









Processo de trabalho das equipes saúde da família fluviais na ótica dos gestores da Atenção Primária*

Work process of river family health teams from the perspective of Primary Care managers

Proceso laboral de los equipos de salud de la familia fluviales bajo la óptica de los gestores de la Atención Primaria

Como citar este artigo:

Figueira MCS, Marques D, Vilela MFG, Bazílio J, Pereira JA, Silva EM. Work process of river family health teams from the perspective of Primary Care managers. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03574. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027303574>

-  Maura Cristiane e Silva Figueira¹
-  Dalvani Marques¹
-  Maria Filomena Gouveia Vilela¹
-  Jennifer Bazílio¹
-  Jéssica de Aquino Pereira¹
-  Eliete Maria Silva¹

* Extraído da tese: “Processo de Trabalho das Estratégias Saúde da Família Fluviais e atributos da Atenção Primária em Saúde”, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, 2019.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the work process carried out by the river family health strategy teams in a municipality in the Amazon region through the perception of the managers. **Method:** An evaluative study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with managers of Primary Healthcare, document analysis and participant observation of the work by content analysis. **Results:** Seven managers participated. Two thematic categories stood out: “Knowledge and practices in the work process of river teams” and “Reports of successful practice experiences”. **Conclusion:** Integrated work and team autonomy are present in the work process; successful practices are encouraged, as well as the use of light and hard-light technologies.

DESCRIPTORS

Primary Care Nursing; Health Management; Family Health Strategy; Unified Health System.

Autor correspondente:

Maura Cristiane e Silva Figueira
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126,
Cidade Universitária Zeferino Vaz
CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil
mauracs@gmail.com

Recebido: 17/07/2018
Aprovado: 29/08/2019

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil apresenta diferenças organizacionais nos contextos históricos, sociais e entre os países, sendo tema de extensas discussões sobre os modelos existentes⁽¹⁾.

Como proposta de reorientação do modelo assistencial, foi criado, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em janeiro de 1994, estruturaram-se as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Saúde da Família, estruturada inicialmente como programa, mudou a designação para Estratégia, com vistas à reestruturação dos serviços municipais de atenção básica⁽²⁻³⁾.

Nos anos iniciais, o PACS e o PSF eram prioritários em regiões com maior vulnerabilidade social (norte e nordeste); entretanto, o financiamento federal para os programas estimulou sua implantação e expansão para todo território nacional, principalmente nos locais de baixa densidade demográfica e de pouca oferta de serviços⁽⁴⁾.

De acordo com a heterogeneidade territorial, os diferentes contextos e as características específicas de cada local influenciam na implementação de arranjos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), pois os perfis socioeconômico e epidemiológico variam entre as regiões do país, os estados da mesma região e territórios de um mesmo município. Com a implementação do SUS e o processo de descentralização político-administrativa, a ampliação das ações, dos serviços e a organização da Atenção Básica (AB) passou a ser de responsabilidade principal dos gestores municipais⁽¹⁾, visando adequações com a realidade local.

Diante disso, na região amazônica, foi implantada uma unidade móvel de saúde em 2006 pelos municípios às margens do Rio Tapajós, região oeste do estado do Pará (Santarém, Belterra e Aveiro) com apoio de uma organização holandesa 'Terre des hommes', funcionando nos moldes de um PSF itinerante na área do rio. A unidade foi chamada de "Abaré" pelos comunitários ribeirinhos, que significa, em tupi, "amigo cuidador". A gestão operacional era feita pelo Projeto Saúde e Alegria (PSA), Organização Não Governamental (ONG) que atua em comunidades tradicionais da Amazônia⁽⁵⁾.

Inspirado nessa iniciativa, com vistas a ampliar o acesso e construir modelos que pudessem atingir regiões mais inacessíveis, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria n. 2.191 de 3 de agosto de 2010, as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e ribeirinhas, em cuja implantação foi priorizado o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-matogrossense. Posteriormente, a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 trouxe novos critérios para a implantação das equipes⁽⁶⁾ e a Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017⁽⁷⁾ estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da AB.

O navio Abaré foi credenciado pelo MS como a primeira Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) do país, sendo considerada uma unidade de saúde intermunicipal, com equipe em Santarém, Belterra e Aveiro, sendo uma ESFF em cada

município, integrando os serviços do SUS. Posteriormente, foram implantadas mais duas equipes em Santarém, em outro território, com vistas a ampliar o acesso das populações ribeirinhas de outras regiões do município.

As equipes desenvolvem suas atividades laborais em UBSF, barco ou navio, e nas comunidades da área de abrangência de saúde da família⁽⁶⁻⁸⁾. A gestão desse arranjo assistencial de ESFF constitui-se o foco deste estudo, ou seja, trata-se do processo de trabalho em saúde no contexto amazônico sob a ótica dos gestores da APS.

