

## Artigos originais

## Desafio do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

*Challenges in the work process in the Family Health Strategy*Eduardo Costa<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0001-7316-1778>Fabiane Ferraz<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0003-1782-6784>Letícia Lima Trindade<sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>Jacks Soratto<sup>4</sup><https://orcid.org/0000-0002-1339-7268>

<sup>1</sup> Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Curso de Graduação em Enfermagem, Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde Coletiva; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), Criciúma, Santa Catarina Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado de Santa Catarina, Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional; Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECO, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

<sup>4</sup> Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Curso de Enfermagem, Medicina; Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde Coletiva; Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 13/06/2019  
Aceito em: 10/03/2020

**Endereço para correspondência:**

Eduardo Costa  
Rua Darcy Zapparoli, 159, San Vitto  
CEP: 95012-323 - Caxias do Sul,  
Rio Grande do Sul, Brasil  
E-Mail: dukosta1@yahoo.com.br

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Caxias do Sul, RS, Brasil.

**Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi realizado em quatro Estratégia Saúde da Família (ESF) e participaram 22 profissionais de saúde. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados pela análise de conteúdo temática, com auxílio do software Atlas.ti.

**Resultados:** foram organizados em três categorias: (1) Funções, realidade e idealização do trabalho na ESF, sendo a prevenção a saúde e as práticas curativistas apareceram como foco do processo de trabalho; (2) Elementos do trabalho na ESF, contemplou a finalidade do trabalho ligada à prevenção das doenças, os instrumentos vinculados as tecnologias duras e objeto de trabalho, relacionada as especificidades profissionais; e, (3) Desafios e perspectivas do trabalho na ESF, os quais enfatizam as fragilidades pela falta de profissionais e a necessidade de melhorias na gestão, bem como, o comprometimento e o trabalho em equipe como potencialidades.

**Conclusão:** no processo de trabalho em saúde predominaram as ações profissionais preventivas com foco curativista, com desafios centrados no redirecionamento do processo de trabalho na lógica da Saúde da Família.

**Descritores:** Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Fluxo de Trabalho

**ABSTRACT**

**Purpose:** to analyze the work process of the Family Health teams in the municipality of Caxias do Sul, in Rio Grande do Sul State, Brazil.

**Methods:** this is a qualitative, descriptive and exploratory research conducted in four Family Health Strategy (FHS) units, with the participation of 22 health professionals. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed through the theme content analysis, aided by the Atlas.ti software.

**Results:** the results were organized in three categories: (1) Roles, reality and idealization of working in the FHS, in which health prevention and curative practices appeared as the focus of the work process; (2) Elements of working in the FHS, which dealt with the purpose of the work connected to health prevention, related instruments, hard technologies and work object, in relation to professional specificities; and (3) Challenges and perspectives of working in the FHS, which emphasizes the fragilities, due to the shortage of professionals and the need for managerial improvement, as well as commitment and teamwork as potentialities.

**Conclusion:** in the work process in health, the preventive professional actions with curative focus were predominant. The challenges were centered on redirecting the work process toward the Family Health approach.

**Keywords:** Public Health; Public Health Care System; Family Health Strategy; Workflow

## INTRODUÇÃO

Historicamente evidenciaram-se diversos movimentos internacionais que buscaram se contrapor ao modelo biomédico Flexneriano, esse centrado em atos especializados, com foco na doença instalada e em ações direcionadas ao fazer fragmentado como centro da atenção e norteador do cuidado. 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, influenciando até hoje as práticas em saúde em vários países do ocidente<sup>1</sup>.

No Brasil, a experiência mais promissora de incorporação à lógica da atenção integral e promoção da saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual assume princípios e diretrizes para efetivação da garantia do direito à saúde e reconfiguração do modelo de atenção<sup>2</sup>. Como a principal representante da Atenção Primária à Saúde (APS), a ESF iniciou em 1994, com características de programa, porém sua efetividade a elevou para o *status* de estratégia, visto consideráveis melhorias nos indicadores de saúde<sup>3</sup>.

