige um contínuo reprocessamento do pensar e agir e, muitas vezes, necessidade de desgastante enfrentamento do modelo médico corrente, que ainda se pauta por uma visão hospitalocêntrica (FRANCO, 2017, p. 22).

Nesse diálogo com Franco (2017), demonstra que integralidade torna-se mais eficiente quando os profissionais de saúde, a rede de atenção e os usuários, estão em uma determinada sintonia, onde o funcionamento dos serviços de saúde, direcionam-se para a realização do cuidado integral, sem fragmentação do usuário. Percebam o ser integral, ao invés de do indivíduo, dividido, nessa harmonia a resolutividade torna-se próxima a realidade. Porém na atualidade convivemos com a fragmentação, com uma visão do usuário cada vez menos integral e imediatista.

A situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados,

prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2010).

Nesse sentido Mendes (2010), revela que a efetivação do processo de trabalho em saúde de forma integral, é sem dúvidas o caminho para o cuidado de qualidade, e um fazer saúde humanístico, que busca na singularidade do indivíduo a percepção de todo um ser, que insere-se na sociedade, convive em meios variados, e tem, produz cultura em sua existência.

## 2.5 CONCEPÇÕES TEÓRICAS DO TRABALHO

Nesta seção traremos concepções teóricas relativas ao trabalho, e conceitos como o do Materialismo Histórico Dialético.

O Materialismo Histórico Dialético é uma abordagem metodológica ao estudo da sociedade, da economia e da história que foi pela primeira vez desenvolvido por Marx. O materialismo histórico dialético, é método de interpretação da realidade, visão de mundo e práxis. A reinterpretção da dialética de Hegel, diz respeito, principalmente, à materialidade e à concreticidade (PIRES,1996).

Para Marx (2012) o trabalho, é um processo que se estabelece entre o homem e a natureza, em que ele põe em movimento suas energias, física e mental, afim de transformá-la e dela se apropriar de uma forma útil para sua própria existência e que, atuar desse modo sobre a natureza no intuito de modificá-la ele muda sua própria natureza. O trabalho passar a ser um manifesto da atividade humana, estranha a si mesma, ao homem, e à natureza, por ser historicamente alienado de si mesmo.

O trabalho passa a ter um significado histórico que indica a condição da atividade humana “na economia política”, ou seja, a sociedade fundada sobre a propriedade privada, dos meios de produção, e a ideologia que expressa (MARX, 2012).

Marx introduziu a investigação científica na análise dialética e a perspectiva social da classe revolucionária, o que lhe permitiu criar um modelo próprio de explicação científica da história. Ele e Engels aplicaram esse modelo de explicação ao estudo de situações históricas concretas, à crítica da economia política e do socialismo utópico-reformista e à elaboração de uma teoria geral da formação, desenvolvimento e dissolução da sociedade capitalista (Fernandes, 1984).

Historicamente Marx sempre colocou a importância da concreticidade das relações sociais, uma delas é para com o trabalho, sendo analisado em forma de processo com finalidade, começo meio e fim, que gera o retorno social tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. O comprador da força de trabalho a consome fazendo com que seu vendedor trabalhe. Desse modo, este último se torna em ato aquilo que antes ele era apenas em potência, a saber, força de trabalho em ação, o trabalhador (Marx, 2012).

Há que se afirmar, em primeiro lugar, que esse processo é marcado por uma técnica ou direcionalidade técnica inerente a qualquer processo de trabalho humano. Pressupõe, assim, uma antevisão dos resultados almejados e uma ação inteligente como ardil da razão em sentido hegeliano: fazer com que os instrumentos físicos, químicos, bioquímicos atuem sobre o objeto, produzindo um efeito útil. O ardil da razão tem por fundamento certos conhecimentos científicos, mas requer uma adaptação constante às características particulares: este indivíduo 'aqui', com sua história e necessidades. Isso já suscita de imediato a questão do serviço na medida em que traduz a adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas também das circunstâncias em que surgem seus problemas ou necessidades (NOGUEIRA, 1997, p. 73).

A questão principal, entretanto consiste em saber se essa mudança teórica corresponde à uma mudança objetiva. Seguindo nessa direção Offe (1998) lembra que para o conceito de trabalho ser teoricamente relevante é preciso haver uma homogeneidade entre as diferentes atividades concretas de produção. Segundo Offe a homogeneidade do trabalho teria seu fundamento em cinco argumentos: 1) dependência com relação ao salário; 2) subordinação ao controle da administração; 3) risco de interrupção na capacidade de receber salários; 4) homogeneização da força de trabalho através das associações de classe e 5) o orgulho coletivo expressado, que "só o trabalho produz riqueza" (AUGUSTO, 1998, p. 84).

Conforme Augusto (1998), os fundamentos expressão o que na sociedade atual é notório, cada vez mais as forças de trabalho, nas mais variadas áreas da economia, buscam organização para uma valorização do trabalho, na forma de prestação de serviços. Essa valorização no entanto pode levar o mercantilismo banal dos serviços essenciais para sociedade, como educação e saúde.

O processo de trabalho seja no âmbito da administração, ou no da política ideológica, cabe sempre a discussão, devido as relações, e os resultados pretendidos. Para Marx (2012) desenvolver as potências nela adormecidas e submete o jogo das suas forças ao seu próprio domínio. Não estamos aqui a tratar das primeiras formas de trabalho, animaismente instintivas. O processo de trabalho não pode ser discutido de forma irracional, e sim buscar profunda análise de suas etapas e como melhor fazê-lo no

que tange a não só os resultados, e temos que incluir em nossas análises a autonomia e a satisfação do trabalhador seja de qualquer área da cadeia produtiva.

Uma das reflexões mais importantes sobre o trabalho ou processo de trabalho propriamente dito, encontramos no livro *O Capital* de Karl Marx, esse texto recebe o título de: “O processo de trabalho ou o processo de produzir valores-de-uso.” Destacamos nessa produção, como fomento desse estudo, os elementos componentes do processo de trabalho, que são: a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

A luz de Marx (2012), as atividade adequada a um fim, ou seja o próprio trabalho, busca enfim na matéria prima do trabalho, que constitui as tarefas do trabalhador, que são ligações com o objeto de trabalho, onde se transforma a matéria prima do trabalho em ato. Cada meio de trabalho ou área, tem seu objeto de trabalho, e cada trabalhador busca agir e transformar esse processo.

Para Marx (2012), o objeto de trabalho é definido como aquilo sobre o qual o trabalho é realizado e que se transforma por meio da ação intencional do trabalhador.

O objeto de trabalho em saúde não é um objeto natural, porquanto se materializa por meio de um “olhar” que planeja um projeto de transformação (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A matéria a que se aplica o trabalho, é o objeto de trabalho, a partir do momento que o objeto do trabalho é transformado ou manipulado, ele se modifica em matéria-prima. Dessa forma quando buscamos uma atuação profissional temos que ter a certeza que nosso trabalho é constituinte de uma ordenação ou separação para que as tarefas tenham um foco (MARX, 2012).

Para Marx (2012), os meios e instrumentos de trabalho, são os que vão ajudar o trabalhador na execução de seu trabalho, podem ser naturais, ou fabricados pelo homem. Cada meio ou instrumento de trabalho servirão para o aprimoramento das tarefas aplicadas cotidianamente pelo trabalhador. Essas tarefas quanto mais complexas se tornam, mais se exige dos instrumentos de trabalho e do trabalhador, em tempo e dedicação.

Dessa maneira se torna importante à dedicação ao trabalho de maneira a produzir, sendo o fazer, o tocar, ganham relevância no processo de trabalho pois definem maneiras de construir uma relação entre trabalhador, matéria-prima e instrumentos de trabalho.

### 2.5.1 Sustentações teóricas do trabalho em saúde

Na área da Saúde, tendo Marx (2012) como pilar, são inúmeros os avanços no instrumental de trabalho, com exigência de melhor força de trabalho, sendo na criação e execução de tecnologias que facilitem o processo de trabalho. Na APS, as inovações e tecnologias, partem do próprio recurso humano atuante nessa área da atenção à saúde, e por sua vez traz o protagonismo para os profissionais de saúde.

Tendo em vista, que o estudo foi direcionado a APS, buscamos fazer a averiguação relativa ao processo de trabalho em saúde, esse processo que é de enorme complexidade, variando de forma e anseios, falando de forma qualitativa, em relação aos profissionais de saúde que se expressaram nesse estudo. Aproximar ao pensamento de Karl Marx, ao processo de trabalho em saúde, é um grande desafio, pois envolve a percepção dos profissionais de saúde em relação ao que estão produzindo, ou seja definir, saber o objeto de seu trabalho, e a que o seu trabalho tem como finalidade, buscada diariamente. Na transformação do objeto de trabalho em matéria-prima temos todo o processo de trabalho que necessita de meios e instrumentos de trabalho, resultante em qualidade de atenção à saúde. Todo matéria-prima é objeto de trabalho, mas nem toda objeto de trabalho é matéria-prima. O objeto de trabalho só é matéria-prima depois de ter experimentado modificação efetuada pelo trabalho (MARX, 2012).

O processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativas dos indivíduos e, por isso, e podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo o trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho, pode ser em si mesmo um objetivo (FARIA et al., 2009).

O setor de saúde talvez seja o exemplo mais peculiar na sociedade contemporânea, na medida em que os serviços de saúde podem ser vendidos ou intermediados como qualquer mercadoria devido ao seu valor de uso (CASTRO et al., 2018, apud NOGUEIRA, 1997, p. 182).

O conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de "processo de trabalho em saúde" (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2018).

Outra particularidade do trabalho em saúde deve ser sublinhada: a integração entre seus aspectos intelectual e manual. Ao contrário de outros processos de produção, na saúde quem detém a direcionalidade técnica também 'põe a mão na massa', ou seja, participa diretamente do ato técnico final (compare-se, por exemplo, com o papel de um engenheiro numa fábrica). Isso não significa que não exista separação entre esses dois aspectos em termos funcionais mais globais (NOGUEIRA, 1997).

No diálogo com Nogueira (2012) e Peduzzi e Schraiber (2018), podemos compreender que além de ser uma força de trabalho ampla, na área da saúde temos atualmente componente de mercado, que está relacionado a venda de serviços, desde o mais simples até de maior complexidade. Desta maneira, sabemos que a organização do trabalho ganha importância, buscando integrar os elementos do trabalho para que o ato de trabalho em saúde, se efetive.

O elemento do processo de trabalho em saúde, implica em o que Marx (2012) traz em sua produção. Conhecer a finalidade, os instrumentos e o objeto de trabalho, que estão ligados e atuam conjuntamente. A finalidade do trabalho em saúde, é a própria produção de saúde, através de instrumentos que propiciem promoção de saúde e prevenção em todos os níveis, fazendo que a saúde do ser humano que é o objeto de nossas ações, consiga compreender orientações exercendo ou não o autocuidado, muito relevante na APS. Os elementos do trabalho estão interligados e funcionam em concomitância.

Figura 1 - Três dimensões de trabalho.



Fonte: Autoria própria, 2018.

Essas três dimensões são complementares e interatuantes. De um lado, tem-se um processo de trabalho, com sua direcionalidade técnica, envolvendo instrumentos e força de trabalho, sendo passível de uma análise macroeconômica geral. Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que

cumpra a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico (PEDUZZI, 2001).

Entendemos o trabalho em saúde como um modo de trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção, sendo assim temos a construção de um espaço e intercessor, nos momentos assistenciais, da produção de serviços de saúde entre usuários e trabalhadores, e ambos vêm necessidades e modos de agir, num jogo de encontro e negociação de necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhadores e equipes (MERHY, 1997).

Sustentando o que Merhy (1997) traz, podemos entender que o processo de trabalho em saúde tem por finalidade a resolubilidade de determinada demanda do indivíduo sob a atenção prestada, isso parte de interagir com atenção a necessidade do usuário, no momento, e posteriormente, podendo ordenar o cuidado longitudinalmente e em imediato, trabalhando o contexto global da intervenção pretendida. As intervenções do processo de trabalho em saúde, exigem na prática, a apropriação do conhecimento relativo, aos elementos do processo de trabalho que estão presentes na área da saúde.

Refletindo sobre as produções de Merhy (1997) e Peduzzi (2001), vimos que conhecer o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e os recursos tecnológicos que fomentam a prática em saúde, fazem da prática em ato, um elo real das ações dentro do processo de trabalho em saúde. A cada evolução dos objetos de trabalho, maiores são as exigências para com os meios e instrumentos, devidos a isso atualmente vimos os crescentes avanços tecnológicos nas demais variadas áreas, inclusive na APS.

Ao falarmos da necessidade de consumo de tecnologias, duas 'distorções' devem ser apontadas. A primeira é quando o consumo de tecnologias de saúde, em particular atos médicos e procedimentos de todo tipo, passam a ser vistos como a principal estratégia para se ter saúde, desvalorizando a centralidade das condições de vida. É uma forma de medicalização da sociedade também. A segunda 'distorção' é quando confundimos tecnologias de saúde com a utilização de equipamentos altamente sofisticados, tanto para diagnósticos, como para terapias (CECÍLIO; LACAZ, 2012, p. 17).

Ao falar de tecnologias na saúde, trazemos a luz de Merhy (2016), cujo seus estudos demonstraram uma inclinação dentro da área da saúde, para o uso de tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves. As tecnologias duras, dizem respeito ao uso de máquinas, aparelhos para o trabalho em saúde. No processo de trabalho onde tem-se primeiramente o propósito de usar a clínica, no atendimento, buscando leveza e contato, porém em determinado momento recorre-se ao uso de maquinários, e instrumentos de manuseio pelo homem, faz um trabalho,

baseado em tecnologias leve-duras. Já o trabalho que se apoia nas tecnologias leves, estão diretamente ligados ao relacionamento entre profissional e o usuário, esse processo de trabalho se dá em ato, e só pode se estabelecer mediante a proximidade do contato, da escuta e do olhar.

Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Por exemplo, na medicina tecnológica há um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, a ponto de o trabalhador de saúde reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido (MERHY et al., 2016, p. 65).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, tendo como um olhar teórico, o materialismo histórico dialético.

A pesquisa qualitativa surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Está direcionada para investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia (MINAYO apud FIGUEIREDO, 2008).

A pesquisa exploratória geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja, têm o intuito de torna-lo mais explícito. Seu principal objetivo é o aprimoramento de relexões ou a descoberta de intuições (FIGUEIREDO, 2008, p. 93).

Gil (2017), traz que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Serão inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas estão na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistêmica. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que tem por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, entre outros. Segundo Gil, (2017) outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que se registra entre outros.

Por sua vez, Gil, (2017) aponta que, pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação. Nesse caso, tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Há, porém, pesquisas que, embora definidas como descritivas com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

Buscou-se a aproximação da realidade dos profissionais que trabalham nas ESF, e assim como a pesquisa qualitativa exige o máximo de envolvimento do pesquisador, isso aconteceu em práxis. As percepções muito aprofundadas em relação ao processo

de trabalho demonstrou que estudo qualitativo se fortalece com a interação com os participantes.

Sendo assim, para Guerra (2014) temos os seguintes elementos fundamentais em um processo de investigação: a interação entre o objeto de estudo e pesquisador, o registro de dados ou informações coletadas e a interpretação/ explicação do pesquisador.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Caxias do Sul/RS, em quatro UBS com ESF avaliadas no 2º ciclo de avaliação do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica). Para seleção das ESF as mesmas deveriam dispor no período da realização do estudo de equipe mínima completa e não integrar sua estrutura com equipes mistas, ou seja, equipes que atuam na lógica do modelo tradicional de atenção, sendo excluída a ESF a qual o pesquisador trabalha.

O contexto da pesquisa é gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) responsável pela gestão plena do SUS na cidade de Caxias do Sul. Esta integra a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, cuja abrangência é de 49 municípios. Caxias do Sul tem cerca de 435.000 habitantes, é de responsabilidade da SMS a formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem a promoção de uma saúde de qualidade aos usuários do SUS.

A rede de atenção à saúde, inclui a atenção às necessidades de urgência e emergência junto ao Pronto Atendimento 24 horas e a assistência hospitalar aos casos que requerem internação para cirurgias e acompanhamento mais intensivo.

Em 1996, o município de Caxias do Sul aderiu ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Em 2004, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CAXIAS DO SUL- RS, 2018).

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para obtenção da compreensão do objeto de investigação deste estudo houve a seleção de 21 profissionais efetivos com pelo menos 1 ano de experiência. Os participantes desse estudo foram trabalhadores que atuam nas eSF a saber: cinco ACS; quatro técnicos em enfermagem, três auxiliares de saúde bucal; quatro enfermeiros; três dentistas e três médicos.

Nessa pesquisa a maioria dos participantes foram do sexo feminino, sendo do sexo masculino representado pelo número de dois participantes, nesse sentido a força de trabalho feminina estava em maior quantidade. A forma de contratação dos membros das equipes na maioria é estatutária, com no mínimo um ano de experiência, que variou até vinte anos de serviço prestado, somente os ACS são contratados em regime celetista.

Os profissionais tem uma escolaridade adequada ao cargo, e em alguns casos existem profissionais com formação de nível superior e pós graduação, exercendo função nos cargos de nível médio e técnico. Nesse sentido temos perfis de profissionais variados, o que enriqueceu a construção do estudo.

Os participantes selecionados deveriam ser efetivos, com pelo menos 1 ano de experiência. O número de participantes sofreu diminuição de acordo com os critérios seleção adotados em estudos qualitativos, estes pautados pela saturação dos dados.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados desse estudo foi realizada por dois instrumentos: entrevista semiestruturada, no período de 20/02/18 a 10/06/2018.

#### 3.4.1 Entrevistas semiestruturadas

O instrumento de coleta de dados principal do estudo foi a entrevista semiestruturada. Esta se diferencia por dar liberdade para a pessoa entrevistada se expressar. Para isso o pesquisador deve manter o assunto central em evidência, e no decorrer da entrevista salientar os pontos pertinentes.

A entrevista semiestruturada foi subsidiada por um roteiro (APENDICE A). Segundo Figueiredo (2008), o entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro para aprofundar e esclarecer pontos que considere relevantes aos objetivos do estudo. Nesta pesquisa, em determinados momentos as perguntas foram reformuladas para melhor esclarecimento e facilitação da compreensão do participante.

A entrevista disponibilizava perguntas fechadas as quais caracterizaram a identificação de perfil do participante, fizeram alusões ao tempo de experiência profissional, total e na ESF, idade, sexo, escolaridade, sendo assim foi obtido dados que trouxeram a proximidade com o trabalho em APS, principalmente em eSF.

A outra parte da entrevista contou com perguntas abertas, na parte da entrevista cujo as questões foram apresentadas aos participantes, aproximou-se os objetivos e

pressupostos, do entendimento dos profissionais sobre seu cotidiano de trabalho, acerca das questões apresentadas. Trouxemos pontos relativos a finalidade do trabalho, relação profissional, potencialidades e fragilidades, estas entrevistas propiciaram a liberdade para que os participantes pudessem expressar-se, e contribuir com a pesquisa, de maneira a favorecer o entendimento relativo ao processo de trabalho das eSF.