A ESF tem como função ordenar o cuidado em saúde, centrado nos usuários e coletividades no contexto em que vivem<sup>4</sup>. Sua expansão tem sido avaliada por um número crescente de estudos divulgados em periódicos nacionais e internacionais, bem como, em congressos e outros eventos no Brasil e no exterior<sup>3,5</sup>. Assim, a ESF é reconhecida como uma alternativa de mudança do modelo assistencial e de reorientação das práticas hegemônicas de produzir saúde, por meio de ações interprofissionais que contemplam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, os diagnósticos, o tratamento e a reabilitação<sup>2-6</sup>.

Contudo, no contexto da APS, em alguns espaços, em especial na ESF, ainda se evidencia uma forte influência do modelo biomédico [flexneriano]<sup>1</sup>, sendo que estudos na área da formação em saúde revelam que essa dissonância por vezes ocorre devido a formação ainda estar alicerçada em um modelo fragmentado, que não utiliza no processo formativo ações que mobilizam a integralidade da atenção, tampouco a clínica ampliada, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e as tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado em saúde<sup>7,8</sup>. Pois, ainda se percebe no cotidiano da assistência, atuações profissionais sem integração entre os membros da equipe, tampouco destes com a população, bem como, essencialmente centradas nos agravos e

doenças<sup>8,9</sup>, aspectos que precisam ser superados para efetivação da ESF em muitos locais do país.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

## MÉTODOS

A pesquisa respeitou todas as diretrizes legislativas vigentes com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o número 2625621. O anonimato dos participantes foi garantido pela inclusão de um código alfa numérico, estruturado pela inicial da profissão que pertence, seguida por números cardinais, exemplo, ENF1 para enfermeiro e assim sucessivamente.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, realizado em quatro Unidade Básicas de Saúde (UBS) onde atuam equipes de Saúde da Família (eSF), cujo critério de inclusão foram ter sido avaliadas no 2º ciclo de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) no município de Caxias do Sul, que integra a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, cuja abrangência é de 49 municípios.

Os participantes do estudo foram 22 profissionais, com pelo menos um ano de experiência profissional de atuação na ESF, a saber: cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS); quatro técnicos em enfermagem, três auxiliares de saúde bucal; quatro enfermeiros; três dentistas e três médicos.

A maioria dos participantes foram do sexo feminino, estatutário, somente os ACS contratados em regime celetista. Os profissionais tinham escolaridade adequada ao cargo, existiam alguns profissionais com formação de nível superior e pós-graduação, contudo, exercem função nos cargos de nível médio e técnico.

A coleta dos dados foi realizada por entrevistas semiestruturadas, no período de fevereiro a junho de 2018, composta por perguntas fechadas que caracterizaram a identificação de perfil do participante e perguntas abertas, que integravam o foco investigativo principal deste estudo.

Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo temática<sup>10</sup> composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação. Esse processo analítico foi auxiliado pelo software Atlas.ti versão 8.0, e

ancorado no olhar teórico dos autores que promovem reflexões sobre o trabalho<sup>11,12</sup> e processo de trabalho em saúde<sup>2,13-16</sup>.

Optou-se por apresentar a organização dos resultados no formato de tabelas, elaboradas a partir da análise realizada com o auxílio do software Atlas-ti. Contudo, para melhor expressar a relação entre a teoria e a percepção dos pesquisadores, será destacado alguns trechos de narrativas na seção discussão.

## RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir da análise de 22 documentos [entrevistas transcritas] que possibilitaram a seleção de 275 trechos de narrativas, vinculadas a 31 códigos, inseridos em oito subcategorias, estas por sua vez agrupadas em três categorias: “Funções, realidade e idealização do trabalho na ESF”; “Elementos do trabalho na ESF”; e “Desafios e perspectivas do trabalho na ESF”. A tabela a seguir descreve esses achados:

**Tabela 1.** Relação das categorias e subcategorias de acordo com o número de códigos referentes ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em Caxias do Sul, RS, Brasil

Categorias	Subcategorias	n	%
Funções, realidade e idealização do trabalho na ESF	Trabalho real na ESF	39	14,2
	Funções da ESF	23	8,3
	Idealização do trabalho na ESF	21	7,6
Elementos do trabalho em saúde na ESF	Finalidade do trabalho	30	10,9
	Instrumentos de trabalho	25	9,1
	Objeto de trabalho	22	8
Desafios e perspectivas do trabalho na ESF	Fragilidades do trabalho na ESF	80	29,1
	Potencialidades do trabalho na ESF	35	12,8
Total		275	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; RS - Rio Grande do Sul

A Tabela 2 demonstra a categoria “Funções, realidade e idealização do trabalho na ESF”, evidenciaram o foco do trabalho na prevenção de agravos e doenças dos usuários, revelando a realidade da

prática assistencial sob a óptica de atuação curativista e a partir de um trabalho multiprofissional. A tabela a seguir demonstra essa categoria.

**Tabela 2.** Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias relativos à categoria funções, realidade e idealização do trabalho na Estratégia Saúde da Família em Caxias do Sul, RS, Brasil

Subcategorias	Códigos	n	%
Funções da ESF	Prevenção de agravos	16	19,3
	Coordenadora do Cuidado	07	8,4
Trabalho idealizado para ESF	Multidisciplinar	09	10,8
	Prevenção para saúde	08	9,6
	Humanizado	04	4,8
Trabalho real na ESF	Curativista	18	21,6
	Prevenção para saúde	11	13,2
	Multidisciplinar	06	7,2
	Médico centrado	04	4,8
Total		83	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; RS - Rio Grande do Sul

A Tabela 3 a seguir destaca a categoria “Elementos do trabalho na ESF”, a qual expõe que a finalidade do trabalho está ligada a prevenção de agravos e adoecimento; entre os instrumentos de trabalho prevalecem

as tecnologias duras; e o objeto de trabalho centraliza-se nas ações das profissões em uma perspectiva multiprofissional e específica de cada profissão, também com enfoque curativista.

**Tabela 3.** Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias relativos à categoria elementos do trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família em Caxias do Sul, RS, Brasil

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

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2019.

Legenda: RS - Rio Grande do Sul

Por fim, a Tabela 4 apresenta a categoria “Desafios e perspectivas do trabalho na ESF”. Essa categoria retrata que as fragilidades do trabalho na ESF se sustentam na falta de profissionais e na necessidade

de melhorias na gestão institucional. Não obstante, as potencialidades vinculam-se prioritariamente ao comprometimento profissional e ao trabalho em equipe.

**Tabela 4.** Relação do número de narrativas de acordo com os códigos e subcategorias relativos à categoria desafios e perspectivas do trabalho na Estratégia Saúde da Família em Caxias do Sul, RS, Brasil

Subcategorias	Códigos	n	%
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
	Social	04	3,4
	Motivação	02	1,8
	Comprometimento pessoal	14	12,2
Potencialidades do trabalho na ESF	Trabalho em equipe	14	12,2
	Trabalho multidisciplinar	04	3,4
	Relação com a comunidade	03	2,6
Total		115	100

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; RS - Rio Grande do Sul

## DISCUSSÃO

### Funções, realidade e idealização do trabalho na Estratégia Saúde da Família

A subcategoria **funções da ESF**, expressam uma interconexão entre a prática e a teoria, pois saber a função da ESF remete ao conhecimento do que é preconizado e ao que é realizado no processo de trabalho cotidiano na APS.

A compreensão da função da ESF como coordenadora do cuidado é o ponto de partida para entender o processo de trabalho em saúde. Isso reitera o que o Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais entendem a ESF como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos desse nível assistencial. Além de ampliar a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, e propiciar uma importante relação custo-efetividade<sup>17</sup>.

O trecho a seguir expressa o que é a função da ESF:

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

Essa narrativa corrobora a discussão de que a ESF é considerada como mola propulsora de reorientação do modelo na APS, ao propor atenção contínua a uma população de território definido, cabe aos profissionais o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional<sup>2</sup>.

A prevenção de agravos em saúde faz parte das ações cotidianas da ESF, percebe-se ainda que é um discurso usual dos que atuam na APS, essa sustentação expressa-se na narrativa a seguir:

[...] 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).

A prevenção de agravos é um fator importante quando se busca a integralidade, logo, as forças de trabalho também devem ser norteadas por esta premissa. Embora a ESF se configure como um instrumento importante e mobilizador de mudanças, deve ser vista como campo de possibilidades, mais que um 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<sup>2</sup>.