### **3.4.2 Considerações Éticas**

Os preceitos éticos envolvendo a pesquisa com seres humanos foram respeitados, sendo ancorados nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde número 466/12 e 510/2016.

A pesquisa foi iniciada após autorização do local onde foi realizada a pesquisa (ANEXO A), bem como a posterior aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (ANEXO B), sob o número 2625621.

Aos participantes que aceitaram participar da pesquisa foi detalhado o projeto indicando seus riscos e benefícios, e solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Essa pesquisa não ofereceu riscos físicos aos participantes, porém pelo caráter interacional das entrevistas correu-se o risco haver desconfortos emocional, mais em nenhum momento de entrevistas tivemos esse tipo de situação. Caso acontecesse alguma intercorrência desse tipo, seria pausado a entrevista e se necessário reagendado um novo dia para o término.

O anonimato dos participantes foi garantido pela inclusão de um código alfa numérico indicado pela inicial da profissão que pertence por números cardinais, exemplo, ENF1 para enfermeiro e assim sucessivamente.

No local para realização da coleta de dados foi apresentado o objetivo da pesquisa bem como se procedeu a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual continha as informações sobre a pesquisa e os direitos dos participantes.

O processo para coleta de dados consistiu em entrevistar os participantes, selecionados em conversa prévia, para a averiguação, se entravam nos quesitos de inclusão. E nesta conversa já se estipulou um momento de devolução do que foi produzido via pesquisa, cujo seria após a defesa da dissertação.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados sob o olhar teórico dos preceitos do materialismo histórico dialético aliado ao trabalho em saúde (Marx, 2012) e dos autores que refletem sobre o trabalho e processo de trabalho em saúde.

A análise de conteúdo a luz de Bardin (2010), estrutura-se em três fases: A primeira foi a pré-análise, cujo se construiu a análise dos dados, narrativas, depoimentos, reunindo-se o material coletado organizando-os passo a passo, direcionado pela leitura flutuante das entrevistas, esta análise foi uma construção onde as relações com o meio e perspectiva subjetiva tiveram uma grande valia para pesquisa onde iniciou-se uma aproximação maior com os dados. Organizando os documentos, dando uma exaustiva importância ao que se extraiu das entrevistas transcritas, sempre dentro de uma representatividade homogênea.

Buscou-se interpretar os dados obtidos com a pesquisa, de maneira qualitativa, desta maneira podendo aproximar os resultados dos objetivos e da averiguação dos pressupostos. O método de análise qualitativa dos dados proporcionou uma imersão no universo dos participantes. E desta forma, utilizando a ciência para a compreensão dos dados obtidos com a pesquisa.

Mantendo alusão à Bardin (2010), a segunda fase da análise de conteúdo, foi onde o pesquisador de forma qualitativa, buscou as respostas para seus pressupostos, começando a entender o material coletado e sua aproximação com seus objetivos. Esse momento o pesquisador identificou, codificou e agrupou os dados em torno da resposta da questão de pesquisa.

No intuito de corroborar a luz de Bardin (2010), reflete o que Minayo (2012) traz sobre análise dos dados, sendo assim o verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total.

A segunda fase é exaustiva, pois aproxima-se fortemente da terceira fase onde a passagem torna-se um complemento importante, porém todo o material levantado é visto e revisto, para poder estruturar a passagem para a terceira fase, não havendo percepção de mudança. Esse momento da pesquisa, existe uma visão do que há de construtivo, e relevante, do que se foi levantado, em um movimento de reflexão e retomada constante de análise do material das entrevistas.

Para Minayo (2012, p. 623):

Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos”.

A terceira fase foi o processo de tratamento e interpretação dos resultados. Em Bardin (2010), a busca em revelar que este momento é para o pesquisador, onde ele pode estabelecer inferências entre o tratamento dos resultados e os objetivos, criando categorias e subcategorias, podendo formular sua resposta acadêmica, para a questão norteadora, do seu trabalho científico.

Segundo Minayo (2012), fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora.

Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. Nesse sentido Minayo (2012), nos traz que a interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido. A análise pode se efetuar numa amostra desde que o material a isso se preste.

A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial (BARDIN, 2010, p.123). Exploração do material, fase muito difícil, onde claramente o rigor metodológico se evidencia. Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas pelo ordenador no decorrer do programa completa-se mecanicamente. Bardin (2010), expõe que esta fase, longa e

fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

Antes da interpretação dos dados, primeiramente passou pelo tratamento dos resultados, segundo Bardin (2010), os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. Por fim a interpretação pode gerar outras orientações para uma nova análise, ou a utilização dos resultados de análise com fins teóricos ou pragmáticos.

O processo de organização contou com o auxílio dos recursos software Atlas.ti a saber: as entrevistas após transcritas foram inseridas no software [documents]; os trechos do conteúdo [quotations] foram selecionados e atribuído um código [code]. A partir da criação de vários códigos os mesmos foram agrupados por ordem temática [code groups]; e os resultados foram expressos em rede de visualização [network]. A criação dos códigos, a partir das narrativas dos participantes, o agrupamento dos códigos foram feitos, na medida em que se detectavam as semelhanças de visões em cima do que o instrumento de entrevista propiciou. Nesse sentido foi criado categorias, subcategorias para os códigos formados. Esses códigos estão relacionados com o objetivo da pesquisa. Esclarece e fomenta a discussão do conteúdo analisado.

O conteúdo analisado, após as transcrições das entrevistas, foram documentos de suma importância, trazem o propósito qualitativo, devido a validação e exploração das narrativas reportadas para cada códigos. A viabilização da pesquisa se deu devido ao uso do Atlas t.i., como auxílio da análise dos dados. Essa fase da pesquisa trazida com rigor metodológico, exaustão em torno de validar cada código, como legítimo e científico.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado da análise dos dados de 21 documentos [entrevistas transcritas] do estudo possibilitou a seleção de 285 trechos de narrativas, vinculadas a 32 códigos, inseridos, e oito subcategorias, agrupadas em três categorias.

A tabela exposta a seguir demonstra esse resultado:

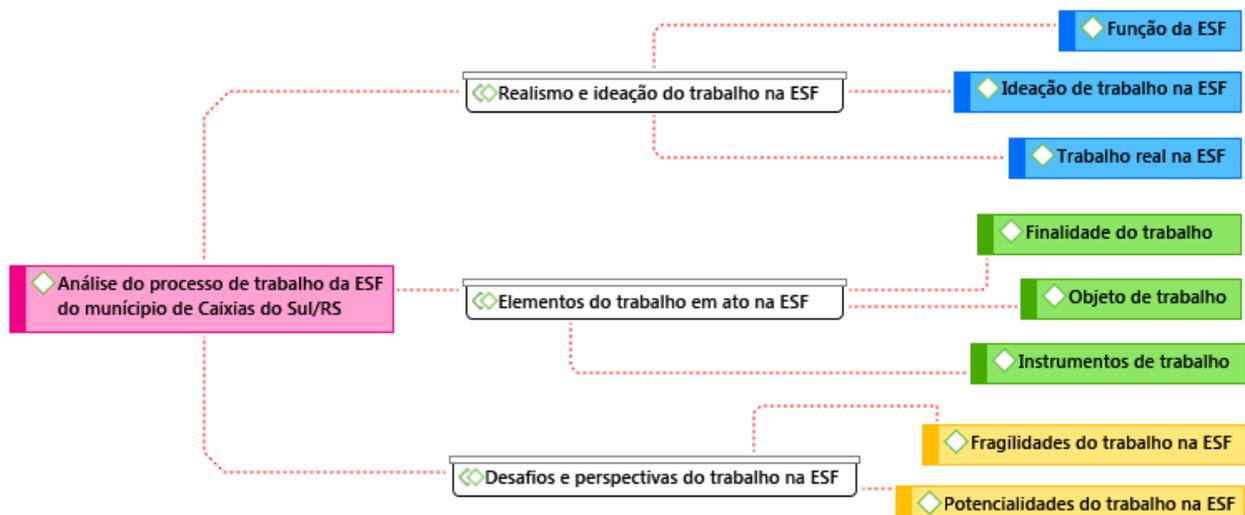
Tabela 1 - Relação das categoria e subcategorias de acordo com o número de códigos referentes ao Processo de Trabalho na ESF em Caxias do Sul/RS.

Categorias	Subcategorias	Narrativas	
		n	%
Realismo e Ideação do Trabalho na ESF	Trabalho Real na ESF	42	14.7
	Funções da ESF:	23	8.1
	Da gestão do cuidado		
	A prevenção de agravos		
Elementos do Trabalho, em ato na ESF	Ideação de Trabalho na ESF	23	8.1
	Finalidade do Trabalho	30	10.5
	Instrumentos de Trabalho	25	8.8
Desafios e Perspectivas do Trabalho na ESF	Fragilidades do trabalho na ESF	85	29.8
	Potencialidades do trabalho na ESF	35	12.3
	Objeto de Trabalho	22	7.7
<b>Total</b>		<b>285</b>	<b>100</b>

Fonte: Banco dados da Pesquisa, 2018

A figura 2 ilustra a síntese dos resultados desse estudo.

Figura 2 - Rede de relação entre as subcategorias e categorias.



Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018.

#### 4.1 REALISMO E IDEAÇÃO DO TRABALHO NA ESF

Nesta seção temos subcategorias trazendo pontos que remetem a função da ESF: da gestão do cuidado a prevenção de agravos, sendo codificada como coordenadora do cuidado e prevenção de agravos, devido a relevância para a pesquisa. A ideação de trabalho, aparece em forma de anseio, de necessidades que os próprios participantes levantaram, baseados em sua vivência profissional e conhecimento teórico sobre as necessidades as quais poderiam ser trabalhadas e não se consegue efetivá-las, demonstra a ideação de trabalho em práxis. Desta maneira destacam-se apontamentos importantes em relação a ideação de trabalho, relacionados com a humanização, processo médico centrado, aspectos multidisciplinares e de prevenção na saúde. E o trabalho real demonstra o que de fato é praticado diariamente pelos profissionais das ESF.

A tabela 2 demonstra os códigos vinculados a estas subcategorias.

Tabela 2 - Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias sobre Realismo e Ideação do Trabalho na ESF em Caxias do Sul/RS.

<b>Subcategorias</b>	<b>Códigos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Funções da ESF: da gestão do cuidado a prevenção de agravos	Prevenção de agravos	16	19,3
	Coordenadora do Cuidado	07	8,4
Ideação de Trabalho na ESF	Multidisciplinar	09	10,8
	Prevenção na Saúde	08	9,6
	Humanizado	04	4,8
	Médico Centrado	02	2,4
Trabalho Real na ESF	Curativista	18	21,6
	Prevenção na Saúde	11	13,2
	Multidisciplinar	06	7,2
	Médico Centrado	02	2,4
<b>TOTAL</b>		<b>83</b>	<b>100</b>

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018.

### 4.1.1 Funções da ESF: da gestão do cuidado a prevenção de agravos

Esta subcategoria agrupa os seguintes códigos: função da ESF como coordenadora do cuidado, e função da ESF na prevenção de agravos. As informações aqui encontradas, trazem um relato da percepção dos participantes, fazendo uma discussão com o que é preconizado. A prática e a teoria aparecem conectadas, pois saber a função da ESF remete ao conhecimento do que é preconizado ao que é realizado, no processo de trabalho diário. Desta maneira pode-se entender que existem conceitos formados sobre a função da ESF.

#### 4.1.1.1 Coordenadora do cuidado

Alguns trechos das entrevistas expressam o que é a função da ESF:

[...] seria agente comunitário no caso, fazendo a ponte, entre a comunidade e a UBS, a gente relatando os problemas de saúde com a equipe para poder ajudar a família, acho que seria essa a função da estratégia (ACS1).

[...] estratégia é agregar todas as áreas: atender o paciente, ter foco na família toda, não somente o paciente isolado, mas sim entender todo o contexto de onde ele está inserido. Identificar o porquê do problema; o que que está acontecendo com cada indivíduo e não somente tratar o problema em si (DEN1).

[...] na minha opinião a estratégia da saúde da família é primordial, na organização, no atendimento da saúde. Os pontos fundamentais são a prevenção para saúde, prevenção da enfermidade e como seu nome diz trabalhar vinculado com a família, com a comunidade, portanto uma função que é de médico, mais também é de sociólogo, é de parte da comunidade da família também (MED2).

[...] A Estratégia ela é, na minha visão, não porque estou me especializando, em estratégia, mais eu acho que é a melhor forma, de tratar o ser humano, tratar na saúde no geral, por que vimos não só, a doença, mais procuramos evitar, procura melhorar certos pontos que podem vir a causar doenças, criam o vínculo, tu enxerga o paciente de uma forma integral, então eu acho que essa é a melhor escolha ainda é ESF (MED3).

Nesses relatos podemos analisar que existe um entendimento dos participantes da pesquisa sobre a função norteadora do cuidado da ESF. A ESF é considerada como mola propulsora de reorientação do modelo na APS, ao propor atenção contínua a uma população de território definido, com o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (SANTOS et al., 2016).

A compreensão da função da ESF é o ponto de partida para entendermos o processo de trabalho em saúde em uma ESF. A ESF visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde

e gestores estaduais e municipais entendem a ESF como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2018).

Esses relatos na sua grande parte englobam o que é a função da ESF, e ainda demonstram uma noção que a integralidade das ações também é premissa para o trabalho de qualidade.

Essa narrativa vai ao encontro do que foi observado nas UBS, a nota de observação a seguir fortalece o discurso:

#### 4.1.1.2 *Prevenção a agravos*

A prevenção a agravos em saúde faz parte das ações cotidianas da ESF. As indagações dos participantes da pesquisa demonstram claramente essa visão.

[...] pra mim é assim, na equipe o que nós temos de conhecimento, tem muito mais, a gente atende a família inteira. A família, pai, mãe, filho, para gente saber o que se faz, qual é o problema, a saúde como está, o contexto, assim, de moradia, a gente avalia, tem pessoas que moram na rua, e aí a gente tenta encaminhar para algum lugar que possa ajudá-lo. Mas a gente vê que as vezes não é fácil, mas é a saúde o que mais importa assim. É o atendimento de qualidade a todas as famílias, falei de qualidade à saúde, a nossa função é essa (ACS3).

[...] Ela é para prevenção sim, essa que é a finalidade mais ela não funciona assim. Ela é para prevenção, mais nós trabalhamos mais para parte curativa do que na prevenção. Para mim Estratégia Saúde da Família ela vem para trabalhar a parte preventiva, mais do que a curativa. E não é feito isso. Você tem que ter uma organização das coisas, uma diretriz, alguma coisa que te de o caminho para onde tu tens que ir (DEN3).

[...] a função da estratégia é a prevenção, é trabalhar com prevenção. Eu vejo o trabalho de estratégia saúde da família, sempre assim, um foco dentro comunidade pensando em prevenir as doenças antes que elas aconteçam, através de atividades educativas, bem o que está na legislação, digamos assim, na vida prática não é assim, mais o meu entendimento é esse, a gente briga para fazer todos os dias (ENF1).

[...] eu acho que estratégia é mais do que fornecer atendimento médico, eu acho que a gente tem a possibilidade, a oportunidade de envolver as famílias num atendimento clínico, mais de um nutricionista, ajudar na alimentação das crianças, um fisioterapeuta, ajudar na postura correta, eu acho que função da saúde da família não é a cura, mais sim na orientação de outras questões que seja relacionada a saúde física das pessoas (MED3).

[...] A função da ESF para mim é identificar através dos agentes comunitários de saúde, que são a base da unidade, eles que fazem as visitas domiciliares, eles que chegam até as casas das pessoas, trabalham mais próximos da população. Através deles entramos dentro do núcleo familiar, conseguimos ver como as pessoas se relacionam em casa; como elas moram, condições de vida, de

saúde. No meu ponto de vista a função é tentarmos ficar mais próximo da população. Orientação, prevenção, visitas domiciliares priorizando sempre os casos que mais precisam de orientação e atendimento médico. Percebo que o técnico, o enfermeiro e o médico deveriam estar saindo mais da unidade, participando mais das visitas com o agente comunitário (TEN3).

[...] seria ajudar famílias que realmente necessitam, com dificuldade em diversos assuntos na questão saúde, monitoramento das crianças, gestantes. Para algumas famílias faz bastante diferença, como o controle da medicação. Orientações de saúde em geral, vacinas, para as pessoas que não tem esse conhecimento. Essa área não é tão vulnerável, já trabalhei em áreas mais vulneráveis. Faz diferença o agente de saúde ir na casa em loco, observar estas questões, medicação, encaminhamentos. Para algumas famílias, faz diferença sim, o SUS, para outras acho que não. As visitas seriam mais direcionadas para essas pessoas que tem essas carências específicas, pacientes acamados, outros seriam mais o cadastro, por que não tem necessidade de visita domiciliar, feito o cadastro uma vez, para gente ter uma noção do tipo de pacientes que temos e das demandas (ASB1).

As políticas de saúde, que se constituem em formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas em saúde. Os problemas de saúde das populações, direcionam a organização dos serviços, a gestão e o trabalho assistencial. Contemplam princípios, propósitos, diretrizes e decisões de caráter geral. Orientam a materialização do trabalho cotidiano em saúde, em meio a dadas condições histórico-sociais e à participação de sujeitos. Os seus conteúdos conformam um imaginário, incorporado pelos profissionais e população, em torno do que devem ser as práticas em saúde, norteando-as em alguma medida (FREITAS; MANDU, 2009).

Embora a ESF se configure como um instrumento importante e mobilizador de mudanças, deve ser vista como campo de possibilidades, mais que modelo estruturado a ser incorporado acriticamente pelo país afora. Isso significa superar o ideário de formação de modelos ideais de saúde, defendendo a integralidade como princípio privilegiado para reorganização das práticas e reversão do modelo. (SANTOS, et al, 2018). Contudo a prevenção a agravos é um fator importante, quando busca-se a integralidade, as forças de trabalho devem estar norteadas por esta premissa.

Integralidade implica no compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional, como a equipe de Saúde da Família.

As falas dos participantes se assemelham principalmente no que se diz em relação ao vínculo com a família, ações desenvolvidas para à família, e dentro do contexto familiar e comunitário. E de maneiras diferentes todos citaram a integralidade como forma de atuação profissional.

Para Santos et al., (2016):

A compreensão e apropriação do conceito de necessidades de saúde pelos trabalhadores contribuem para o desenvolvimento de práticas que vão além da intervenção nos corpos biológicos, ao tomar, como foco de intervenções, diversos aspectos que caracterizam a complexidade da vida humana.

A integralidade, segundo Mattos (2009), antes que um conceito, é uma “imagem objetivo”: “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar”.

Abarcando vários sentidos, convém não exaurir a definição de integralidade, a fim de que não sejam silenciadas as vozes dos que participam na construção de um sistema de saúde mais justo e solidário (FRANCO, 2018).

#### **4.1.2 Ideação de Trabalho na ESF**

A ideação de trabalho, é representado nesta pesquisa, pelo pensar dos participantes sobre o trabalho, isso é o que eles entendem que deveria ser feito, emana da relação entre a teoria e a prática. A ideação de trabalho é um achado desta pesquisa, denominado devido aos dados analisados. Além disso, essas análises se valeram da luz de Dejours (2012), que traz um conceito sobre o real trabalho, que remete a questões como a do fracasso, e a subjetividade do processo de trabalho, idealizado ou não, e com grande riscos de levar a sentimentos de frustrações.

Esta subcategoria contou com os seguintes códigos: humanizado, médico centrado, multidisciplinar e prevenção na saúde.

##### *4.1.2.1 Humanizado*

Os achados em relação a esse tema tiveram grande relevância com falas pertinentes ao processo de trabalho de como seria o trabalho numa ESF, alguns dos entrevistados demonstram que em determinado momento o trabalho em ESF traz alguns pontos importantes de serem descritos. Esses pontos remontam a humanização do trabalho da ESF, conforme demonstrado nas narrativas a seguir:

[...] o que poderia melhorar mais, é todo mundo atender bem o pessoal, é ter paciência, por que as vezes tem uns que tem outros não tem, é isso. Serem mais igual ao povo não querer ser mais do que os outros. É a única coisa que eu acho” (ACS4).

[...] eu acho, e eu prezo muito isso aqui, que todo paciente que chega, aqui deveria ser ouvido por um enfermeiro que é o que deveria dar as orientações, e aí esse enfermeiro saberia dizer que tipo de ajuda esse paciente precisa, se precisa de uma consulta com o clínico, se precisa de uma consulta com uma

coisa mais especializada, se precisa de um escuta de alguém, eu acho, que todo paciente que chega deveria ser acolhido por um enfermeiro.MED3

[...] A única coisa assim que.... Eu acho o trabalho muito interessante, eu acho bem legal...trabalhar com ESF, e trabalhar com os profissionais como eles se sentem perante a isso...porque pra ti trabalhar com ESF tu tens que gostar de Estratégia. Eu gosto muito...eu já poderia ter pedido transferência dessa UBS pra uma outra UBS porque aonde eu moro tem quatro UBS que ficam mais próximas da minha casa, bem mais próximas do que no Serrano...inclusive na frente da minha casa tem uma UBS...Eu não peço por que? porque nenhuma dessas outras UBS são política de ESF...e as UBS que não são ESF fogem um pouco daquilo que eu gosto em saúde pública...e eu fico aqui porque eu me sinto muito bem aqui, a forma de trabalho aqui é o que eu gosto, é o que eu procurei dentro da saúde pública...acho que é bem legal. TEN1

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (GOULART; GIARI, 2010).

Existe a intensão de trabalhar com humanização, porém, distanciado o real do ideal, o acolhimento em geral, não é classificado a partir do risco, e sim nas vagas para consulta médica em ordem de chegada.

A política nacional de humanização (PNH, 2013) preconiza uma qualificação no processo de trabalho em saúde e na gestão. Esse aperfeiçoamento das ações em saúde, perpassam pelo acolhimento com classificação de risco, clínica ampliada, ambiência. Esses novos olhares buscam trabalhar o princípios e diretrizes do SUS, de forma racional, mais humana, ajudando na prestação de serviço e no bem estar geral do usuário. (BRASIL, 2018)

#### 4.1.2.2 *Médico Centrado*

A concepção de doença como um acometimento orgânico que deixa marcas no corpo — as lesões — faz parte de um estilo de pensamento médico denominado de modelo biomédico, isto é, de um modo distinto de definir a realidade do adoecimento. Apesar de se tratar de uma categoria construída, um artefato do conhecimento, tal construção passa continuamente despercebida, e a tendência que se verifica na prática é a de uma indesejável reificação dessa categoria. Na sociedade ocidental, essa forma de olhar — o [olhar anatomoclínico] — ainda é identificada como verdadeira, objetiva e científica (NOGUEIRA, 2012). 55

Essas concepções não estão indicando o que é certo ou errado, mais sim uma reflexão sobre o real processo de trabalho que está centrado na atuação médica. Neste sentido é importante destacar as seguintes falas:

[...] Nós temos que dar uma acolhida melhor para população, vem hoje, mas não consegue, mas amanhã tem que vir e conseguir, assim as vezes até eu vejo as pessoas vir cinco horas da manhã aqui, vem quando tem vinte oito vagas, ou dezesseis vagas, as cinco horas? Ainda arriscando no tempo, e chegar aqui e não ter mais vaga, olha a frustração da pessoa, que fica ali, é muito grande gente, é isso que me preocupa sabe, aí é nós vamos visitar as pessoas, fazer as visitas na casa, “mais nunca tem vaga?” Eu não consigo nunca! E eu acredito, e eu ouço, e digo a senhora tem razão, são poucas vagas para criança, poucas vagas para idosos, poucas vagas no geral. Por que até os sessenta anos é geral, nós ouvimos, eu ouço muita coisa também, e eu compreendo por que é verdade, as pessoas estão reclamando e elas tem razão, mais da nossa equipe, assim de trabalho, é muito bom, nós temos uma enfermeira mais muito maravilhosa, um médico muito bom, a nossa técnica é muito boa ótima, as gurias são muito boas, assim para atender. O que mais reclamam, é a falta de vagas para consulta médica (ACS3).

[...] cada serviço deve saber o que outro faz, tem muitas coisas que são de demanda da UBS, tem muitas coisas que são de demanda dos serviços especializados. Uma das que se perde muito tempo, é você ter que colocar todas as consultas no sistemas, depois a central tem que marcar e você avisar esse paciente por telefone, as pessoas trocam muito de telefone. Rever o tempo de retorno das consultas especializadas nos serviços conveniados com rede, ficar mais tempo vinculados ao serviço até o final do tratamento, e que o retorno com exames já seja marcado diretamente no serviço (ASB1).

Os relatos reforçam a visão do modelo hegemônico, e deveriam buscar o processo de trabalho, com o protagonismo das outras profissões. Essas demandas refletem, o trabalho centrado no médico, e essa tendência de idealizar, e de até mesmo priorizar, apenas o trabalho médico.

Desta maneira observamos nas narrativas que existe um anseio por acolhimento com classificação de risco e maior participação dos enfermeiros no atendimento aos usuários.

O modelo hegemônico, pode estar idealizado nas relações do processo de trabalho em saúde, devido à grande empenho em manter essas práticas centradas na consulta médica, essa questão está ligada a uma visão cultural desse modelo, ou em relação de poder, o que por sua vez influencia os usuários e profissionais de saúde, que idealizam, e acreditam no processo de trabalho médico centrado.

Segundo Peduzzi (2001), deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo.

Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001).

#### 4.1.2.3 *Multidisciplinar*

Ao ir de encontro ao trabalho multidisciplinar entramos num campo de discussão onde o ideal se torna-se uma premissa de trabalho, transpassa a questão de um anseio, e sim, torna-se um norte. Para um melhor cuidado em saúde, na APS é imprescindível o trabalho multidisciplinar. No entanto nas seguintes verbalizações entramos na questão do modelo ideal de trabalho que de fato não é efetivado:

[...] eu que não tem tempo, e a população é muito grande para UBS, deveria ser uma UBS maior, com mais funcionários para trabalhar. Eu acredito que deveria ter uma conversa antes de dar aquela consulta, ver se aquela pessoa tem necessidade naquele dia. Ou ver se é mais a parte psicológica, por que as vezes nas visitas vimos que a doença não é da “carne”, é mais o psicológico. São poucos os integrantes das equipes, de toda a UBS no caso (ACS2).

[...] acredito que deveria ser médicos, com os enfermeiros, técnicos, agentes comunitários na sua totalidade da equipe, cada um atendendo somente as pessoas da sua equipe. É bem claro para mim, logo que vim trabalhar aqui da outra vez funcionava assim, nós tínhamos muito mais vínculo com as pessoas, então cada enfermeira fazia o acolhimento das pessoas da sua equipe e muitas vezes a pessoa acabava fazendo vínculo com a enfermeira, com o técnico, e as vezes não precisava nem da consulta com o médico. Então eles acabam se quebrando, a equipe fica quebrada. Então o processo de trabalho deveria ser assim: o usuário com o vínculo com a sua equipe (ENF2).

[...] é um desafio diário. Ir trabalhar sabendo que vai encontrar uma dificuldade atrás da outra e muitas vezes não tem como mudar aquilo. A questão da falta de recursos, escassez profissional, falta de insumos básicos, muitas vezes falta de medicamentos que precisa utilizar todos os dias. A necessidade de ter mais tempo com paciente é muito importante. Cada profissional tem que dar o seu melhor, seja o médico, o enfermeiro, o técnico tem que fazer o que está dentro das suas competências e fazer o melhor pra isso. Pelo menos para que o ambiente de trabalho em que estamos inseridos ser bom. É um desafio diário, mas se a equipe é coesa e cada um faz o seu trabalho conseguimos pequenos resultados que em conjunto se soma (MED1).

[...] olha teoricamente a estratégia saúde da família tem uma organização que não tem muito a de propor novo, teoricamente na teoria, nos livros nos protocolos, tudo tá muito lindo, muito tudo fundamentado, eu acho que o maior problema da estratégia saúde da família, é que ainda os administradores da saúde, os gerentes ainda não entendem a estratégia saúde da família como o eixo fundamental da saúde. Então desse ponto de vista isso fica muito difícil de trabalhar, tu quer fazer um trabalho, tu não consegue fazer esse trabalho, por que tem te travas. Eu gostaria que fosse um processo bem direcionado, bem organizado, que o médico, que a enfermeira, que a equipe toda pudesse dar todas as respostas, que pelo que fato, na estratégia saúde da família, a gente tem que dar. Se tiver todos os nossos meninos e meninas imunizados, se a gente tiver todos os programas de prevenção precoce de doenças de casos transmissíveis e não transmissíveis, isso seria o ideal, é o que eu gostaria. Só que é difícil sobre tudo, por que a gente não conta com recurso suficiente, que a

gestão presta atenção em outras coisas, e não na atenção primária, apesar de que nesta UBS, a gente trata as coisas com a gerente também, para fazer o melhor possível para fazer a atenção na estratégia saúde da família, apesar de termos muitas travas, muitos inconvenientes (MED2).

[...] eu acho que deveria ter uma equipe, para fazer saúde da família. Então, uma equipe de técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico, que cuidasse basicamente da saúde da família, e uma equipe que deveria dar conta do restante do trabalho, sala de vacinas, procedimento, balcão, enfim todo o resto. Para que esta equipe que cuida da família pelo menos, uma ou duas vezes na semana conseguisse se encontrar, com os agentes, conseguisse conhecer o território, conversar sobre as gestantes idosos, e assim por diante. Por que, o tempo para esse encontro é pouco. A gente está tendo uma reunião de micro equipe por mês, ou a cada quinze dias, mais é uma hora, e não conseguimos vivenciar a realidade dessas pessoas. TEN2

As essências dos discursos acima, trouxeram o ideal de uma equipe multidisciplinar, revelaram a importância para APS de um modelo de assistência com interdisciplinaridade, dentro das equipes multidisciplinares. Demonstraram que o trabalho das ESF, necessita dessa abordagem para que se concretize dentro dos parâmetros da integralidade.

Nesse sentido, o trabalho em equipe é considerado um dispositivo privilegiado na direção do cuidado e da integralidade das ações de saúde. Assim, novas práticas podem ser criadas no cotidiano dos serviços de saúde com o objetivo de formar redes multiprofissionais de cuidado que possam atuar melhor frente à “problemática da saúde” (NOGUEIRA, 2012).

#### 4.1.2.4 *Prevenção na Saúde*

Quando fazemos da prevenção na saúde uma necessidade de trabalho ideal, reportamos que necessitamos de maior empenho e fomento de gestão para que possamos realizar essa importante função que é a da ESF, esse pensamento deve ser ou estar ligado diretamente à realidade da atuação dos profissionais da APS. Desta forma vimos nas falas que o trabalho de prevenção ainda está inserido em reflexões de um serviço ideal, e não como real processo de trabalho, cabe a leitura das seguintes passagens:

[...] tendo em vista que temos a segunda eSF, mesmo uma boa parte do bairro ter bom poder aquisitivo, uma das questões seria o carro para as visitas domiciliares. Pois aqui, o carro vem para visitas domiciliares, de quinze e quinze dias. Seria importante que fosse semanal, para cada equipe. Devido as demandas de pacientes acamados com curativos e procedimentos grandes, até autismo, tem um caso de uma mãe que tem três filhos autistas. Então seria a questão do carro para visitas domiciliares e também a estrutura da UBS, questões de divisórias, melhorar os espaços dentro da UBS (ASB1).

[...] eu não sei, eu acho que na nossa UBS, não gravei muito a lei, assim né, mas eu acho que dentro do que é o princípio da estratégia da saúde da família a gente trabalha bem, sabe, eu acho o que poderia ser melhor, que talvez o que limita a gente muito, é a falta de número de pessoas, a gente tem uma equipe pequena pela demanda de pessoas, pela demanda de usuários que a gente tem aqui na UBS, por que justamente, é como eu falei para mim a estratégia é prevenção, deveria ter mais grupos de auxílio a população, para trabalhar mais a população, tentar buscar a população de uma maneira, nessa forma, assim, mais eu acho que dentro, não seria bens, mais, dentro de nossos recursos, tanto de pessoas quanto financeiro, eu acho que a gente tenta fazer o máximo que a gente consegue, sabe, a gente tenta visitar em casa, a gente tenta fazer a busca desses pacientes, a gente faz o rastreamento, a gente tem as agentes, as vezes as agentes vão na casa, quando a gente está preocupada mesmo que as vezes não sege da área da estratégia, a gente faz essa busca, a gente identifica algum problema, a gente tenta buscar fora pra tentar trazer, para ver o que que está acontecendo, sabe. Acredito eu que dentro do princípio de estratégia as nossas 2 equipes aqui da UBS, a gente tenta trabalhar o que bem numa maneira como deveria ser, sabe, de triar esses pacientes de acolher esses pacientes, de buscar esses pacientes, eu acredito que seja mais ou menos isso deveria ser e é o que a gente tenta fazer (TEN1).

A ideação de trabalho na prevenção, é o empenho dos atores envolvidos no processo para uma melhoria na saúde de forma geral, e se desta forma aparece como algo em construção e inacabado, e em determinado momento utópico, temos a noção que a exigência sobre o pensar em melhor atuação passa por conhecer e creditar que possamos agir no encontro de soluções viáveis para o trabalho de prevenção na saúde de forma real.

Ao se responsabilizar pela saúde da população territorializada, as equipes desse âmbito assistencial devem ampliar a prática curativo preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida. Nisto reside um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde. Contudo vimos que o trabalho multidisciplinar faz enfrentamento direto com o modelo curativista inserido no contexto médico centrado, e isso enfraquece a atuação das equipes desta maneira salientamos a existência real deste modelo fortemente ainda hoje (FREITAS, 2009).

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

### 4.1.3 Trabalho Real na ESF

O trabalho real reporta as ações que são vivenciadas na prática diária, e também são realizadas a partir de uma autonomia ou na falta da mesma, para a resolução de problemas diariamente enfrentados, e até mesmo do planejamento das ações. Essa questão de trabalho real aparece para imprimir o que de fato acontece, refletindo no que os profissionais de saúde, participantes fazem no seu processo de trabalho. O trabalho real pode se apresentar com variadas tendências, como à curativista, a médico centrada, a humanizada, a prevenção na saúde e a multidisciplinar.

#### 4.1.3.1 Curativista

Quando falamos de trabalho real, compreendemos que esse processo é o que de fato acontece, e desta forma, definimos o trabalho real como aquele que verdadeiramente é trabalhado, é a realidade do profissional em frente ao que ele pode fazer ou não, dentro da sua governabilidade.

O trabalho real curativista é o trabalho no modelo tradicional, médico centrado insere-se no modelo biomédico com forte vinculação dessa visão. Deixa-se de lado a prevenção em detrimento da cura, onde as ações preventiva não efetivam-se devido ao grande esforço o trabalho curativo. Esse modelo como é visto continuamente em práticas de processo de trabalho, ficou bem exposto nos depoimentos citados abaixo:

[...] no dia a dia percebemos que a atuação é em cima da doença, de tratar, dar remédios. E muitas vezes nem tratamentos que não usem remédios, tu tens que dar algum remédio, por que se não o paciente sai frustrado porque tu não deu remédio para ele, eles querem a medicação. Mais eu gostaria que eles usassem outras coisas, chás, medicina alternativas, outras coisa que não agridem tanto, e também outras coisas que tem bastante comprovação. Então atuamos na doença, mais eu gostaria de atuar mais na prevenção, na promoção, na educação em saúde. É difícil de fazerem eles aceitarem, isso também, falamos, explicamos, mais as vezes ele não absorvem. Mais eu acho que um dos caminhos é a educação, em relação à saúde, a qualidade de vida, isso na verdade evitaria o aumento do aparecimento e dos gastos públicos que temos (MED3).

[...] agora a gente está conseguindo fazer um pouco mais de “estratégia”, mais ainda sim eu acho que gente não faz a saúde da família como deveria ser feito. Eu trabalho mais na sala de vacinas, então ali eu tento conhecer as famílias, conhecer as crianças, e daí eu consigo relacionar até um pouco com os familiares, enfim. Eu consigo fazer um pouquinho em sala de vacina, mais a gente não faz saúde da família como deveria ser mesmo. A gente não consegue fazer todas as reuniões de micro equipe, a gente não consegue conhecer todo mundo do território, enfim fazer as visitas, a gente está realmente fazendo o máximo que dá, mais eu acho que não é o ideal, eu fico praticamente o dia todo na sala de vacinas, todos os dias da semana. Então, não consigo conhecer as gestantes da minha área, as crianças, os idosos, os acamados, os hipertensos,

os diabéticos, as mulheres acho que fica bem fragmentado o trabalho. A gente não consegue fazer a estratégia saúde da família como deveria (TEN2).

[...] eu acho que assim, em questões mais emergenciais o indivíduo deveria procurar o pronto atendimento, e termos o trabalho de fazer mesmo promoção e prevenção de saúde. Seria importante o enfermeiro, hoje não fazemos aqui, não sei se em outra UBS do município se faz, a consulta de enfermagem dos crônicos, acompanhar a parte dos hipertensos e diabéticos, acompanhar a parte dos tabagistas, conseguimos fazer. Fazemos aqui, eu participo como enfermeira e a colega da outra equipe como médica. Abraçamos todas as equipes não é individualizado por equipe. A questão do preventivo do colo do útero acho que funciona bem nesta parte da saúde da mulher. A questão da puericultura, acho o que a gente faz aqui dentro das estratégia, isso funciona legal. As consultas a gente faz intercalado entre médico e enfermeiro, e temos um bom resultado. Só as vezes não temos tempo de conseguir fazer aquela busca, e a que é uma coisa assim, a gente faz tirando um pouco da responsabilidade do pai e da mãe. Por que eles são faltosos, ele não vem buscar, daí a gente que tem que estar fazendo busca, e aquilo vai acumulando, vai virando uma bola de neve, e a gente vê que a criança que chega aqui numa situação emergencial estava faltosa nas consultas. A questão da saúde mental também, eu vejo que é praticamente se tu for ver 80% das pessoas que procuram, não são problemas de saúde clínicos, então ter um grupo focado na saúde mental, alguma coisa nesse sentido (ENF4).