A subcategoria **trabalho idealizado para ESF** indica aquilo que os participantes deveriam fazer para um trabalho diferenciado mas que ainda tem dificuldades. Essa relação entre a prescrição e o que é de fato realizado associa-se a um conceito sobre o real trabalho<sup>12</sup>, que remete a questões como fracasso e subjetividade do processo de trabalho, idealizado ou não, e com grandes riscos de ocasionar sentimentos de frustrações.

Os aspectos da humanização e de prática multiprofissional, indicam como seria o trabalho ideal em uma ESF. A narrativa a seguir expressa uma coocorrência que se vincula aos dois códigos associados.

[...] acredito que o cuidado deveria ser os 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).

A Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>18</sup> preconiza a qualificação no processo de trabalho em saúde e na gestão. Esse aperfeiçoamento das ações em saúde perpassa pelo acolhimento com classificação de risco, pela clínica ampliada e ambiência. Esses novos olhares buscam trabalhar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma racional, mais humana, ajudando na prestação de serviço e no bem-estar geral do usuário.

A essência do discurso acima trouxe o ideal de uma equipe multidisciplinar e revelou a importância de um modelo de assistência centrado em equipes interprofissionais para a APS, para que o trabalho se concretize dentro dos preceitos da integralidade.

Os resultados indicam uma vinculação do trabalho idealizado a lógica preventiva. Isso implica em refletir como esta o processo formativo desses trabalhadores, ao considerarem o fortalecimento de ações preventivas como fim do trabalho na ESF em detrimento dos preceitos da promoção à saúde o que não foi materializado com potência nas narrativas dos participantes.

De todo modo, a organização dos serviços de saúde da APS por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e . Espera-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário<sup>14</sup>.

A subcategoria **trabalho real na ESF** reporta as ações que são vivenciadas na prática diária e, são realizadas a partir da autonomia, ou na falta da mesma, para a resolução dos problemas enfrentados diariamente e até mesmo no planejamento das ações. Essa situação expressa pelo 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. O trabalho centrado no curativismo é reconhecido como um modelo tradicional, médico centrado. Nesse deixa-se de lado a prevenção em detrimento da cura, em que as ações preventivas não se efetivam devido ao grande esforço do trabalho curativo. Por outro lado, existe um anseio em trabalhar a ESF como ela é de fato. Esse modelo, como é visto continuamente no processo de trabalho em saúde, ficou exposto no depoimento citado 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, porque se não o paciente sai frustrado, porque tu não deu remédio para ele, eles querem a medicação. Mas eu gostaria que eles usassem outras coisas, chás, medicina alternativas, outras coisas que não agridem tanto, e também outras coisas que têm bastante comprovação. Então atuamos na doença, mas 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 eles não absorvem. Mas 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).

Evidenciou-se nos achados que o trabalho dos profissionais não está de acordo com o entendimento ao qual eles anseiam de como deveria ser executado. O trabalho real médico centrado impõe na prática diária o direcionamento das ações para a conduta médica, contudo, essa compreensão por vezes é muito reafirmada pelas condutas de outros trabalhadores da ESF. Esse fato é expresso na narrativa abaixo:

[...] 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 [...] então acho que se tivesse mais médico teria mais vagas, menos reclamação acho que seria isso (ACS1).

O depoimento reporta a visão que alguns trabalhadores da ESF reforçam sobre a importância do médico para o atendimento em saúde, logo, desqualifica a necessidade do trabalho multidisciplinar, o qual visa que todos os profissionais da ESF tenham autonomia, potencializando a resolutividade para a prestação de um cuidado de qualidade e integral. Parte da visão do trabalho em equipe e não do trabalho atrelado às condutas médicas, aspectos que por vezes não são valorizados entre os próprios trabalhadores no sentido de sensibilizarem a população sobre essa lógica de cuidado.

Em contrapartida, acredita-se que a multidisciplinaridade cada vez mais se incorpora na prática diária das ESF, essa prática tem grande valia para a qualidade da assistência na APS. Assim, o processo de trabalho que se pauta na premissa da interprofissionalidade, traz resolutividade e ampliação do acesso. Na narrativa a seguir evidencia-se esta descrição:

[...] temos as equipes, as reuniões de micro **[área]**, em cima disso a gente faz os planos de ações, tentamos trabalhar com a equipe multidisciplinar. Nós temos alguns grupos da unidade, que

participamos, temos o auxílio dos NASF, para ajudar nessa parte de promoção, [...] temos agendas de pré-natal, puericultura, testes rápidos, mas não por equipe, é para toda unidade, os grupos também não são por equipe (ENF5).

O trabalho coletivo<sup>6</sup> demonstra o impacto da ESF e mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de prevenção do adoecimento, promoção e recuperação da saúde. Esse trabalho coletivo requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde, entre eles os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal. Além dos profissionais inseridos nos Núcleos Ampliados à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, entre outros. Daí o caráter eminentemente multiprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais que atuam nesse contexto.

O trabalho focado na prevenção de doenças são pontos primordiais da ESF, ações que se voltam em busca de um modelo de atenção à saúde em que se pensa e age com integralidade, torna a mudança fundamental, no sentido de demonstrar um potencial de transformação nas práticas de saúde preventiva.

[...] gosto bastante de trabalhar nesta ESF. Anteriormente trabalhava na ESF de outra cidade e, desde 2011, vim para Caxias do Sul. 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).

Este relato demonstra um esforço para uma real efetivação do processo de trabalho que busque a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde. Agindo dentro dos parâmetros da integralidade, compreendida como um amplo leque de serviços disponíveis e prestados pelos serviços de APS, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. E até mesmo encaminhamentos para especialidades médicas, hospitalares, entre outros<sup>3</sup>.

## Elementos do trabalho em saúde na ESF

O trabalho é visto como um processo, pois é constituído por fenômenos inter-relacionados e envolvem objeto, instrumentos e dispêndio de energia para realização de uma ação humana intencional que produzirá um produto<sup>12</sup>. A **finalidade do trabalho**, expressa a atividade adequada a um fim<sup>11</sup>, traduz o que é trabalho em sua essência e está ligada ao seu trabalho específico e sua função como membro da equipe conforme descrito a seguir:

[...] 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, escovações supervisionadas, aplicação de flúor, sempre sob a supervisão do dentista, mais participamos sim (ASB2).

Outra perspectiva identificada é a busca pelo trabalho multidisciplinar como importante, e que deve ser almejado para fortalecimento do trabalho na APS.

O trabalho multidisciplinar é prerrogativa do processo de trabalho nas ESF<sup>15</sup>, que foi visto pelos participantes como interação dentro da equipe, todavia, não se reduz somente a isso, trabalho multidisciplinar é mais que estar junto e conviver em um mesmo espaço<sup>9</sup>, e entendendo a prática do trabalho multidisciplinar como um ato que busca a integralidade das ações de saúde.

As ações preventivas novamente são reforçadas nos achados ao se vincularem a finalidade do trabalho. O relato a seguir demonstra essa percepção:

[...] o que eu gostaria era [...] 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 (MED3).

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<sup>12</sup>.

Quanto a subcategoria **instrumentos de trabalho**, aparecem como o que o trabalhador usa para realizar seu ofício e transformar o seu trabalho<sup>11</sup>. Os achados nos indicam o uso predominante de tecnologias duras, mas também existência de tecnologias leves e tecnologias leve-dura<sup>15</sup>.

Na narrativa a seguir, identifica-se o uso da tecnologia dura para o exercício das atribuições profissionais:

[...] 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, a gente tem apenas a mesa, a gente não tem nem a balança no consultório de médico da família, não tem uma balança de criança, por exemplo, então basicamente nessa UBS, a gente tem que compartilhar, umas duas balanças, ou três, para todos os profissionais. Então nesse ponto de vista, eu poderia dizer que utilizo todos, mas não tenho todos (MED2).

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, sugerem 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<sup>19</sup>.

As tecnologias leves têm a maior conexão com processo de trabalho na ESF, isso porque, por meio delas, é possível transformar em ato o trabalho baseado nas relações humanas, essa posição faz do trabalhador o próprio instrumento de trabalho<sup>15,19</sup>.

As tecnologias leves estão presentes no espaço relacional do trabalho e se materializam nas atitudes dos sujeitos, podendo ser denominadas tecnologias relacionais. Estas 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<sup>8</sup>.