Existe um anseio em trabalhar a ESF, como ela é de fato, e o que vemos é que o trabalho dos profissionais não está sendo de acordo com o entendimento ao qual eles anseiam como deveria ser executado.

Cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2018).

Assim, a equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, levando em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de história natural das doenças e da estratégia de integração. Porém, mantém-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam (PEDUZZI, apud PIRES, SORATTO, 2018).

#### 4.1.3.2 Médico Centrado

O trabalho real médico centrado impõe, na prática diária, o direcionamento das ações para a conduta médica. Esse fato é expresso nos depoimentos na sequência:

[...] não sei te dizer, não sei se seria isso, mas que a gente houve muito nas reclamações, são devido à demora, tanto em uma marcação aqui de consulta,

seria mais ou menos isso, quanto a demora profissional, uma marcação cardiologista, então é tudo muito demorado e eu gostaria que fosse mais rápido o andar, se houvesse mais médicos na UBS, mais vagas pra médico, mais pra isso teria que ter. Antes a gente tinha quatro, agora a gente tem dois, e antes era com a UCS, então acho que se tivesse mais médico teria mais vagas menos reclamação acho que seria isso (ACS1).

[...] no nosso processo de trabalho hoje temos a parte das consultas agendadas por demanda espontânea, ou seja, grupos que não são de risco. Para os grupos de risco; os idosos; deficientes; puericultura; estes podem fazer o agendamento por telefone das consultas. Temos também as vagas do dia, que são as necessidades do dia, neste caso são reservados sete vagas. De processo de trabalho também temos as avaliações do Enfermeiro que é bem importante. Que é quando já se tem todas as vagas preenchidas mas o paciente precisa de uma avaliação. Não podemos deixa-lo sem acolhimento. Então os enfermeiros atuam bem nesta parte de acolher o paciente, verificar sinais vitais, identificar a queixa e orientar. Se necessário encaminha-se para o médico, caso contrário, agenda outro horário. Tem a estrutura da sala de vacina, sala de curativo, sala do dentista, onde cada uma tem a sua particularidade (MED1).

Os profissionais das diferentes área, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual (PEDUZZI, 2001).

Quando pensamos no trabalho multidisciplinar, buscamos para todos os profissionais da ESF, sua devida autonomia, e assim seu trabalho, torne-se resolutivo, para a prestação de um cuidado de qualidade. Parte da visão do trabalho em equipe, e não atrelado à força de trabalho médico. O modelo biomédico por ser centralizador prejudica o trabalho na APS, e perde-se por não trabalhar a multidisciplinaridade, essa proposta de mudança deve vir dos gestores, com a sensibilidade de entender que o acesso à saúde ficará facilitado e de qualidade para o usuário do SUS.

A qualidade das ações na APS depende das políticas de apoio e incentivo, que são também definidoras do modelo assistencial vigente, não se pode subestimar, por outro, o poder de determinação do processo de trabalho, concretamente, operado nos serviços como resultado do “trabalho vivo em ato” e dos significados sociais incorporados pelos seus agentes (CARRAPATO et al., 2018).

#### *4.1.3.3 Multidisciplinar*

A multidisciplinaridade, cada vez mais, se incorpora na prática diária das ESF, essa prática tem grande valia para a qualidade da assistência, na APS, pois torna todos

os membros da equipe protagonistas das atividades executadas, e o processo de trabalho que se pauta nesta premissa, traz resolutividade, nas narrativas a seguir vimos estas descrições:

[...] como a gente dá odontologia que faz muito procedimento, somos muito mecanicista, não temos só a visão de procedimento, que é curativo, mais tem todo um outro trabalho que é feito, que a gente não se dá conta. Por exemplo, na graduação de que envolve o cirurgião dentista, que se promova o autoconhecimento, o autocuidado, em relação a essas pessoas que a gente atende que desvinculam do procedimento ou mesmo que façam que elas não necessitem do procedimento num futuro próximo. Eu acho altamente satisfatório, também inclusive trabalhar em equipe, com outros profissionais, são outras visões, para o mesmo problema, acredito que sejam mais criativas, as vezes a gente consegue fazer mais coisas em virtude dessas multidisciplinaridade, desse conhecimento que adquirimos trabalhando em equipe (DEN2).

[...] temos as equipes, temos as reuniões de micro (micro equipe), em cima disso a gente faz os planos de ações, tentamos trabalhar com a equipe multidisciplinar nisso. Nós temos alguns grupos da unidade, que participamos, temos o auxílio dos NASF, para ajudar nessa parte de promoção, atuamos não específico na estratégia, mais temos agendas de pré-natal, puericultura, testes rápidos, mais não por equipe, é para toda unidade, os grupos também não são por equipe, em função de ter duas enfermeiras só. São quatro equipes (ENF4).

[...] trabalhar na estratégia é bem gratificante, justamente pelo o que se entende sobre a função dela; acompanhar a família, a evolução dos tratamentos que o médico está colocando, a resposta dos pacientes. Perceber que toda a sua fala vai ter um desfecho positivo lá na frente. Temos toda a parte da longitudinalidade que é bem importante, a parte da integralidade, da coesão da equipe, da união, uma equipe que funcione. Poder contar com outros profissionais; ter o Nutricionista perto, o Fisioterapeuta, o Dentista, a Enfermeira... é uma equipe multiprofissional que vai ajudando a suprir as necessidades da população (MED2).

Esses relatos demonstram que existe o trabalho multidisciplinar dentro das ESFs, e nesse sentido é reforçado a importância de se investir no processo de trabalho interdisciplinar e ainda, demonstrando comprometimento dos profissionais que acreditam no rompimento do modelo biomédico.

O trabalho coletivo, segundo Peduzzi (2001), caso haja menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

#### 4.1.3.4 Prevenção na saúde

O trabalho de prevenção na saúde, é o ponto primordial da ESF, ações que se voltam em busca de um modelo de atenção à saúde, que pensa e age com integralidade, torna a mudança fundamental, no sentido de demonstrar um potencial de transformação nas práticas de saúde preventiva. Os relatos apresentam uma forte e crescente intenção de trabalhar a prevenção na saúde:

[...] gosto bastante de trabalhar nesta ESF. Anteriormente trabalhava na ESF na cidade de outra cidade e desde 2011 vim para Caxias do Sul e penso que aqui é bem mais organizado. Trabalhamos com a prevenção, atendimentos de livre demanda, urgências e também os atendimentos prioritários que são as crianças; gestantes; idosos e os pacientes com doenças crônicas (DEN1).

[...] no meu ponto de vista, nós enquanto UBS, o trabalho, o processo de trabalho, aqui especificamente da equipe da qual eu faço parte, hoje ele está dentro daquilo que é competência da estratégia saúde da família, a gente tem conseguido alcançar aquilo que fica na alçada da atenção primária. Então no meu ponto de vista, sim, funciona muito bem, e nosso processo de trabalho hoje, ele é resolutivo, porém quando se concentra na atenção primária, ele consegue ser resolutivo, mas quando foge muito da nossa alçada. Até em questões que infelizmente, quando depende das vigilâncias, ou de outra secretarias, dentro da prefeitura, secretaria do desenvolvimento, até dentro da secretaria da saúde, que envolve outros setores, muitas vezes a gente, fica bem desassistido. Então, fica numa espécie de algo que é prometido, que será feito, e como vou dizer, nunca acontece (ENF3).

[...] Olha pra mim de todos os trabalhos que realizei, este é o mais organizado de todos, a estratégia saúde da família, te organiza o trabalho de um jeito, que tu pode usar o serviço, tu pode dar a resposta que a população está esperando, de uma maneira mais organizada, se eu poder trabalhar a vida toda na estratégia saúde da família que funcione, para o próximo eu seria um médico feliz na vida, por que eu acredito na estratégia saúde da família. Eu acho que é um ponto fundamental para nós, sobre tudo para nós é fazermos a prevenção para saúde, prevenção de enfermidade, prevenção de complicações, é ali onde se pode fazer não é no hospital, não é em medicina verticalizada, é em medicina preventiva para doenças, não é ali onde se faz necessariamente, é na saúde da família. Na saúde comunitária a gente pode organizar melhor esses processos (MED2).

[...] a princípio a gente trabalha, a parte de prevenção na escola, ensina a escovar os dentes, alimentação saudável, e como cuidar dos dentes, para eles serem multiplicadores. As vezes as famílias não tem um esclarecimento, sobre isso então as vezes as crianças são porta voz dessa nossa fala. Aqui dentro do consultório, é mais restauração, o problema já está instalado (ASB2).

Falando do processo de trabalho real aquele que acontece na prática cotidiana, os relatos trazem que os participantes, usualmente, entendem o que é o trabalho de prevenção e atuam nessa ótica. Não houve relatos de unanimidade mas sim de um esforço para uma real efetivação do processo de trabalho que busque a prevenção e a promoção da saúde, agindo dentro dos parâmetros da integralidade.

Integralidade, amplo leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária – ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter

biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, assim incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

#### 4.2 ELEMENTOS DO TRABALHO, EM ATO NA ESF

São os meios que o homem utiliza para que possa transformar os objetos de trabalho, são os instrumentos. O meio de trabalho é um recurso ou um meio que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira (MARX, 2012. p. 213).

Nesse sentido os instrumentos de trabalhos são a utilização de tecnologias para esse fim, o transformar do objeto de trabalho, que na área da saúde torna-se variável porém busca-se o melhor para a saúde do indivíduo e da coletividades, através de instrumentos e tecnologias cabíveis.

Compreende-se por tecnologia a busca intencional da produção de bens e produtos que funcionam como objetos, não apenas materiais, mas simbólicos, os quais portam valores de uso e satisfazem as necessidades. Podem ser classificadas como tecnologias duras (instrumentais, normas, rotinas e estruturas organizacionais), tecnologias leve-duras (saberes estruturados, como a fisiologia, anatomia, psicologia, clínica médica e cirúrgica) e tecnologias leves (relacionadas ao conhecimento da produção das relações entre sujeitos) (DE ABREU, 2017).

Assim, ao buscar um modelo amparado na integralidade, é preciso transitar pelo território subjetivo do trabalho vivo em ato na saúde, potencializando redes vivas de cuidado que se desenham no território de tecnologias leves, sem deixar de considerar, contudo, a importância das demais tecnologias.

Tais tecnologias (leves) se apresentam como práticas de acolhimento, escuta e diálogo, significando, consensualmente, para os autores até aqui apresentados, campo privilegiado para exercício do autogoverno e de reaproximação do fazer em saúde com os projetos de vida das pessoas (SANTOS et al., 2016).

A tabela a seguir demonstra os códigos vinculados as subcategorias.

Tabela 3 - Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias sobre os Elementos do Trabalho em Saúde, em Caxias do Sul/RS.

Subcategorias	Códigos	n	%
Finalidade do Trabalho	Específico da Profissão	11	14,3
	Prevenção à Saúde	13	16,9
	Multidisciplinar em ESF	06	7,8
Instrumentos de Trabalho	Tecnologias Duras	17	22,1
	Tecnologias Leves	04	5,2
	Tecnologias Leves-Duras	04	5,2
Objeto de Trabalho	Específico da Profissão	08	10,4
	Multidisciplinar em ESF	08	10,4
	Ações Curativas	06	7,8
<b>TOTAL</b>		<b>77</b>	<b>100</b>

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018.

#### 4.2.1 Finalidade do trabalho

Esta subcategoria contou com os seguintes códigos:

##### 4.2.1.1 *Específico da profissão*

Todo trabalho, portanto, é visto como um processo, pois é constituído por fenômenos inter-relacionados, envolvendo um objeto, instrumentos, dispêndio de energia para realização de uma ação humana intencional que produzirá um produto (SANTOS et al., 2016).

A finalidade do trabalho, à luz de Marx expressa, ou atividade adequada a um fim, traduz o que é trabalho em sua essência. Na relação do trabalho multidisciplinar das ESF, cada profissão tem sua finalidade específica.

[...] para mim, eu por exemplo sinto assim um meio, um elo de ligação, do postinho com a família, as vezes a família não tem como vir aqui, ou assim, de vir aqui desabafar ou expor o problema, por não tempo de vir e falar com médico, é quinze, vinte minutos o que que tu vai fazer numa consulta, assim, é dar um remédio para eles não tem muito tempo, precisaria no mínimo, uma meia hora de consulta, então eu sou um elo de ligação eu sei do problema, se o médico

disser a fulana de tal lá da tua área, tá vem me visitar hoje está com tal problema, eu sei, por que eu fui lá marca consulta com fulano de tal, peça para marcar, fala com o enfermeira para ver se ela consegue dar um jeito, por que eu vejo qual é o problema as vezes a gente chega lá na casa a pessoa tá bem arrasada eu vejo que tem algum problema ali, eu aconselho, as vezes até venho e falo com nossa enfermeira, e ela diz, não, vamos tentar agendar um horário para ele. Então para mim é um elo, eu vejo problema lá, eu tento trazer, falo com a enfermeira, até falo nas reuniões, que nós temos, a gente debate esse problema, que tem para ver, o que a gente pode ajudar (ACS3).

[...] te asseguro que não é curativo, é justamente promover situações que não permitam que as pessoas não necessitem do procedimento, então acho extremamente importante quando a gente faz grupos, faz VDs quando a gente vai participar do baile da terceira idade, na quarta-feira à tarde, eu acho importante sairmos daquilo que somos, ensinados a fazer, a empatia é importante para isso. Que as pessoas tenham empatia com o próximo, saibam passar o conhecimento, para que as pessoas possam ter o auto cuidado e não ficar dependendo da equipe. Que o grande problema hoje é que não criamos o ser humano para se independente e ter o autocuidado. Criamos na dependência para ele voltar e ver se eles estão conseguindo tomar certinho a medicação da hipertensão (DEN2).

[...] no momento vejo que estou aqui “tapando buraco”. Aqui nós “apagamos incêndios” porque não temos a equipe completa. No momento que eu tiver a equipe completa eu consigo direcionar o meu trabalho mais para as gestantes da minha equipe, para atender as ansiedades das agentes comunitárias, para alguns idosos. Enquanto não tiver a equipe completa, coesa, acho que não tem como ficar mantendo esse vínculo com as pessoas. A finalidade do meu trabalho hoje é prestar atendimento a todas as demandas que vierem e não específico a minha área circunscrita (ENF2).

[...] nos parâmetros teóricos da estratégia saúde da família, ser um médico de produção de saúde, de prevenção, de segmento, de enfermidade, de prevenção de complicações crônicas, eu procuro ser um médico que conversa com as pessoas, se a pessoa tem algum problema psicológico, se a pessoa tem algum problema familiar, a gente também conversa com o paciente (MED2).

[...] então, percebo que a finalidade do meu trabalho é orientar, fazer o procedimentos se precisar, fazer um curativos, aplicar uma injeção numa visita, aplicar uma vacina, verificar pressão arterial, glicemia e principalmente na orientar as pessoas (TEN3).

[...] meu trabalho é mais na parte de acolhimento, é na escuta do paciente, para o paciente odontológico, bem como a organização do consultório, assepsia, todo o descarte dos resíduos, limpeza correta dos instrumentais, esterilização, tudo que um consultório precisa ter, para ter um atendimento correto do usuário. Ajuda/auxilia o cirurgião dentista, nos exames, palestras educativas, orientações, podemos fazer palestras orientações, escavações supervisionadas, aplicação de flúor, sempre sob a supervisão do dentista, mais participamos sim (ASB2).

Os trechos das narrativas mencionados demonstram, centralidade em trabalhar no que é específico de suas profissões, porém há uma distribuição de força de trabalho, principalmente, a enfermagem, em atividades multidisciplinares como recepção, e dispensação de medicamentos.

Nos relatos acima ficou explícito que a finalidade do trabalho no entendimento dos participantes, está ligado com ao seu trabalho específico e sua função como membro da equipe. E buscarmos o trabalho interligado e multidisciplinar é importante, e deve-se almejar sempre que esse entendimento venha fortalecer o processo de trabalho.

Outras especificidades se colocam no processo de trabalho em saúde, com a sua finalidade, ou seja, a ação terapêutica, de cuidado, tendo como objeto o indivíduo ou grupos, doentes sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho correspondem aos saberes (MALTA; MERHY, 2003).

#### 4.2.1.2 *Multidisciplinar em ESF*

Como o trabalho multidisciplinar é prerrogativa do processo de trabalho nas ESF, algumas informações coletadas na pesquisa demonstram a visão das participantes sobre a finalidade de trabalho ligado ao processo de trabalho multidisciplinar. O próprio trabalho é visto com essa interação dentro da equipe. Todavia o saber e o fazer podem estar ligados ou não depende da postura de trabalho das ESF.

A compreensão e apropriação do conceito de necessidades de saúde pelos trabalhadores contribuem para o desenvolvimento de práticas que vão além da intervenção nos corpos biológicos, ao tomar, como foco de intervenções, diversos aspectos que caracterizam a complexidade da vida humana (SANTOS et al., 2016).

Os relatos a seguir demonstram esses códigos:

[...] é a prevenção, mais não fizemos isso, até porque temos dois enfermeiros para quatro equipes, aí dificulta a função da estratégia, pela falta de profissionais nas equipes, não conseguimos trabalhar em cima da estratégia. Em reuniões de micro, para conhecer mais a área, que está coberta pelo agentes, que a outras tu não conhece. Conseguimos trabalhar em cima disso, é a visita domiciliar, discussão de caso com a equipe multidisciplinar, no que ele podem nos auxiliar. Conhecer a população, gestantes, crianças. ENF5

[...] o que eu gostaria era passar para o paciente. Não ajudar a cura da queixa pontual, mais que eu pudesse ensinar eles para vida meios de se manterem saudáveis, queria trabalhar mais com promoção e prevenção, dizer assim para eles, não comam muito sal, faça atividade física, não fume e que eles possam levar para frente isso e que a gente pudesse instituir uma qualidade de vida melhor, queria ensinar eles como evitar as doenças, esse seria meu objetivo. Tentamos, mais acabamos tratando mais as queixas, até por que o paciente está acostumado a vir aqui e se queixar de uma coisa especifica, e as vezes ele marca outra consulta para se queixar de uma coisa. Em cada dia tem uma queixa diferente, eles vem varia vezes no mês para se queixar de coisas diferentes, eles mesmo não estão habituados com essa questão de estratégia, de ver o paciente como um todo, que os sintomas podem estar interligados, eles ainda não estão habituados com isso (MED3).

[...] de modo geral, quando acompanhamos o agente comunitário, o médico; ocupamos o papel de complementar as coisas, me sinto bem livre para orientar as pessoas por essa questão de já termos um vínculo com elas. Trabalho sete anos nesta unidade e já conheço tudo mundo aqui no bairro. Então, percebo que a finalidade do meu trabalho é orientar, fazer o procedimentos se precisar, fazer um curativos, aplicar uma injeção numa visita, aplicar uma vacina, verificar pressão arterial, glicemia e principalmente na orientar as pessoas (TEN3).

As eSF estão tentando se estruturar para o trabalho multidisciplinar, todavia ainda existem dificuldades em percorrer essa trajetória.

Nas falas dos participantes vimos que o trabalho multidisciplinar é meta, existe anseio para sua prática em determinado momento existem ações executadas com integralidade e multidisciplinarmente devendo estar dentro das práticas diárias nas ESF. Nesse sentido, entendemos a prática do trabalho multidisciplinar como um ato que busca a integralidade das ações de saúde uma resposta para a resolução dos problemas encontrados no decorrer do processo de trabalho, e assim realizar ações de maior valia no intuito de atender as necessidades individuais e coletivas.

#### 4.2.1.3 *Prevenção à Saúde*

Muitos relatos trazem a prevenção como ato de trabalho, sendo um importante indicador de que essa noção perpassa os caminhos dos trabalhos das equipes. A prevenção como direcionamento de trabalho na ESF, faz com que os resultados sejam melhores. Na ESF podemos trabalhar todos os níveis de prevenção, assim como sua função norteadora do cuidado. Nesse caso vimos que o processo de trabalho molda-se em parâmetros que tragam qualidade ao serviço de saúde. A seguir as narrativas expressão a opinião dos participantes:

[...] é educar as pessoas e tentar levar, as informações da UBS, como funciona, a importância da vacinação, de tomar a medicação correta. O nosso trabalho é mais de educação, o do agente comunitário de saúde(ACS2).

[...] O monitoramento da nossa área, e dos nossos pacientes também. O principal de fato, é o monitoramento da área, quando eu falo monitoramento da área, é justamente fazer um levantamento dos problemas que temos dentro de cada micro área, porque mesmo dentro de uma área, elas se diferem muito, tem uma divergência muito grande. na minha área por exemplo, tem cinco micro áreas, onde tem micro áreas que tem pessoas com nível social, como eu poderia dizer, dentro de uma classe média, trabalhadora e bom nível de desenvolvimento, e outra micro área em contra partida, com pessoas com desenvolvimento social extremamente precário, que trabalham com reciclagem de lixo informal baixas condições de subsídios, até para sustentabilidade da família, para sobrevivência, mesmo, isso tudo, dentro de uma área, não dentro da área da UBS dentro apenas de uma área, das três áreas da UBS, então, sim é um monitoramento da área, é o levantamento dos problemas, dos dados, e ai partindo disso as ações as intervenções que a equipe pode fazer (ENF3).

[...] garantir a saúde da população, garantir o atendimento as necessidades de todas as demandas de saúde, atuar tanto no âmbito curativo quanto no âmbito preventivo. Ajudamos na parte dos grupos onde também entra a promoção de saúde (MED1).

[...] nos parâmetros teóricos da estratégia saúde da família, ser um médico de produção de saúde, de prevenção, de segmento, de enfermidade, de prevenção de complicações crônicas, eu procuro ser um médico que conversa com as pessoas, se a pessoa tem algum problema psicológico, se a pessoa tem algum problema familiar, a gente também conversa com o paciente (MED2).

Nestas passagens os participantes demonstraram uma visão de valorização do processo de trabalho pautado na prevenção de doenças, trazem opiniões de grande valia sobre a questão da promoção da saúde, que tem ligação intrínseca com a prevenção. Desta forma, evidenciamos nos relatos a necessidade de empoderamento dos atores envolvidos no processo de trabalho das ESF.

Destacou-se a promoção da saúde, a partir do entendimento de que essas refletem, em última instância, a ação mediadora do Estado brasileiro em torno de qualidades a serem efetivadas na atenção básica, em meio à historicidade dos modelos assistenciais construídos, nacionalmente, e à participação de diferentes sujeitos. Essas políticas evidenciam potenciais conteúdos reprodutores e transformadores do modelo instituído de atenção básica e permitem destacar, analiticamente, preceitos e modos de operacionalizar a promoção da saúde (FREITAS, 2009).

#### **4.2.2 Instrumentos de trabalho**

Os instrumentos de trabalho, em Marx (2012), aparecem como o que o trabalhador usa para realizar seu ofício, e transformar a matéria-prima. À luz de Merhy (2016), temos as classificações dos instrumentos de trabalho na saúde como tecnologias, essas tecnologias podem ser dura, leve, ou leve-dura. Os códigos criados nos apontam o uso destas tecnologias.

Esta categoria contou com os seguintes códigos:

##### *4.2.2.1 Tecnologia dura*

Usar a tecnologia dura para o trabalho, faz parte do cotidiano do processo de trabalho na ESF, conforme os relatos a seguir:

[...] bom material a gente tem muito material para preencher, é uma barbaridade para preencher nós temos a ficha domiciliar, a ficha individual, nós temos a de visita domiciliar, tem de atividades, quer mais isso, nós temos da visita para gente fazer depois, nós temos a aqui no postinho, nós temos que fazer o nosso dá para registrar, no computador para fazer o registro tem esses papeis que a gente registra em casa, aí uma parte fica conosco, e outra fica no postinho arquivado (ACS3).

[...] olha eu utilizar, eu utilizo todos, por que eu possuo, que eu tenho, ai se tu pergunta quais são os recursos que me fornecem no meu setor, ai já seria outra a resposta. mais eu me, utilizo todos que eu procuro na minha formação e seguimento eu procuro instrumentos, desde livro, instrumento eletrônicos, eu utilizo só que isso a gente não tem, pode ver aqui, que a gente tem apenas a mesa, a gente não tem nem a balança no consultório de médico da família, a

gente não tem, não tem uma balança de criança por exemplo então basicamente nesse consultório nessa UBS, a gente tem que compartilhar, umas duas balança, ou três para todos os profissionais, tá, então nesse ponto de vista eu poderia dizer assim eu utilizo todos mais eu não otimizó todos (MED2).

[...] agora com o sistema deu uma melhorada, mais ainda falta, informatizar muita coisa, ainda. Pediatria não é informatizada ainda, é agenda manual, eu acho que a hora que informatizar tudo vai ficar bem melhor. Com a informatização da sala de vacinas ficou bem melhor o trabalho. Eu que falta, mais os computadores, melhorar, por exemplo, a estrutura da sala de curativos é muito pequena, a observação também, tem material que está quebrado, não tem, não vai. Ultimamente não faltou mais material, então não dá para se queixar, por que tem esses materiais. Já teve seus momentos, hoje está bem melhor (TEN4).

Nestas passagens existe uma preocupação com essas tecnologias duras, que são aquelas que por sua vez podem faltar para o exercício profissional. E demonstram que sua utilização é necessária, pois perpassa todo o processo de trabalho das ESF.

O processo de Reestruturação Produtiva pode ser verificado na ESF, que em muitos casos, muda a forma de produzir, sem no entanto alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, representa que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente, na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (MERHY, FRANCO, 2006).

#### 4.2.2.2 *Tecnologia leve*

As tecnologias leves têm a maior conexão com processo de trabalho na ESF, isso por que nelas imperam transformar em ato, o trabalho baseado nas relações humanas, onde essa posição faz do trabalhador o próprio instrumento de trabalho. E a utilização de meios humanos, pautados nas relações entre as pessoas, é o que está mais acessível ao uso de todos, tornando seu uso mais democrático. As narrativas a seguir demonstram estes achados:

[...] a escuta é sempre, de preferência uma escuta qualificada, a escuta é o que mais usamos. Mais fazemos exame físico, temos agendas para cp, puericultura, atendimento a gestante. Nas ações do dia a dia falando em trabalho dentro da UBS temos agenda para tudo isso, testes rápidos. E os recursos mais usados para grupos, são os recursos humanos. Eu uso muito os alunos sempre que fazemos uma atividade educativa eu convido os alunos. Usamos data show, nossa unidade tem, devido a ponte com a UCS (ENF1).

[...] utilizo mais consulta de enfermagem, atendimento individualizado, as vezes a pessoa não entende, não tem estudo para fazer uma compreensão do que estamos falando, de palavras mais difíceis, então eu costumo muito desenhar, contar histórias para que as pessoas entendam. Acho que as vezes temos que

tocar o coração da pessoa para alcançar alguma coisa, para que a pessoa fique sensibilizada também com a saúde dela. A consulta de enfermagem eu acho primordial, é o melhor recurso que temos para chegar no usuário (ENF2).

[...] eu acho que o maior recurso é o leve, é tu contar com o conhecimento do próximo com a boa vontade do colega, eu acho que na Saúde Pública, a maior recursos são as pessoas, é o leve não é o duro” (DEN1).

Com essa importante valorização vimos no exposto que esses participantes fazem referência ao uso de maneiras mais humanas de atuar na APS. Qualifica o atendimento à saúde, humaniza-o, passa a ser transformador, entrando num modelo mais efetivo de atuação.

As tecnologias leves estão presentes no espaço relacional do trabalho e se materializam nas atitudes dos sujeitos, podendo ser denominadas tecnologias relacionais.

Compreendem o acolhimento, integração, formação de vínculos, espaço para encontros e escuta, respeito e valorização à autonomia, cooperação e corresponsabilização, uso de habilidades de comunicação para adequada expressão verbal, bom humor, empatia e postura ética (ABREU, 2017).

#### 4.2.2.3 *Tecnologia leve-dura*

As situações onde se utiliza no processo de trabalho tecnologias que são de cunho humanístico e tecnicista simultaneamente:

[...] fazemos exames, levantamento epidemiológico, identificamos quem precisa de tratamento, mandamos bilhete para os pais para virem procurar a consulta como forma de prevenção (DEN1).

[...] o material de anamnese. Em grupos, quando fizemos, trabalho de slides, para mostrar, fizemos o acolhimento, sim, ou é na recepção, ou acaba subindo, para ver a necessidade do paciente (ENF1).

[...] de tecnologias utilizamos o que tem dentro da UBS. Por exemplo, para a aplicação de uma insulina utiliza-se o frasco de insulina junto com a seringa, para a verificação da pressão preciso do aparelho também para verificação, termômetro. Trabalhamos também com folder mas não costumo utilizar pois não vejo tanta importância para as pessoas, então acho que o que mais vale é sensibilizar através da conversa e da escuta (TEN3).

[...] utilizamos palestras, fala mesmo com os usuários, sala de espera, atividades na escola, de educação infantil, de ensino fundamental, para que essas crianças sejam multiplicadores do conhecimento. Fizemos o grupo mensal, para que os pais e as crianças consigam ver o que eles fazem de errado, assim como para os demais membros da família. Usamos mídias, como data show, slides, folders, que a secretaria disponibiliza (ASB2).

Percebe-se uma forte associação das tecnologias para a definição das ações.

Utilizar as tecnologias em seu tempo certo no processo de trabalho, somente trará benefícios para a produção de saúde, sendo esse o objeto a ser trabalhado pelos profissionais. Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente, dos grupos econômicos que atuam na saúde (FRANCO, MERHY, 2006).

### 4.2.3 Objeto de trabalho

O objeto de trabalho é o que o trabalhador deve produzir em se processo de trabalho, este objeto é a matéria prima a ser transformada, e nesse sentido gerando seu meio de sub existência, gera renda e oportunidade de aprimorar a própria produção de trabalho (MARX, 2012). O objeto de trabalho na saúde implica produção de saúde, com resultado, essa transformação é resultado de todo o processo de trabalho em saúde.

Está subcategoria contou com os seguintes códigos: ações curativas, específico da profissão, multidisciplinar em ESF.

#### 4.2.3.1 Ações Curativas

As ações curativas fazem parte do processo de trabalho em saúde, a seguir as declarações expressam esta forma de reflexão.

[...] nossa ação aqui é basicamente é curativa. Tentamos fazer prevenção com certeza, mas a maioria dos pacientes que chegam aqui é pra curar algum problema que já está instalado. É claro que atendemos os pacientes com incentivos de prevenção, vamos nas escolas para trazer as pessoas para fazer revisão antes que ocorra um dano. Porém a maioria só vem quando já tem dor ou já está com o problema instalado. Por isso acho que, infelizmente, nossa ação é mais curativa (DEN1).

[...] é apagar incêndio, não faço prevenção, é tu resolver o problema quando ele chega, por que tu não tevês o tempo de atuar, por que a tua área, esta descoberta, e tu não conheces toda a tua população, que se tu conhecesse e tivessem tempo para trabalhar a estratégia, talvez teria se resolvido o problema antes. O paciente chega e aí tu tens que que resolver o problema. O foco é o curativo, não é prevenção, não é promoção. E também pela nossa área ser muito grande, não tem como fazer promoção, não tem estrutura física, e pessoal para fazer isso (ENF5).

[...] no dia a dia percebemos que a atuação é em cima da doença, de tratar, dar remédios. E muitas vezes nem tratamentos que não usem remédios, tu tens que dar algum remédio, por que se não o paciente sai frustrado porque tu não deu remédio para ele, eles querem a medicação (MED3).

[...] é mais em auxiliar na parte de higienização esterilização dar orientações. Sim a gente vai nas escolas manda examinar todos os alunos faz palestras manda bilhete pra quem precisa tá sempre ali atrás incomodando mas tem

pessoal que mostra que vem, mais tem pessoal que vem, que a gente sabe que não está interessado (ASB3).

[...] como técnica de enfermagem, minha ação fica limitada, ao que é serviço do técnico, né, que é mais ou menos, eu não sei se é bem essa a resposta que eu deveria dar, mais fica limitado ao que é o serviço técnico de enfermagem, a gente dá essa orientação, mais primária a esses pacientes, faz os acompanhamentos, quando identifica alguma coisa, mostra pro enfermeiro ou, notificar, o... meu fugiu a palavra, é, demonstrar, não seria essa a palavra, mais pontuar o enfermeiro de coisas que são importantes que talvez, como eles são em menos pessoas, no consiga, nós que somos em mais técnicos talvez a gente consiga identificar algumas coisa a mais, ou como está no dia a dia a gente consiga mostrar ou pontuar algumas coisas que gente perceba de diferente, né, acho que essa seria, não sei se me fiz entender a pergunta ou se me fiz responder a resposta (TEN1).

As ações curativas como objeto de trabalho além de gerar um anseio nos profissionais, devido ao volume e à dificuldade de trabalhar a forma preventiva das ações, é ainda uma prática do cotidiano na ESF, e em determinados momentos ela se sobressai às outras. Porém é importante salientar que as ações curativas são de uso no processo de trabalho em saúde, elas sempre existiram. Desta maneira buscam ser evidenciadas no próprio ato, e também no constituir das ações de valorização, da promoção e prevenção na APS.

O objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto (PEDUZZI, 2018).

#### 4.2.3.2 *Específico da profissão*

Nos relatos abaixo vimos que alguns participantes têm em sua atuação profissional o objeto de trabalho da sua profissão. O objeto de trabalho específico da profissão se mostra quando a reflexão forma-se a partir do seu ato de trabalho isolado.

[...] o foco mesmo é seria a prevenção a orientação para pessoas digamos lá uma pessoa obesa por exemplo, pressão alta, diabetes, colesterol, então a gente tenta conversar orientar muitos não aceitam, mas o objetivo da gente é orientar pelo menos (ACS1).

[...] pelo bom funcionamento de todo o posto, o enfermeiro sempre é o ponto central, da atenção, parece que somos dispensáveis as vezes, mais o enfermeiro é responsável por tudo dentro da unidade (ENF1).

[...] ele tem aquele o olhar do todo mas também individual, então quando o enfermeiro consegue ter isso bem esclarecido, automaticamente isso vai incidir nas resolutividades das ações, porque, partindo desse ponto de vista de gerenciar, coordenar, planejar junta a equipe, é como que colocar assim o

trabalho fica organizado, e cada qual com consegue exercer sua função de uma maneira clara objetiva, porém toda a equipe participando junto das ações. Não é que o enfermeiro vai coordenar, vai planejar, vai fazer tudo sozinho, ele tem papel fundamental como sendo que o principal da equipe na questão de coordenação e gerenciamento. Mas isso as ações, as intervenções, as discussões, isso são feitas em equipe, porém além de exercer seu papel enquanto enfermeiro, além disso na estratégia saúde da família, ele consegue fazer essa parte de coordenar, de organizar. Para que não fique um, daqui a pouco exercendo, uma atividade ali, que não sabe nem o porquê que tá fazendo aquilo, digamos assim (ENF3).

[...] meu papel é atender a população, atender a família de um ponto de vista integral e de um ponto de vista individual, as coisas da integralidade trata no conjunto, e os problemas individuais a gente soluciona individualmente, ai muitas vezes, eu faço uma ponte entre o indivíduo e o profissional mais especializado, sobre tudo eu só faço parte a ponte mais o meu eixo fundamental como médico de saúde da família é trabalhar com a comunidade (MED2).

[...] em primeiro lugar prevenir, orientar as pessoas dentro da necessidade de cada uma e depois da prevenção eu vejo a parte curativa; verificação do sinal vital. Nós utilizamos muito a fala aqui, a conversa, usamos um pouco de psicologia. Muitos pacientes tem problemas familiares e várias vezes chegam na unidade passando mal com sintomas, são feitos vários exames e não é achado nada na paciente, muitas vezes não é nada físico e é tudo emocional. Então trabalhamos muito com a orientação, conversa e escuta com os pacientes (TEN3).

As informações coletadas traduzem se as atuações profissionais são coletivas ou individuais, e se o processo de trabalho também segue essa conduta. A visão de um trabalho multidisciplinar ou específico da profissão, revela que em determinado momento essas duas modalidades de trabalho podem ser utilizadas no processo para a transformação do objeto.

O objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde (PEDUZZI, 2018).

#### 4.2.3.3 *Multidisciplinar em ESF*

As narrativas a seguir sustentam aspectos relacionados ao trabalho multidisciplinar:

[...] das pessoas, da saúde, do o que mais eu posso dizer, é assim é um elo, é uma ligação que a gente vai averiguar o problema, e tenta ajudar a resolver, claro não podemos resolver tudo, dentro da nossa área, dentro do que a gente pode, a gente atende, a gente tem grupo de apoio, não, a gente tem um grupo de agentes, que nós vamos trabalhar com senhoras da terceira idade, com artesanato e isso é bom, vão lá, elas conversam chegam de um jeito sai de outro, que a gente faz de tudo um pouco, a gente conversa, a gente trabalha, a gente faz um lanche, tudo isso nós fizemos é uma maravilha elas e sentem bem, elas trazem as vizinhas delas, ai vamos lá, que hoje tem grupo, vem a família delas, as vezes vem uma senhora e vem uma cunhada dela, que vem do interior, e na

terça feira ela hoje eu trouxe minha cunhada por que ela tá me visitando, ótimo, é uma integração que faz bem (ACS3).

[...] a comunidade, o território que eu assisto, não é o ser, e si o todo. Estava falando isso para os alunos que vieram visitar, eu não trato uma boca, eu trato uma família que está numa comunidade que estar sobre nosso território. Então se ela não tiver esgoto, água tratada, não adianta eu dizer vai escova os dentes três vezes ao dia, começa mal, então o foco não é esse. (DEN2).