Por sua vez a tecnologias leves-duras é o conhecimento estruturado que se materializa-se por exemplo em um guia de orientação profissional, fluxos etc.

A narrativa a seguir ilustra o uso de tecnologias leve e leves-duras permeadas pelo processo dialógico e guiadas por um raciocínio clínico estruturado sustentada no processo de enfermagem [consulta].

[...] 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).

A utilização de tecnologias no processo de trabalho, em especial as leves, traz 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 centrada nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde<sup>7,15,19</sup>.

A subcategoria **objeto do trabalho** engloba o que o trabalhador deve produzir em seu processo de trabalho, este objeto é a “matéria-prima” a ser transformada<sup>11</sup>. O objeto de trabalho na saúde implica produção de saúde, sendo essa transformação resultado de todo o processo de trabalho em saúde.

As ações curativas fazem parte do processo desse objeto de trabalho nas eSF participantes, a declaração a seguir expressa esta forma de reflexão:

[...] nossa ação aqui é basicamente 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).

Infelizmente, as ações curativas como objeto do trabalho são ainda uma prática predominante do cotidiano na ESF. Já à especificidade da profissão se

mostra quando a reflexão se forma a partir do seu ato de trabalho isolado. A narrativa a seguir revela essa sustentação:

[...] 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, aí 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).

Outro item sustentado como objeto de trabalho são 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. Nesse contexto, cabe destacar: a complexidade dos objetos de intervenção, a inter-subjetividade, visto que o trabalho sempre ocorre no encontro profissional-usuário e por meio da interdisciplinaridade e inteprofissionalidade, características estas que requerem a assistência e o cuidado em saúde organizado na lógica do trabalho em equipe em substituição a atuação profissional isolada, independente<sup>6,16</sup>.

A narrativa a seguir sustenta aspectos relacionados ao trabalho multidisciplinar:

[...] 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).

## Desafios e perspectivas do trabalho na Estratégia Saúde da Família

A subcategoria **fragilidades do trabalho na ESF** estão relacionadas aos pontos negativos em relação ao processo de trabalho, em que se apresentam os problemas que impedem a qualidade do serviço e interferem trazendo frustração, por não poderem ser resolutivos quando se deparam com as situações enfrentadas no cotidiano do trabalho.

Os participantes demonstraram que existem fragilidades pautadas no modelo imediatista biomédico

[modelo hegemônico]. As ações em saúde dentro de um logica biomédica, ancorada em um cultura curativista, refleti em praticas dos usuários também sob esta perspectiva<sup>13</sup>. O trecho da entrevista a seguir ilustra 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, porque 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 [...] eles querem o comprimidinho (ENF1).

Quanto à estrutura física, a PNH<sup>18</sup> tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos cogерidos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho<sup>12</sup>.

Os apontamentos dos trabalhadores da ESF em relação à estrutura física demonstram que os locais de trabalho estão de alguma maneira, prejudicando o processo de trabalho. A ambiência humaniza o serviço faz com que as ações tenham chances de serem mais exitosas. O trecho da entrevista a seguir sustenta aspectos relacionadas a estrutura física:

[...] penso que falta mais respaldo da secretaria, 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, de uma estrutura de retaguarda que nos proporcione um atendimento mais efetivo (DEN1).

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 e reformas de UBS, para que o trabalho seja adequado e execução com qualidade. Essa questão de estruturas físicas adequadas não assegura

que a qualidade do trabalho seja a melhor, mas ajuda no processo de trabalho e faz com que os profissionais e usuários sintam-se acolhidos nas unidades de saúde.

Ao falar de autonomia profissional, vai ao encontro do trabalho interdisciplinar, porém, quando a fragilidade é não ter autonomia a preocupação torna-se maior. Isso é visto no relato, que existe um anseio por autonomia profissional:

[...] sinto alguma debilidades, eu faço consulta de enfermagem sou habilitada para isso, até a pouco tempo atrás a secretaria não nos autorizava 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 iatrogenia? 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).