[...] meu foco de trabalho é minimizar todos os agravos que os usuários possam ter, pelo menos quem acessa a minha pessoa, ou em uma discussão de equipe de alguns casos é sempre minimizar o problema do usuário, tentando resolver, acessar o NASF, acessar os outros serviços em que possamos fazer com que a saúde da pessoa seja mantida. Não só saúde física como mental e social também (ENF2).

[...] bastante marcação de consulta, porque de manhã eu fico na parte da pediatria. Só marcação, a gente não faz tipo aquela, vamos pesar, olhar a carteirinha, não, marca as consultas. Acolhimento, não, é aquele pessoal que está na fila para as vaga que tem no dia, e depois a gente vai para recepção, ou vem aqui para baixo, daí a gente vai rodando, hoje eu fiquei nas vacinas, amanhã vou para recepção, vamos fazendo um pouco de tudo para se inteirar. Eu acho que está bom, mais tem que melhorar. Não está assim, por exemplo, eu sou da equipe três, hoje vou fazer tal coisa. Não, está tudo meio misturado ainda (TEN4).

As narrativas acima demonstram que esta prática ainda é fortalecida, diariamente, notou-se que o trabalho multidisciplinar acontece, porém as interações entre os membros segue um modelo médico – centrado.

Cabe, contudo, apontar as especificidades do ‘trabalho em equipe’ no campo da saúde, dado o seu caráter de prestação de serviços, e, especialmente, as características do próprio processo de trabalho em saúde, quais sejam: a complexidade dos objetos de intervenção, a intersubjetividade, visto que o trabalho sempre ocorre no encontro profissional-usuário, e a interdisciplinaridade, características estas que requerem a assistência e o cuidado em saúde organizado na lógica do ‘trabalho em equipe’ em substituição à atuação profissional isolada, independente (PEDUZZI, 2018).

#### 4.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO TRABALHO NA ESF

Nesta categoria foram contemplados aspectos relacionados aos desafios e perspectivas do trabalho na ESF, e foram divididas em duas subcategorias: fragilidades do trabalho na ESF e potencialidades do trabalho na ESF.

A tabela a seguir demonstra os códigos vinculados a estas subcategorias.

Tabela 4 - Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias sobre os desafios e perspectivas do trabalho na ESF em Caxias do Sul/RS.

<b>Subcategorias</b>	<b>Códigos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fragilidades do Trabalho na ESF	Falta de Profissionais	27	23,6
	Gestão Apoio Institucional	21	18,3
	Materiais de Trabalho	07	6,2
	Cultura Curativista	05	4,3
	Estrutura Física	05	4,3
	Autonomia	05	4,3
	Humanização	04	3,4
	Autocuidado Educação Para Saúde	04	3,4
	Motivação	02	1,8
Potencialidades do Trabalho na ESF	Trabalho em Equipe	14	12,2
	Comprometimento do Pessoal	14	12,2
	Trabalho Multidisciplinar	04	3,4
	Relação com a Comunidade	03	2,6
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100</b>

Fonte: Base de dados da Pesquisa.

### **4.3.1 Fragilidade do Trabalho na ESF**

As fragilidades no processo de trabalho estão correlacionadas aos pontos negativos, em relação ao processo de trabalho, onde se apresentam os problemas que impedem a qualidade do serviço, interferem trazendo frustração por não poderem ser resolutivos quando se deparam com as situações enfrentadas nas ESF's.

#### *4.3.1.1 Cultura curativista*

Os participantes demonstraram que existem fragilidades. Sendo uma dessas associadas à cultura curativista, pautada no modelo imediatista biomédico [modelo hegemônico]. Os trechos das entrevistas a seguir ilustram essa sustentação:

[...] a maior fragilidade é a cultura curativista da nossa população, por mais que o SUS seja bonito no papel, essa coisa de prevenir a doença, trabalhar antes que a doença aconteça. Temos as doenças crônicas que estão em alta, matando

todos os dias provando para nós pôr a mais b, que não funciona, por que a nossa população não adere a método de trabalho do SUS. A nossa população tem uma cultura curativista, e se não for o médico a dizer a ele, ou até quando o médico diz a eles, eles querem o comprimidinho (ENF1).

[...] tentamos, mais acabamos tratando mais as queixas, até por que o paciente está acostumado a vir aqui e se queixar de uma coisa específica, e as vezes ele marca outra consulta para se queixar de uma coisa. Em cada dia tem uma queixa diferente, eles vem varia vezes no mês para se queixar de coisas diferentes, eles mesmo não estão habituados com essa questão de estratégia (MED3).

[...] o que falta muito no nosso contexto, é o usuário se responsabilizar pelo que acontece com ele, por que as vezes tudo volta para UBS, o usuário não se responsabiliza pelo que ele faz, tanto quanto de medicação, consulta médica de especialista desperdiçado que acho que temos que conscientizar que não é só a UBS que tem fazer a parte dela, que lá em casa o Joãozinho deve fazer a parte dele, para que tudo isso funcione. Se não é uma via de mão única, não temos uma resposta, acho que é isso (ASB2).

[...] tu vais resolver o problema daquele dia e tal, mais vai voltar o problema semana que vem, por que assim, tu estas fornecendo meios para saber cuidar do seu problema, então a culpa daquele paciente que está aqui naquela semana e na outra e na outra é nossa mesmo, que é gente que, quer consulta? Vamos consultar de novo, e tu acaba não dando meios para que ele se cuide e não venha precisar de uma consulta num momento mais crítico mais agudo (ENF4).

Esses relatos imprimem, linearmente, o tipo de fragilidade que é a prática curativista, sendo que o trabalho em saúde na ESF, fica prejudicado por tais práticas.

E para isso, os profissionais e usuários envolvidos, devem ter entendimento que a cultura curativista torna-se, cada vez mais, resistente dentro de um processo de trabalho, que deveria buscar a multidisciplinaridade e integralidade com o direcionamento para o trabalho pautado na educação em saúde, e autonomia do usuário e na produção de saúde. A cultura curativista implica exacerbada preocupação somente quando se adocece, e isso insere as ações em saúde dentro do modelo biomédico.

#### *4.3.1.2 Estrutura física*

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada no pensar que a transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos cogidos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho (BRASIL, 2018).

Os apontamentos dos trabalhadores da ESF em relação o a estrutura física demonstram que os locais de trabalho estão, de alguma maneira, prejudicando o processo de trabalho. A ambiência humaniza o serviço, e também faz com que as ações tenham chances de serem mais exitosas.

Os trechos das entrevistas a seguir sustentam aspectos relacionadas a estrutura:

[...] penso que falta mais respaldo da secretária, temos muitos problemas com falta de material, estrutura física. Percebo que a UBS aqui é bem antiga; parte da estrutura está caindo em algumas salas de consultório, há paredes mofadas, descascadas, a fiação elétrica é insegura. Acredito que o maior problema aqui no nosso processo de trabalho é a estrutura física. Outros pontos que dificultam o processo são as filas enormes para consulta com os especialistas, onde muitas vezes o paciente acaba abandonando o tratamento. Precisamos de mais respaldo e também de uma estrutura de retaguarda que nos proporcione um atendimento mais efetivo (DEN1).

[...] outro ponto é equipar todas as coisas a gente pode fazer um bom trabalho, como equipamento como balança, é pediátrica, equipamento tipo um negatoscópio, as luminária também que parecem insignificante mais são de vital importância então eu acho que nossos maiores problemas, e tem uma situação que eu pessoalmente que avalio, que eu acho que já a estrutura de nossas UBS está ficando um pouco defasado. Quanto ao atendimento para a população, foram estruturas que foram criadas com um processo histórico, e que devemos melhorar a nossa estrutura, e nosso espaço de trabalho também, é uma coisa que eu quase nunca falam, por que é no que menos é que menos incidência, é na organização no trabalho, por parte da gestão principal, as vezes a gente não pode dar um serviço de atenção domiciliar por que não tem um carro disponível (MED2).

Uma das formas de valorização profissional é dar um local de trabalho adequado ao profissional. Hoje o ministério da saúde, tem normas específicas de construção de UBS, com tudo o necessário para que o trabalho seja adequado e de execução com qualidade. Essa questão de estruturas físicas adequadas, não assegura que o a qualidade do trabalho seja a melhor. Mas ajuda no processo de trabalho e faz com que os profissionais e usuário sintam-se acolhidos nas unidades de saúde.

A ambiência, isoladamente, não altera o processo de trabalho, mas pode ser usada como uma ferramenta que contribua para as mudanças, através da coprodução dos espaços almejados pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho (BRASIL, 2018).

#### *4.3.1.3 Autonomia*

Ao falar de autonomia profissional, que vai de encontro com a o trabalho multidisciplinar, porém quando a fragilidade é não ter autonomia a preocupação torna-se maior. Isso é visto nos relatos de alguns participantes.

[...] o sinto alguma debilidades, eu faço consulta de enfermagem sou habilitada para isso, até a pouco tempo atrás a secretaria não nos autorizava nós darmos a receita de vitamina D e de pomada para assadura, soro para nariz, agora recebemos a autonomia para solicitar a mamografia, por que fizemos o exame

da mama, por que não podemos solicitar? ...Por que não podemos assinar o exame que... em fim.... O enfermeiro com todas essas responsabilidades fica dependente dos médicos, não é justo, não é certo isto. Por que eu não posso solicitar um beta HCG? ... Eu vou cometer uma iatrogênicas? Vou prejudicar essa pessoa de alguma forma? Não. Existe algumas coisas que a gente tem que parar de ter essa visão tão restrita. Por que outros profissionais não podem tomar alguma atitude quando é necessário? Essa é uma coisa que está em atraso para ser pensado, tem coisa que prejudicam nosso processo de trabalho. Tiram nossa autonomia e essa é uma dessas coisas (ENF1).

Precisamos de mais salas de atendimento, não temos disponibilidade de espaço físico. Muitas vezes também não somos valorizados pelos médicos. Percebo que muitos médicos saem da faculdade e logo são inseridos no mercado de trabalho e principalmente nas UBS até fazerem uma especialização ou residência, então eles acabam caindo na UBS e a enfermeira têm sido um suporte para eles aprenderem e depois somos deixados de lado. Somos vistos como "leva e traz" de prontuários, de recados, uma pessoa que tem que fazer uma ligação porque não sabem ligar para uma emergência para conseguir um leito, algo assim. Então eu vejo que muitas vezes nós somos usados. Outra coisa também é o enfermeiro ter autonomia de prescrever algo mais simples, que tivéssemos um protocolo de atendimento, coisas que nos dessem suporte do nosso empregador, e suporte para fazer um atendimento de coisas básicas e as vezes a consulta de enfermagem seria muito mais aproveitada. Muitas vezes o usuário não nos respeita tanto porque o enfermeiro não pode dar receita (ENF2).

[...] eu acho que não é tanto no que a UBS oferece, eu acho que é mais na parte em que a equipe nos observa a parte, é tudo meio à parte, tanto informação quanto algo do gênero, é tudo direcionado para aqui na odonto, e as vezes essa procura excessiva que poderia ser dada no balcão, por exemplo atrapalha o atendimento. Existem coisas que poderiam resolvidas na recepção, em relação ao processo de trabalho, acho que é isso, muita interrupção no atendimento, por uma informação simples que poderia ser resolvido lá na frente (ASB2).

Essas descrições demonstram que para os profissionais possam realizar um atendimento de qualidade, é necessário um protagonismo maior das categorias profissionais. Essa é a chave para um trabalho de excelência na APS. Favorecer o protagonismo de todos, busca também, uma melhor forma de agilizar e otimizar o cuidado. A falta de autonomia profissional, cujo existe, e os profissionais anseiam sobre essa questão, é de grande parte um problema de gestão, não no micro espaço, e sim como a falta de proposta de um macro planejamento em saúde, que respeite a autonomia profissional, desvinculando-se do predomínio do modelo biomédico.

Através do trabalho em equipe, o "campo de competência" tende a se alargar, através das trocas de saberes. Assim preserva-se maior autonomia profissional e das equipes. Preserva-se o exercício de "núcleos" específicos, próprios da intervenção de cada profissional, além de alargar os "campos" comuns, melhorando a qualidade da assistência, permitindo respostas mais abrangentes por parte dos profissionais (MALTA; MERHY, 2003).

#### 4.3.1.4 Humanização

Esta fragilidade aparece nas falas dos participantes como uma ligação de como os usuários estão sendo atendidos em seus locais de trabalho podendo ser prejudicado pela falta de tempo para as ações de saúde e até mesmo nas consultas, conforme as entrevistas a seguir:

[...] o ponto mais fraco é ter que serem mais humanos, desde os médicos, mais humanos assim, tem uns que são joia, a única coisa assim que eu acho que mudaria a saúde, as vezes o povo quer ser mais que os outros, é que eu vejo. As vezes a gente recebe desaforo, mais tem que saber lidar (ACS4).

[...] então não conseguimos ter um vínculo maior com os usuários das nossas equipes porque acabamos atendendo um monte de outras coisa que não pertencem a nossa equipe também. Então as vezes conhecemos bem nossos usuários da nossa área e conhece bem outros usuários de outras áreas, enquanto outros acabam deixando a desejar. Nós não conseguimos gravar, perde um pouco do vínculo. Todas as pessoas que poderíamos ter restrito a nossa equipe (ENF2).

[...] essa questão de ter que cumprir um número de atendimentos em determinado tempo me parece muito robotizado, acabamos esquecendo um pouco da questão humana (MED1).

A humanização é parte fundamental no atendimento à saúde, defrontar essa situação torna o pensar em produção de saúde um desafio, que todos travamos diariamente, pois as demandas aumentam de forma considerável e dessa maneira os profissionais e usuários enfrentam situações diárias de conflito. A falta de humanização está ligada também ao modelo hegemônico, onde a saúde centrada nas consultas médicas fazem que o processo de trabalho seja prejudicado.

Nesse sentido, os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2013).

#### 4.3.1.5 Materiais de trabalho

Os instrumentos de trabalho como relatado abaixo, existem, mas são considerados uma fragilidade importante para os trabalhadores em saúde. Os relatos descrevem com propriedade a necessidade de ter instrumental para o processo de trabalho nas ESF.

[...] eu utilizo só que isso a gente não tem, pode ver aqui, que a gente tem apenas a mesa, a gente não tem nem a balança no consultório de médico da família, a gente não tem, não tem uma balança de criança por exemplo então basicamente nesse consultório nessa UBS, a gente tem que compartilhar, umas duas balança, ou três para todos os profissionais, tá, então nesse ponto de vista eu poderia dizer assim eu utilizo todos mais eu não otimizó todos (MED2).

[...] eu vejo que deveríamos ter mais tempo pra poder sair pra fazer as visitas. Temos problemas com locomoção. Perde-se muito tempo fazendo visitas à pé, precisamos de um carro pra visitas, para mim é um ponto bem negativo essa questão da locomoção (TEN3).

[...] é acho que a gente poderia ter mais recurso, para poder ampliar a estratégia, para poder conseguir a ter mais acesso, mais coisas assim, mais orientação, mais trabalhos quando a gente tem que fazer algum evento, alguma coisa aqui, ou quer decorar alguma coisa, quer fazer alguma coisa diferente, ou a gente tira do nosso bolso ou com recurso, mais é mais complicado, daí tem as verbas, esperamos que melhore (ASB3).

Nesses relatos tivemos uma forte apreensão na falta de subsídios de trabalho, como os instrumentos, a falta desses instrumentos revelam que por mais comprometidos que os profissionais sejam, existe uma necessidade de valorizar a produção de saúde, que se utiliza de variados instrumentos. Seja na prevenção, ou no ato curativo, é imprescindível, o material de trabalho para os profissionais. Sendo essa uma prerrogativa de gestão, esse suporte cabe aos gestores municipais do SUS.

Os fatores relacionados à gestão do trabalho estão muito associados às condições de trabalho, que engloba vários elementos relativos ao meio no qual o trabalho se desenvolve. Inclui a força de trabalho, considerando número, qualificação e papel desempenhado no processo de produção, relações contratuais, salário, jornada, benefícios trabalhistas e regras relativas à proteção ao trabalho. Integram, ainda, as condições de trabalho os instrumentos de trabalho em quantidade e qualidade, além das condições institucionais e dos conhecimentos para operá-los (PIRES, apud SORATTO, et al., 2017).

#### 4.3.1.6 *Motivação*

Esta fragilidade é importante pois revela a insatisfação do profissional com sua realidade no processo de trabalho. Todos os relatos colocados reportam um sentimento de desmotivação.

[...] eu que tem que motivar mais a equipe, por que somos sempre os mesmos, pode mudar a gestão mais a gente continua aqui sabe, acabamos meio desmotivado. Aí tu pegas umas férias tu voltas motivado. Falta motivar mais a equipe assim, tu vê aquelas pessoas todos os dias aqui, não se ajudam, por mais que tente eles não se ajudam, aí tu acabas, por que eu vou ficar falando isso também? Ó, tu não pode comer tal coisa, vamos tentar melhorar isso, se eles não estão nem aí, eles querem remédio, tem que mudar a educação das

peessoas. Ir mais nas escolas, pegar as crianças, já começa desde pequeno, é um caminho. Acho que falta motivação para equipe, agora que tem material, tudo bem, mais quando falta tudo, agora está faltando enfermeiro, como é que tu vais fazer as coisas? (TEN4).

[...] é acho que a gente poderia ter mais recurso, para poder ampliar a estratégia, para poder conseguir a ter mais acesso, mais coisas assim, mais orientação, mais trabalhos quando a gente tem que fazer algum evento, alguma coisa aqui, ou quer decorar alguma coisa, quer fazer alguma coisa diferente, ou a gente tira do nosso bolso ou com recurso, mais é mais complicado, daí tem as verbas, esperamos que melhore (ASB3).

Essas declarações imprimem um cenário que inspira atenção, pois interfere, diretamente, no processo de trabalho. Um profissional desmotivado, insatisfeito, não terá atitudes transformadoras, e são essas atitudes que, atualmente, a APS, mais necessita. Integram ainda os fatores relacionados à gestão do trabalho que causam insatisfação nos profissionais da ESFs, a falta de valorização profissional pela equipe, por gestores ou até pelos usuários. Essa valorização implica ações de políticas salariais, mas também o reconhecimento pelo trabalho realizado.

A valorização do trabalho é de fundamental importância para um trabalho satisfatório, e deve contemplar os esforços, as dúvidas, as decepções e os desânimos do profissional (SORATTO et al., 2017).

#### 4.3.1.7 Falta de profissionais

A falta de recursos humanos é uma fragilidade em qualquer instituição, porém na saúde, esse problema pode interferir na qualidade do serviço prestado na APS. Os trechos a seguir indicam esta situação:

[...] a UBS não consegue trabalhar só na questão da prevenção mesmo, por que é pouca gente. E também o direcionamento e a busca das pessoas é por que estão doentes, esse que é o problema, tu não dá conta nem dos doentes. Tu tens que dar conta dos doentes e trabalhar as estratégia, as duas coisa juntas, não dá para trabalhar separado. (DEN3).

[...] apesar de aqui nós temos dois enfermeiros, temos aqui essa cultura tão medico centrada, tão curativista na nossa população, eu sinto falta de uma equipe maior. Tanto de técnicos como de enfermeiros, a nossa é equipe tem cinco agentes comunitários para uma que comportaria dezenove (ENF1).

[...] percebo que temos dificuldade de ter uma equipe 100% presente, sempre tem um colega afastado, ou de licença. Outra dificuldade seria a de ter um horário engessado para cada atendimento, ter que cumprir o tempo de 15 minutos para cada atendimento muitas vezes acaba complicando bastante, sabe-se que cada indivíduo é um, tem suas particularidades, alguns é possível atender em 5 minutos, outros demora 20 ou 30 minutos (MED1).

[...] a número um é a falta de profissional. A gente trabalha num território de aproximadamente de umas quinze mil pessoas, e nós temos trabalhando duas equipes de saúde da família, dos quais se eu trabalhasse só com a população, eu estaria normalmente trabalhando com umas quatro mil pessoas (MED2).

Vimos que a falta de profissionais causa um grande anseio nos membros das ESFs, tendo em vista que o trabalho em ESF, se faz em complemento multidisciplinar, e a falta de um elo prejudica o processo de trabalho, essa relação de desvantagem em determinado momento é cruel, pois traz frustrações, insatisfações para profissionais e usuários. A viabilidade de uma proposta inovadora, como a da ESF, depende de condições de trabalho, incluindo equipes em quantidade e qualidade (KANNO, apud, LIMA et al., 2014).

#### 4.3.1.8 Gestão – Apoio institucional

O apoio da gestão do sistema municipal, é uma fragilidade sentida, e relatada nas falas dos profissionais. Nitidamente, notamos um anseio pelo apoio institucional. Esse apoio ou a falta dele, segundo os relatos, interfere na maneira que será conduzido processo de trabalho.

[...] o que que eu sinto de fragilidade o apoio, as vezes a gente precisaria de mais apoio, muitas coisas a gente não consegue resolver, gostaria de uma ajuda não tem, esse é o pior problema que a gente enfrenta, é difícil para resolver, as vezes a gente até tenta mais não consegue sozinha (ACS1).

[...] então, desses recursos que a gente nunca tem lá, nós temos que criar, é um grupo, dois por equipe. Não podendo ser no mesmo dia tem que se dividir, mais de recurso, nós não temos não temos nada, lá nós que bancamos, quer dizer a gente banca o lanche, as coisas que a gente vai trabalhar, eu levo. Há, hoje, eu vou fazer uma guirlanda, eu levo eu compro para mim, sobro todo mundo come todo mundo faz o que quer, as meninas também levam coisas, para o trabalho tem que ser assim. nós não temos outro meio, não temos em vez de vir, tiram da gente, então fazer o que, mas a gente sempre conversa sempre faz alguma coisa, nunca ficamos uma tarde lá de bobeira e depois mesmo que não faça artesanato, a gente tem sempre alguma coisa para fazer conversar de um determinado tema, as vezes fazemos um tipo de brincadeiras, e as pessoas, elas gostam né (ACS3).

[...] quando entramos no ESF, e aconteceu comigo, em nenhum momento tu teve um curso. Ou quando tu entra na Saúde Pública, o meu estudo é ínfimo, perto daquilo que eu poderia ter tido, eu vim de uma faculdade mecanicista, onde tu fazia, procedimento, procedimento, cheguei numa UBS, de ESF, e eu não baia o que eu ia fazer, eu acho que deve ter um curso introdutório (DEN2).

[...] não atendemos todo o bairro, não cobrimos nem a metade do bairro com as duas equipes. Ficamos aqui respondendo coisas para secretaria, e apagando incêndio. Ocupa muito tempo para atividades que não são inerentes, só do enfermeiro e que não são Estratégia (ENF).

[...] outro ponto é equipar todas as coisas a gente pode fazer um bom trabalho, como equipamento como balança, é pediátrica, equipamento tipo um negatoscópio, as luminária também que parecem insignificante mais são de vital importância então eu acho que nossos maiores problemas, e tem uma situação que eu pessoalmente que avalio, que eu acho que já a estrutura de nossas UBS está ficando um pouco defasado. Quanto ao atendimento para a população, foram estruturas que foram criadas com um processo histórico, e que devemos melhorar a nossa estrutura, e nosso espaço de trabalho também, é uma coisa

que eu quase nunca falam, por que é no que menos é que menos incidência, é na organização no trabalho, por parte da gestão principal, as vezes a gente não pode dar um serviço de atenção domiciliar por que não tem um carro disponível (MED2).

O apoio institucional para os participantes, em determinada situação do processo de trabalho fica prejudicado, devido à falta de ação da gestão. Sente-se que existe uma força que impulsiona para a realização de ações, porém, ao contrário vimos que essa motivação é atingida devido às iniciativas solitárias das equipes.

#### *4.3.1.9 Autocuidado Educação Para Saúde*

Essa fragilidade, está ligada à educação deficitária das pessoas, que acarreta interferência no autocuidado e na lógica de manter hábitos saudáveis.

A educação das pessoas interfere no processo de trabalho em saúde conforme descrição a seguir:

[...] vai facilitar mais a vida, mais corremos o risco de ser assaltados, por que eu trabalho em uma comunidade bem vulnerável, encontramos drogados pela rua, vou ter andar me cuidando (ACS2).

[...] que o grande problema hoje é que não criamos o ser humano para se independente e ter o autocuidado. Criamos na dependência para ele voltar e ver se eles estão conseguindo tomar certinho a medicação da hipertensão. Ou o que a gente pode fazer aqui na tua casa para melhorar essa situação? (DEN2).

[...] a população coloca sobre o profissional uma responsabilidade pela sua saúde, uma responsabilidade que é dele. A minha saúde não tua responsabilidade, não é do município, não é do prefeito, é minha, e a nossa população não tem essa cultura. Eles acham que o governo tem que o suprir. É nos funcionários da prefeitura temos a obrigação de os suprir, vejo isso diariamente, acho que isso é a maior deficiência, fragilidade do SUS nesta unidade, e de forma geral (ENF1).

Desta maneira vimos que a educação para a saúde deve ser compreendida como essencial e de suma importância, na efetivação das ações em saúde, o autocuidado, a compreensão do ser como independente, no protagonismo da sua saúde. Essa fragilidade é uma preocupação, mais também um ponto de partida para a tomada de decisões ao planejar as devidas intervenções.

A autonomia pode ou não estar ligada à condição social, mas à educação para a saúde, está diretamente ligada, devido a esta questão vimos que é uma fragilidade importante, sendo percebida pelos participantes como um empecilho na atenção à saúde.

### 4.3.2 Potencialidade do Trabalho na ESF

Nesta subcategoria enfatiza-se os desafios para o trabalho na ESF. Essas potencialidades indicam o caminho a ser percorrido para melhoria das ações no âmbito da APS. Os códigos criados foram: relação com a comunidade, comprometimento pessoal, trabalho em equipe, relação com os outros profissionais na ESF.

#### 4.3.2.1 *Relação com a Comunidade*

A relação com a comunidade indica uma potencialidade a ser desenvolvida para o trabalho na ESF's potencialidades demonstram as percepções positivas dos participantes. Nos relatos a seguir os participantes expõem seus pensamentos em relação a comunidade a considerar como potencial, no processo de trabalho:

[...] outro grande potencial é a população, a nossa população, ela é, apesar de que os boatos dizem, que a população é difícil, para mim tem sido ótima. Como médico poder trabalhar com essa população, é muito bom, que eu trabalho com a minha equipe de estratégia saúde da família. É uma população organizada, parece as vezes um, ou outro paciente que não faz, mas a gente percebe que eles procuram fazer a sua parte como paciente, a gente vê que eles gostam quando a gente fica um pouco bravo, se eles não fizeram o que tem que fazer, então acredito que, não seja a população ideal, mas é uma população bem adequada para mim. Para eu trabalhar, então essas duas potencialidades, são as mais importantes (MED2).

[...] a nossa comunidade é muito grande ela tem um potencial gigantesco de coisas enormes, a gente poderia trabalhar com adolescente, com crianças, com idosos, com adultos jovens...sabe...coisas sobre sexualidade, nutrição. Tudo que tu quisesse, todos os cadernos que existem dá atenção básica se tu quisesse trabalhar aqui dentro da comunidade, poderia (TEN1).

[...] eu acho o que tem de mais positivo, é o vínculo, eu acho que tem sempre um paciente que a gente vai criando um vínculo, qualquer coisa, as vezes eles consultam com especialista, com cardiologista eles vem perguntar o que eu acho daquela medicação que o cardiologista deu. Então eu acho que o vínculo que os pacientes desenvolvem com a gente, isso é o que temos de mais positivo, isso acaba ajudando no tratamento deles (MED3).

Sendo assim, vimos que a potencialidade relatada na fala dos participantes é relevante e demonstra que o contato usuário-profissional, transforma o processo de trabalho, a proximidade faz aceitar as questões que se perpassam a atuação profissional: é a empatia. Essa forma é um grande ponto norteador para relação comunitária. Esse respeito mútuo, e a consideração entre os atores, facilitam o processo de trabalho, para os profissionais e o atendimento para o usuários, favorece o acesso à saúde. As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores

para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do SUS (LIMA, et al, 2014).

#### 4.3.2.2 *Comprometimento do Pessoal*

Uma equipe comprometida reflete sobre a maneira no trabalho, abaixo veremos algumas descrições de comprometimento como potencialidade.

[...] tem um grupo de agentes, que nós vamos trabalhar com senhoras da terceira idade, com artesanato, e isso é bom, vão lá, elas conversam chegam de um jeito sai de outro, que a gente faz de tudo um pouco, a gente conversa, a gente trabalha, a gente faz um lanche, tudo isso nós fizemos é uma maravilha elas e sentem bem (ACS3).

[...] a equipe motiva é uma das potencialidades. As veze isso gira em torno do financeiro, ultimamente não estávamos nos sentindo nem parte de uma equipe. Como ouve mudança nos processos de trabalho que eram as fragilidades, nos sentimos mais motivados no intuito de melhorar isso, é tipo um time de futebol (DEN2).

[...] o que tem de potencial aqui que são coisas boas, a partir da nossa coordenadora. É uma unidade (UBS), que tem um alvo de trabalho, resolutividade, pessoas compromissadas. Então já partindo da nossa coordenadora, que tem esse perfil, que busca isso na equipe, então acaba que... claro sempre vai ter aquela pessoa que não tem tanto compromisso, e a gente acaba focando um pouquinho de mais atenção em cima dessas pessoas, mas o que tem realmente o que tem de potencialidade, que eu vejo e que eu posso elogiar nesta UBS, é o comprometimento, mais que parte da nossa coordenadora, então parte dela, e ela tem não só demonstrado, mas também se comprometido em termo que comprometida pelo trabalho então acaba que isso se difunde na equipe né isso se dissemina (ENF3).

[...] a potencialidade é a persistência, persistir apesar de tudo, é fazer o melhor sempre, nunca esperar tanto que se receba um pagamento por aquilo e ser reconhecido sempre. Fazer o trabalho bem feito. A potencialidade seria mais no sentido de perseverar, continuar apesar das dificuldades e poder proporcionar essa saúde e bem estar do indivíduo. Suprir as deficiências do sistema de alguma forma, seja com diálogo, seja com atendimento multiprofissional, seja passando um pouco do horário. Acho que o objetivo é sempre o paciente, reestabelecer a saúde do paciente (MED1).

Por mais dificuldades que as equipes enfrentam, é importante salientar que muitos profissionais envolvidos no processo de trabalho na APS, tem uma reflexão positiva em relação ao produzir saúde, desafiando o modelo tradicional, buscando estar comprometido com o trabalho. Existe grande interesse de fazer o melhor, rompendo com o modelo biomédico.

Em um movimento contra hegemônico frente às injunções individualizantes do modelo contemporâneo de sociedade atomizada, ampliar espaços de debate bioético parece reforçar a dialogicidade entre paciente-comunidade-profissional-serviço e

estimular mudança de valores com incorporação da aliança, comprometimento e solidariedade (GOMES; RAMOS, 2014).

Nesse sentido, todas as falas dos participantes demonstram que o comprometimento é importante para o funcionamento da ESF, bem como por um trabalho de qualidade na APS.

#### 4.3.2.3 Trabalho em Equipe

Esse tema é o ponto chave do trabalho, os achados a seguir descrevem a importância e a existência do trabalho em equipe:

[...] nós temos uma equipe muito boa, pode crescer, pode melhorar, pode mais, depende de todos, um só não consegue. Então a equipe se unindo, se juntando, tentando fazer o melhor, tudo tende a crescer. Eu vejo isso, que a gente aqui até faz, mais pode melhorar bem mais, se a gente se empenhar, eu como agente de saúde, fazendo o serviço bem feito lá fora, trazer o problema aqui, a gente tenta junto resolver, e isso é um ponto positivo (ACS3).

[...] potencialidade no sentido que as pessoas que frequentam a estratégia, os usuários enfim. E as pessoas que são desse território percebesse que elas tiveram um maior conhecimento, do processo saúde, doença. Elas tendo um maior conhecimento do processo saúde doença, ela conseguem cuidar se melhor, isso tudo depende dos profissionais que estão nas equipes (DEN2).

[...] a potencialidade é a persistência, persistir apesar de tudo, é fazer o melhor sempre, nunca esperar tanto que se receba um pagamento por aquilo e ser reconhecido sempre. Fazer o trabalho bem feito. A potencialidade seria mais no sentido de perseverar, continuar apesar das dificuldades e poder proporcionar essa saúde e bem estar do indivíduo. Suprir as deficiências do sistema de alguma forma, seja com diálogo, seja com atendimento multiprofissional, seja passando um pouco do horário. Acho que o objetivo é sempre o paciente, reestabelecer a saúde do paciente (MED1).

[...] vejo que aqui todos nós temos a mesma voz para colocar as coisas quanto na reunião da equipe, quanto da reunião geral, seja na casa do paciente também somos muito respeitados, eu gosto disso, não existe diferença do médico, pediatra, enfermeiro. Todos somos iguais (TEN3).

[...] a equipe é bem unida, a questão do afeto entre a própria equipe, as situações de agressividade do próprio usuário a gente se ajuda. Então isso eu vejo como um ponto legal da equipe. A questão assumir o cuidado da criança, a puericultura propriamente dita, claro tem coisas que a gente não consegue resolver enfim, mais a gente já teve um ganho, no sentido de chegar a prescrever aquelas medicações de protocolos eu acho bem válido, ficou bem bom, o programa de feridas que é bem bacana, que o município nos dá autonomia para fazer, instituir um tratamento, tu vê um resultado, eu já vi bastante resultado, isso me deixa bastante satisfeita, tu vê que foste importante naquele momento que tu contribuiu para melhora daquele lesão (ENF4).

As ESF's apresentaram um potencial relevante e para o trabalho em equipe. Notou-se que existe mais harmonia do que o contrário.

Na atualidade há um consenso em torno do 'trabalho em equipe' no setor saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência

de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde (PEDUZZI, 2009).

Desta forma a potencialidade descrita, vem ao encontro com o que é preconizado para ESF, buscar a multidisciplinaridade das equipes, é tão importante como a integração, as duas questões são indissociáveis, e estão ligadas para que o processo de trabalho atenda a todos e busque reorientar as ações de saúde na APS.

#### 4.3.2.4 *Relação com outros profissionais na ESF*

Alguns dos participantes citados abaixo demonstram uma reflexão, importante sobre a relação com os outros profissionais, e de como é importante para equipe essa relação.

[...] nós temos um pessoal muito bom, muito acessível, muito bom, nós temos três equipes, no nosso bairro, nossa equipes são muito boas, e a gente conversa muito, a gente tem grupos de apoio, nós temos um grupo de psicologia, que nos atende, a gente faz um trabalho com eles, eles fazem um trabalho conosco, e nós temos uma reunião por semana, de equipe, para resolver os problemas das equipes, temos a nossa reunião particular de cada equipe, tem uma, mais é bom, mas a equipe em geral é boa, as vezes tem um que outro que a gente não se afina, mais isso é uma coisa passageira, as vezes por uma discussão boba. Temos VD uma vez por semana na nossa área que é onde a gente vai, visita os acamado, aqueles deficientes, os que não tem como chegar aqui na UBS, são as pessoas que estão doentes em casa, não estão acamados, mas não consegue chegar, nós vamos com a equipe vai médico, vai técnico vai enfermeiro, vai o técnico, quando não vai o técnico vai o enfermeiro, o médico e o agente da área, nós vamos e fizemos esse trabalho (ACS3).

[...] ótima. Me dou bem com todos. Nós temos duas equipes de saúde bucal na unidade e isso é muito bom também, acho legal poder conversar, nós nos ajudamos bastante, se tenho alguma dúvida converso com minha colega e fazemos essa troca. Nós temos duas dentistas aqui, e no geral, os médicos, os enfermeiros, a minha relação é boa com todos (DEN1).

[...] a gente tem uma relação bem boa, pelo que ouço falar das outras unidades é com relação com os médicos, que é difícil ele fazerem parte das equipes, aqui a gente tem dois médicos novos, o mais antigo ele veio para trabalhar em Estratégia, participa da equipe, é ativo nas reuniões, participa das visitas, também. Procuramos nas visitas levar um técnico, um agente, um médico e o enfermeiro daquela equipe. Não vai só o médico ou só o enfermeiro, fica defasado aqui mais é o momento de fazer Estratégia, é o momento de trabalhar em equipe (ENF1).

[...] eu acho pra mim se tiver que escolher entre os quatro lugares que trabalhei, este eu diria, que esse é o melhor lugar, onde eu me senti bem em trabalhar. A gente tem essa relação com a equipe, com nosso técnico, com a enfermeira, nosso trabalho social, nesse caso com a agente comunitária de saúde, que é uma relação muito boa, tá, excelente eu diria. Eu falaria que temos outros grupos de profissionais, os especialistas, tipo pediatra, obstetra e que apesar de ter uma relação muito boa também, eu acho que é um ponto que sério e seria bom trabalhar, para evitar que esses especialistas, uma vez dentro de uma unidade

com estratégia da saúde da família, uma vez dentro, evitar que eles façam o trabalho só de medicina curativa, que ele também venha trabalhar com estratégia, que ele faça parte da equipe (MED2).

[...] odontologia não é excluída, mais fica a parte, mais o serviço é mais rápido e eu tenho convívio com restante da equipe. Nas questões que não são das minhas atribuições como sala de vacinas, curativos não consigo ajudar, mais em outras sim, como arrumar consultório, ajudar procurar prontuários. Consigo dar apoio para equipe (ASB2).

No processo de trabalho em saúde, os sujeitos da ação, os profissionais das unidades de saúde, configuram-se como agentes responsáveis pela integração em ato dos elementos constituintes desse processo, intermediando as relações entre os instrumentos e os sujeitos-objetos da intervenção e assim realizando um projeto que é a um só tempo definido, socialmente, e mediado pela intersubjetividade dos sujeitos envolvidos (CARRAPATO et al., 2018).