Essas descrições demonstram que para que possam realizar um atendimento de qualidade, é necessário um protagonismo maior das categorias profissionais, compreendendo aspectos do cuidado e conduta que podem ser interprofissionais. Essa é a chave para um trabalho de excelência na APS<sup>6</sup>. Favorecer o protagonismo de todos, proporciona também uma melhor forma de agilizar e otimizar o cuidado. A falta de autonomia profissional existente, e os profissionais expressam que essa situação, é, em grande parte, um problema de gestão, não no microespaço, mas sim, como a falta de proposta de um macroplanejamento em saúde, que respeite a autonomia profissional, desvinculando-se do predomínio do modelo biomédico, assumindo processos de trabalho com base em protocolos para a APS, que possibilitem de modo respaldado a atuação de diferentes profissionais para o cuidado integral aos usuários.

Ao abordar sobre falta de humanização, a fragilidade aparece nas falas dos participantes, como uma

ligação de como os usuários estão sendo atendidos em seus locais de trabalho, podendo ser prejudicados pela falta de tempo para as ações de saúde, até mesmo nas consultas. Precisa-se compreender que um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima, cidadã de direitos, valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde<sup>18</sup>.

Os instrumentos relatados 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 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).

Os fatores relacionados à gestão do trabalho estão muito associados às condições de trabalho, que englobam vários elementos referentes 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<sup>20</sup>.

A falta de motivação surge como uma importante fragilidade, pois revela a insatisfação do profissional com sua realidade no processo de trabalho. Todos os relatos reportam um sentimento de desmotivação.

[...] eu que tenho que motivar mais a equipe, porque somos sempre os mesmos, pode mudar a gestão mais a gente continua aqui. Acabamos meio desmotivado. Aí tu pegas umas férias, tu voltas motivado. Falta motivar mais a equipe! Tu ver 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 pessoas. 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).

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<sup>20</sup>. A falta de profissionais é uma fragilidade em qualquer instituição, porém, na saúde esse problema pode interferir na qualidade do serviço prestado na APS. O trecho a seguir indica esta situação:

[...] 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).

Os resultados expressam que a falta de profissionais causa dificuldades aos membros das ESF, tendo em vista que o trabalho se faz em complemento multidisciplinar e a falta de um elo prejudica o processo de trabalho. Essa relação de desvantagem é, em determinado momento crucial, pois gera frustrações, insatisfações para profissionais e usuários<sup>12</sup>. A viabilidade de uma proposta inovadora, como a da ESF, depende de condições de trabalho, incluindo equipes em quantidade e qualidade<sup>21</sup>.

Quanto às questões gerenciais, o limitado apoio da gestão do sistema municipal é uma fragilidade sentida e relatada nas falas dos profissionais. Nitidamente identifica-se um anseio pelo apoio institucional. Esse apoio ou a falta dele interfere na maneira com que será conduzido processo de trabalho:

[...] 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 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, sobrou 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 (ACS3).

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 um movimento que impulsiona para a realização de ações, porém, ao contrário percebe-se que essa motivação é atingida devido às iniciativas solitárias das equipes.

Referente a atribuição social descrita indicada nos resultados, é importante destacar que no Brasil, a saúde é um responsabilidade de Estado, logo o discurso de desresponsabilização profissional é extremamente perigoso uma vez que fere princípios da universalidade. De todo modo identificou-se que 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:

[...] a população coloca sobre o profissional uma responsabilidade pela sua saúde, uma responsabilidade que é dele. A minha saúde não é 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 suprir. E nós funcionários da prefeitura temos a obrigação de suprir, vejo isso diariamente, acho que isso é a maior deficiência, fragilidade do SUS nesta unidade, e de forma geral (ENF1).

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

Na subcategoria oposta, **potencialidades do trabalho na ESF** 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.

A relação com a comunidade indica uma potencialidade a ser desenvolvida para o trabalho na ESF, potencialidades demonstram as percepções positivas dos participantes. No relato a seguir o participante expõe seus pensamentos em relação a comunidade, a considera como potencial no processo de trabalho:

[...] 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 da atenção básica, se tu quisesse trabalhar aqui dentro da comunidade, poderia (TEN1).

Sendo assim, considera-se que a potencialidade relatada na fala dos participantes é relevante e demonstra que o contato usuário-profissional transforma o processo de trabalho. A proximidade de aceitar as questões que perpassam entre a atuação profissional e a empatia, aspecto norteador para relação comunitária.