O importante é todos os profissionais se sentirem parte do todo. Esse ponto demonstra que o processo de trabalho na APS, se qualifica através de uma boa relação entre os profissionais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de trabalhar na APS em especial na ESF, gira em torno do que podemos como pesquisador partilhar, vistas as ansiedades das diferentes visões as quais os profissionais de saúde têm, em relação ao que estão produzindo, e até mesmo relacionadas a sua cidadania, vimos que estas questões, no geral não estão na governabilidade dos trabalhadores em saúde.

Os elementos do processo de trabalho em saúde, emergem do ato de produção de saúde, e convergem com a integralidade, universalidade a participação social, para a construção de ações resolutivas dentro do que propõe o SUS. Dessa forma a produção de saúde é o produto esperado em relação ao processo de trabalho.

O interesse dos trabalhadores em saúde em expressar seus anseios ou pensamentos em relação ao processo de trabalho ao qual executam, se destacam as fragilidades e potencialidade. E a partir disto notou-se que existem demandas para serem resolvidas com seriedade e brevidade, onde o bem-estar dos usuários seja o foco das ações em saúde.

Em relação ao processo de trabalho dentro das UBS pode-se observar, que temos ainda o predomínio do modelo flexneriano, centrado em consultas médicas, e a própria procura por atendimento médico pela população, demonstra que se deve trabalhar a multidisciplinaridade junto as eSF. Nesse contexto ainda podemos analisar que existe uma grande vontade dos demais profissionais, em especial dos não médicos, por uma autonomia, e um trabalho multidisciplinar.

No que tange a função da ESF, vimos que o entendimento sobre a busca do atendimento no contexto indivíduo, família, comunidade, está de forma clara para os profissionais de saúde, há desejo de fazer a prevenção de doenças e promoção de saúde, no seu processo de trabalho diário.

O trabalho na ESF, realmente, se torna um desafio à medida que expressamos uma necessidade de mudança da forma de trabalhar, e de produzir saúde. A relação entre gestores, profissionais de saúde e usuários deve ser harmônica para que o resultados do trabalho em saúde sejam satisfatório para todos aos atores envolvidos. O processo de trabalho na ESF difere em algumas situações do que é prescrito, e isso oportuniza sinais de fragilidade nas práticas do trabalho.

As relações entre os profissionais aparecem como aspecto positivo de modo a existir uma preocupação com o trabalho em equipe e interação com os demais membros profissionais. O trabalhar em equipe se difere de ser apenas um grupo de profissionais

trabalhando juntos, o estudo demonstrou a predisposição em trabalhar na óptica de equipe, e de valorizar as relações entre profissionais.

A pesquisa demonstrou que por mais dificuldades que tenham, os profissionais sabem que a prevenção de doenças na APS, seria o ideal para uma melhor saúde das comunidades. Alguns profissionais trouxeram para a discussão que o trabalho em saúde tem por finalidade a prevenção, porém, não é feito como deveria. Causando assim uma visível preocupação das variadas categorias de profissionais entrevistados, sobre o que seria de fato a finalidade do trabalho em relação ao que fazem, e o que realmente deveria ser feito.

Os instrumentos de trabalho são os mais variados, porém tem-se uma grande utilização de tecnologias duras, isso é, materiais e instrumentos técnicos, de uso indispensável, no entanto a utilização da material humano tanto nas relações como na interação com o usuário não foi apontado, sumariamente, como recurso de trabalho principal. Ou seja, as tecnologias leves, as quais se tratam justamente das relações, não são a prioridade dos profissionais na prática diária de trabalho.

Nos achados em relação as fragilidades nas ESF, os participantes demonstram as preocupações com o funcionamento das uSF. Estas destacam-se, na sua grande maioria, como a falta de profissionais, eSF com falta de membros, entre outras situações que estão associadas a gestão em saúde.

Uma gestão fragilizada não consegue buscar resolubilidade de ações, que se efetivem no trabalho em ato, esse trabalho que faz parte da APS nas ESF. Contudo é importante destacar que essas fragilidades estão, diretamente, ligadas também a macros problemas do SUS, como questão da fiscalização do trabalho, nas três esferas de governos, se disseminando em todos os municípios, em grande ou em pequena escala.

Outras fragilidades foram indicadas, com menos repetições, segundo os relatos dos entrevistados, como a da cultura curativista, a dificuldade de atuar como ESF, a estrutura física, a falta de autonomia, e de profissionais e as grandes populações para um contingente pequeno de recursos humanos. Essas fragilidades interferem, negativamente, direto no processo de trabalho feito pelas eSFs. Por isso, se torna importante citá-las e analisar esse ângulo de opinião, que demonstra que existe o problema e que uma análise profunda sempre poderá ser feita.

Evidenciou-se, ainda, que as unidades de saúde não comportam de maneira adequada as ESF e que isto também fragiliza o trabalho da ESF.

Outros relatos como, responsabilização do usuário pela sua saúde, consultas com especialistas, falta de preparo profissional, falta de humanização, o acesso à saúde, relação profissional, o acolhimento sem classificação de risco, desconhecer a população,

também são situações relatadas como fragilidades, que ocorrem nas equipes dos participantes, e tem relevância, pois demonstram interpretação de uma realidade que de fato existe e merece atenção.

O trabalho em equipe foi destacado como a grande potencialidade, tendo em vista que, em saúde, se faz de suma importância essa relação. Pois equipes unidas trabalham melhor, produzem mais, e, nesse caso é vital, para atender as necessidades humanas em relação ao bem estar integral de saúde.

O desafio que é o trabalho em saúde na APS, emergiu do intuito de analisar o processo de trabalho em saúde das eSF's, e conectar-se com as mais diversas realidade de trabalho, dos participantes, e aparece, nitidamente, no decorrer de todo o processo de pesquisa e análise dos dados, o envolvimento das pessoas com o ato de produzir em saúde. Isso é, dar valor, considerar o que temos de melhor, para podermos exercer a profissão. Para isso é indispensável que se trabalhe em rede, e que busque conectar todos os pontos dessa rede da melhor maneira possível.

Este estudo revela a importância de aprimorar de fato a ESF, respeitar os movimentos das ESF, fomentar iniciativas, dar suporte para o melhor atendimento para as comunidades. A valorização dos profissionais de saúde, com um plano de carreira que lhe oportunize um crescimento pela qualificação e serviços prestados.

Devemos focar esforços para efetivar o SUS, nacionalmente, e valorizar os atores envolvidos com planos de carreiras atrativos para o mercado de trabalho. É evidente que temos os problemas, demandas a serem resolvidas, porém o início, o ponto de partida, é a valorização dos atores, dentro de um planejamento resolutivo.

O processo de trabalho deve ser melhor avaliado, e os resultados mais transparentes, devido a isso as pesquisas são importantes, pois revelam o cenário a qual estamos expostos e devemos aprimorar-nos.

No ensino ou formação recomenda-se, que o aprimoramento das academias para com a formação da força de trabalho tenha como premissa, que é a de formar profissionais preparados para trabalhar no SUS, trazer o conceito de integralidade dentro de seus currículos acadêmicos, trabalhar a efetivação da rede pública de saúde. Desta forma, deve-se buscar a retirada do mercantilismo do pensamento dos estudantes da saúde. E com essa posição, à saúde no Brasil se tornará de fato um direito e não um comércio.

Uma limitação desse estudo é gerar uma produção que faz uma crítica ao modelo médico centrado, que ocorre no processo de trabalho local, e vai de encontro com posições ideológicas que acreditam que o modelo hegemônico é eficiente. Porém

sabemos que a autonomia dos profissionais da APS, muda a forma de produzir saúde em quaisquer serviços de saúde.

A criação de protocolos que gerem autonomia, para a prestação de atenção à saúde dos variados grupos de atendimento, como as gestantes, portadores de DCNT e crianças, melhorará, significativamente, a cobertura e acesso à saúde dos usuários do SUS. Esses protocolos devem buscar uma lógica multidisciplinar e distanciar da questão médico centrada. Esses são produtos que devem ser sempre implementados na APS, e que sejam sempre averiguada à resolatividade.

Por fim, o processo de trabalho em saúde em Caxias do Sul-RS, como em outros municípios, está em luta constante com a efetivação da APS, esse desafio do trabalho multidisciplinar demonstrou que existem profissionais com ideiação de fazer um SUS de qualidade no município, todavia é necessário uma mudança de postura de alguns profissionais, gestores e usuários para que o modelo hegemônico das práticas em saúde, seja substituído de fato por uma proposta onde o processo de trabalho multidisciplinar se efetive na prática.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de, et al. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1032-1039, set./out. 2017.
- ALVES, Álvaro Marcel. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2010.
- AUGUSTO, André Guimarães. O fim da centralidade do trabalho? **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 87-104, 1998.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: edições70, 2010.
- BOUSQUAT, Aylene, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017.
- BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Portaria nº 2.463, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 jan. 2018.
- CAMPOS, Carlos Eduardo A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CARRAPATO, Lozigia et al. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.27, n.2, p.518-530, 2018.
- CASTRO, Mariana Monteiro de; OLIVEIRA, Simone Santos. Avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.spec., p. 152-164, 2017.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira, DOS REIS, Ademar Arthur Chioro. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v 34, n. 8, p. e00056917, 2018.

COSTA, Ana Cleide Mineu et al. **Cadernos de Saúde da Família: Processo de Trabalho e Planejamento em Saúde**. São Luís – MA: EDUFMA, 2016.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014.

CRUZ, Kathleen Tereza da et al. PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, suppl.1, p 721-730, 2015.

DEJOURS, Christophe. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012.

FARAGO, Catia Cilene; FOFONCA Eduardo. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. **Linguagem**, v. 18, n. 1, 2012.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERREIRA NETO, João Leita, et al. Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, out./dez. 2016.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida de. **Metodo e Metodologia Na Pesquisa**. 3. ed. São Caetano do Sul - SP: Yendis, 2008.

FISCHBORN, Aline Fernanda; CADONÁ, Marco André. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 227-237, 2018.

FERNANDES, F. (Org.) **K. Marx, F. Engels. História**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1984.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki; PIRES, Denise Elvira Pires de. Enfermeiras na Atenção Básica: Entre a Satisfação e a Insatisfação no Trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 709-724, 2017.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

FRANCO, Cassiano Mendes. **A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, suppl. 2, p. e00118816, 2017.

GIOVANELLA, Ligia; et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GOMES, Lidiege Terra e Souza; JUNIOR, Sinézio Inácio da Silva. Processo de Trabalho em Enfermagem na Saúde da Família: Revisão de Literatura. **Revista APS**, v. 18, n. 3, p 390 – 397, jul./set. 2015.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza, et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 35, p. 387-398, set. 2017.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização Das Práticas Do Profissional De Saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2018.

GUERRA, Elaine Linhares De Assis. **Manual de pesquisa qualitativa EAD**. 1. ed Belo Horizonte: Ânima, 2014.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAURELL, AEC. Políticas de salud en pugna: asegura miento frente a sistemas universales públicos. **Rev. Latino-Am.**, v. 24, p. e2668, 2016.

LIMA, Cássio, et al Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Bioética**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014.

LIMA, Letícia de, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul., 2003.

MARX, Karl, **O Capital**. Vol. 1. 30. ed. São Paulo: Boitempo, 2012.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos Ra (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MERHY, Emerson Elias, et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cezar França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2006. p. 225-230.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p 305-314, 1999.

MERHY, Emerson, Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MINAYO, Maria Cecilia; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, Fela. **Equipes Dão Certo: Multiplicação do Talento Humano**. 9. ed. São Paulo – SP: José Olympio, 2002.

MOURA, Luciana Melo de; SHIMIZU, Helena Eri. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. esp., p. e70826, 2016.

NOGUEIRA, Maria Inês. Trabalho em Saúde e Trabalho Médico: Especificidades e Convergências. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, n. 3, p. 414-422, 2012.

NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviço de Saúde. In: Organização Pan-Americana de Saúde. **Desenvolvimento Gerencial em Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: OPA/OMS, 1997. p. 182-186.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos, PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, Rosalvo de Jesus; LIMA, Wilza Carla Mota Brito. Participação Social no Sistema Único de Saúde: O Envolvimento da População de Alagoinhas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 942-956, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **Humaniza SUS: como é e como implantar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, Marina. Trabalho Em Equipe. In: Lima JCF, Pereira IB, (coord.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

PINHEIRO, Roseni et al. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: Valores saberes e práticas. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PIRES, D. E. P. Divisão social do trabalho/Divisão técnica do trabalho em saúde/ Precarização do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 125-135.

PIRES, Marília Freitas de Campos. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 1, p. 83-94, ago. 1997.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

PRESTES, Emília; VÉRAS Roberto. Educação, qualificação, trabalho e políticas públicas: campos em disputas. **Revista Lusófona de Educação**, v. 14, n. 4, p. 45-59, 2009.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; GOUVÊA, Mônica Villela; CASOTTI, Elisete. Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família. **Bioética**, v. 25, n. 2, p. 348-357, 2017.

SANTINI, Stela Maris Lopes et al. Dos Recursos Humanos à Gestão do Trabalho: Uma Análise da Literatura Sobre o Trabalho no SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, 2017.

SANTOS, Debora de Souza, et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 861-870, mar. 2018.

SANTOS, Gastão Wagner de Sousa. Estratégias Para Consolidação do SUS e do Direito à Saúde. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, [internet], 2017. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo\\_GASTAO\\_REVISTA\\_3\\_marco\\_2017.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo_GASTAO_REVISTA_3_marco_2017.pdf). Acesso em: 26 out. 2018.

SILVA, Livia Angeli; CASSOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2011.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p 589-99, 2017.

SORATTO, Jacks et al. Insatisfação no Trabalho de Profissionais da Saúde Na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e2500016, 2017.

SOUZA, Geisa Colebrusco de et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração Inter profissional. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 640-647, 2016.

TAMBASCO, Letícia de Paula et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p 140-151, 2017.

VISENTINI, Monize Sâmara et al. Empresa Doente, Funcionário Estressado: analisando a saúde organizacional como influenciadora do stress no trabalho. **Revista de Ciências da Administração**, v. 12, n. 26, p. 189-220, jan./abr. 2010.

## APÊNDICE A - Roteiro para entrevista

### Perfil do participante

- 1 Idade:
- 2 Sexo:
- 3 Profissão/atuação na equipe:
- 4 Escolaridade:
  - ( ) Ensino Fundamental
  - ( ) Curso Técnico
  - ( ) Graduação
  - ( ) Especialização/Residência
  - ( ) Mestrado
  - ( ) Doutorado
- 5 Tempo de experiência profissional:
- 6 Tempo de exp. profissional na ESF:
- 7 Tipo de contrato:
- 8 Jornada de trabalho:

### Entrevista

- 9 Na sua opinião qual é função da ESF?
- 10 Como é o seu trabalho aqui na ESF? Fale um pouco de como é trabalhar em uma ESF.
- 11 Como você acredita que deveria ser o processo de trabalho aqui na ESF?
- 12 Como é a sua relação com outros profissionais que trabalham na ESF?
- 13 Qual é a finalidade do seu trabalho na ESF?
- 14 Qual é o seu objeto de trabalho na ESF? Ou seja, sobre em que sua ação profissional incide?
- 15 Quais os instrumentos de trabalho [recursos, tecnologias] que você utiliza para que a finalidade do seu trabalho seja alcançada?
- 16 Quais as fragilidades do trabalho nesta ESF? Por quê?
- 17 Quais as potencialidades do trabalho nesta ESF? Por quê?
- 18 Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

## APÊNDICE B – Termo da pesquisa



**Título da Pesquisa:** Qualitativa

**Objetivo:** Analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul.

**Período da coleta de dados:** 01/06/2018 a 01/07/2018

**Tempo estimado para cada coleta:** 40 minutos

**Local da coleta:** UBS com eSF da SMS de Caxias do Sul – RS

**Pesquisador/Orientador:** Jacks Soratto

**Telefone:** (48) 99934 7881

**Pesquisador/Acadêmico:** Eduardo Costa

**Telefone:** (54) 98145 31 59

**Do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC**

Como convidado(a) para participar, voluntariamente, da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão, diretamente, ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
Na pesquisa será utiliza a entrevista semiestruturada e a observação do processo de trabalho nas UBS pesquisadas.
<b>RISCOS</b>
Não apresenta nenhum risco para o participante.
<b>BENEFÍCIOS</b>
Melhora no entendimento do processo de trabalho em saúde nas ESF.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram, devidamente, esclarecidas, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será, obrigatoriamente, assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) **Eduardo Costa** pelo telefone **(54) 98145 3159** e/ou pelo e-mail **dukosta1@yahoo.com.br**.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
_____ <b>Assinatura</b>	_____ <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____	<b>Nome:</b> _____
<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____

Caxias do Sul (RS), de \_\_\_\_\_ de 2018.

## ANEXO A – PARECER DE ACEITE



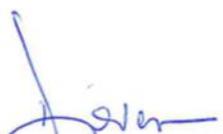
Estado do Rio Grande do Sul  
 Prefeitura Municipal de Caxias do Sul  
 Secretaria Municipal da Saúde

### PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa “O DESAFIO DO PROCESSO DE TRABALHO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL/RS” do pesquisador **Eduardo Costa**, do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletivada Universidade do Extremo Sul Catarinense conforme protocolo nº 489/18, esta Secretaria manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que o pesquisador cumpra os seguintes requisitos:

- Fornecimento de cópia da conclusão do trabalho a SMS;
- Inclusão do nome da Prefeitura Municipal de Caxias de Sul/SMS em possíveis publicações científicas;

Caxias do Sul, 26 de fevereiro de 2018

  
 Deysi Leana Bottin Piovesan  
 Secretária Municipal de Saúde

Assinatura do Pesquisador:  \_\_\_\_\_

Data prevista para entrega do material: dezembro 2018

**ANEXO B – PARECER DO CEP UNESC**

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O DESAFIO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL/RS **Pesquisador:** Jacks Soratto **Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 85657118.6.0000.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.625.621

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa tem por objetivo, analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Caxias do Sul, Estado do Rio

Grande do Sul, serão entrevistados profissionais de três UBS com ESF

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Caxias do Sul, Estado do Rio

Grande do Sul

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados. O proponente fez os esclarecimentos necessários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

pesquisa de relevância para a área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

todos apresentados.

**Recomendações:**

O relatório final deverá ser enviado utilizando-se da opção "Enviar Notificação". Essa opção está descrita no manual "Submeter Notificação" disponível na Central de Suporte (canto superior direito do portal [www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil)).

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 2.625.621

**Endereço:** Avenida Universitária, 1.105

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 88.806-000

**UF:** SC **Município:** CRICIUMA

**Telefone:** (48)3431-2606

**E-mail:** cetica@unesc.net

Página 01 de 02

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1093641.pdf	27/03/2018 11:17:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Eduardo27032018posparecerpendencia cep.docx	27/03/2018 11:08:16	Jacks Soratto	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	14/03/2018 17:18:11	Jacks Soratto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/03/2018 23:18:14	Jacks Soratto	Aceito
Outros	anuência.jpg	13/03/2018 23:11:58	Jacks Soratto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRICIUMA, 27 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**RENAN ANTONIO CERETTA**  
**( Coordenador )**