Esse respeito mútuo e a consideração entre os atores facilitam o trabalho, para os profissionais e no atendimento dos usuários, favorecendo 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<sup>21</sup>.

Quanto ao comprometimento pessoal, uma equipe comprometida reflete sobre a maneira no trabalho, abaixo tem-se a descrição de comprometimento como potencialidade:

[...] 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).

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<sup>21,22</sup>.

O achado a seguir descreve a importância e a existência do trabalho em equipe:

[...] 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. Mas 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).

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, companheirismo, responsabilidade coletiva, respeito e ética, para assegurar a integralidade da atenção à saúde<sup>9</sup>.

Por fim, a atuação interprofissional na ESF demonstra uma reflexão sobre a relação com os outros profissionais e de como é importante para equipe essa relação.

[...] ótima. Me dou bem com todos. Nós temos duas equipes de saúde bucal na unidade e isso é muito bom também, acho legal poder trocar ideias, 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).

No processo de trabalho em saúde, os sujeitos da ação, os profissionais das equipes, 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<sup>23</sup>.

As limitações do estudo foram atribuídas a diversidade de escolaridade dos participantes, o que pode ter influenciado na estruturação dos resultados, uma vez que houve um número significativo que possuíam o ensino médio, logo não tiveram uma discussão mais aprofundada sobre determinadas temáticas que a universidade por natureza oportuniza.

Por seguinte, o estudo é fruto de uma dissertação de mestrado, e para não perder a totalidade da pesquisa, optou-se por manter as três categorias, as

quais contemplam debates diferenciados, mas que possuem uma relação temática convergente, e isso pode ter causado uma impressão ao leitor de repetição da discussão. Porém, isso cooperou para validação dos achados, o que vai ao encontro dos *guidelines* para estudos qualitativos

## CONCLUSÃO

Ao analisar o processo de trabalho em saúde no município de Caxias do Sul, RS, Brasil, evidenciou-se que predominam, ações preventivas com foco curativista sob uma perspectiva com enfoque médico centrada, mas com idealização de um trabalho conforme o prescrito pela Política Nacional de Atenção Básica para a ESF.

A análise do processo de trabalho na ESF oportunizou também identificar que é preciso investir no aperfeiçoamento profissional e da gestão, com vistas a exercitar um trabalho mais coletivo e interdisciplinar. Todavia, os achados não podem ser generalizados pelos limites de contextos investigados, sendo importante desenvolver estudos contínuos pelo país em diferentes ESF.

Os achados revelam ainda a importância do trabalho na ESF ser aprimorado, com necessidade de respeitar as dinâmicas locais, fomentar e viabilizar as iniciativas profissionais, para que possa visualizar uma maior garantia da integralidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.* 2008;32(4):492-9.
- Santos DS, Michima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018;23(3):861-70.
- Pinto LF, Giovanella L. Do programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018;23(6):1903-13.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 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. 21 set 2017.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018;42(1):18-37.
- Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface.* 2016;20(56):199-201.
- Abrahão LA, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface.* 2014;18(49):985-93.
- Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;70(5):981-7.
- Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JC (orgs). *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. [cited 2018 aug 25]. p. 419-26. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>.
- Friese S, Soratto J, Pires D. Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS. *MMG Working Paper.* 2018;18(2):1-30.
- Marx K. *O capital: crítica da economia política.* Livro I. 30ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.
- Dejours C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicol. Estud.* 2012;17(3):363-71.
- Nogueira MI. Trabalho em saúde e trabalho médico: especificidades e convergências. *Rev. bras. educ. med.* 2012;36(3):414-22.
- De Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface.* 2018;22(64):77-86.
- Malta DC, Merhy EE. Micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf.* 2003;7(1):61-6.
- Peduzzi M, Schraiber LL. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JC (orgs). *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. [cited 2018 aug 25]. p. 320-328. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [cited 2018 oct 12]. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

19. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em Saúde. In: Pereira IB, Lima JC (orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. [cited 2018 aug 25]. p. 358-3. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reeprosau.html>
20. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e2500016.
21. Lima C, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. bioét.* 2014;22(1):152-60.
22. Gomes D, Ramos FRS. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface.* 2017;13(1):100-3.
23. Carrapato L, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde Soc.* 2018;27(2):518-30.