O processo de trabalho em saúde, utilizado como referencial teórico deste estudo, se caracteriza como conjunto de ações coordenadas, realizadas pelos trabalhadores, em que indivíduos, famílias e comunidades compõem o objeto de trabalho, e os saberes e procedimentos representam os instrumentos utilizados para suprir as necessidades na atenção em saúde⁽⁹⁾.

O estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho realizado pelas equipes das estratégias de saúde da família fluviais em município da região amazônica por meio da percepção dos gestores.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, sendo utilizados como instrumentos metodológicos: a análise documental, a observação participante do trabalho e entrevistas semiestruturadas com gestores da APS.

CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário foi o município de Santarém, situado na região norte do Brasil e oeste do estado do Pará. Nas regiões ribeirinhas do município, vive uma população de 50.950 habitantes que utilizam pequenas embarcações como meio de transporte. Algumas dessas comunidades ficam distantes do centro urbano, a cerca de 20 horas de viagem de barco/motor, constituindo a região mais carente da área rural. Nas áreas dos rios Tapajós e Arapiuns estão localizadas as comunidades em que as ESFF estudadas atuam, cobrindo apenas uma parte da população dos locais com esse arranjo assistencial. A população estimada em 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), totalizou 302.667 habitantes, dos quais 71% estão na zona urbana e 29% na zona rural. A densidade demográfica é de 12,87 hab/km²⁽¹⁰⁾.

POPULAÇÃO

Realizamos entrevistas semiestruturadas com os sete atores da gestão da APS que trabalham com a ESFF. Foram considerados gestores os profissionais que ocupam cargos que possibilitam o "controle na administração de recursos, com poderes instituídos e que são, portanto, capazes de operar recursos para dar sentido", ou seja, para operacionalizar, efetivar determinadas políticas públicas⁽¹¹⁾. Todos tinham mais de um ano de trabalho na APS.

Foi realizada reunião com os sete gestores da APS para a apresentação do projeto de pesquisa e esclarecimentos sobre

a sua operacionalização. Realizamos contato individual para agendamento das entrevistas e observação participante dos trabalhos, conforme o consentimento de cada gestor e disponibilidade de tempo.

COLETA DE DADOS

Os documentos disponíveis foram o plano municipal de saúde de 2014 - 2017, os relatórios anuais de gestão e as programações dos anos 2016 e 2017, os projetos de implantação das ESFF e relatórios sobre a estrutura das unidades e das ações desenvolvidas. Para análise documental, partimos da questão inicial sobre como ocorreu a implantação das equipes de saúde fluvial no município. Consideramos o contexto social e político em que foi produzido o documento, a autoria, a compreensão da forma de organização dos serviços e a interpretação e síntese do conteúdo.

Um roteiro para as entrevistas semiestruturadas foi elaborado e dividido em duas partes: uma com identificação e formação profissional e a segunda referente aos procedimentos de implantação das ESFF, sobre a percepção do processo de trabalho das equipes, sobre os atributos da APS e especificidades observadas nos trabalhos nas comunidades.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho de cada gestor, tiveram a duração média de 60 minutos (mínimo de 37 e máximo de 110 minutos), sendo gravadas em áudio e transcritas na íntegra para registro das falas e posterior análise. As observações participantes foram realizadas na secretaria de saúde e em viagens para as áreas, sendo registradas em diário de campo. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2017.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise do material ocorreu por meio do conteúdo das entrevistas, da análise documental e da observação participante. A análise do conteúdo para a identificação das categorias empíricas deu-se por meio das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹²⁾.

Na pré-análise, foram sistematizadas as ideias iniciais de acordo com o referencial teórico e o estabelecimento de identificadores para a interpretação das informações. A exploração do material consistiu na “construção das operações de codificação”, em que consideramos “os recortes dos textos em unidades de registros”, a definição da frequência de aparecimento nas falas e “classificação e agregação das informações em categorias temáticas”⁽¹²⁾. Posteriormente, realizamos o tratamento e interpretação do material de acordo com o referencial do processo de trabalho.

A categorização utilizada foi a não apriorística, emergindo do contexto das respostas dos participantes⁽¹³⁾, com validação externa do conteúdo em grupos de discussão por especialistas nessa abordagem de pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo sobre foi desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (GEPEPES) da Faculdade de Enfermagem da

Universidade Estadual de Campinas. O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santarém-PA e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp sob o parecer n. 2.079.984, de 24/05/2017.

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os gestores foram identificados por características percebidas em seu trabalho, tais como: Persistente, Entusiasta, Confiante, Altruísta, Diligente, Realista e Responsável para a garantia de sigilo dos participantes. Tais características tiveram sua anuência e foram sugeridas durante a entrevista.

RESULTADOS

Participaram sete gestores. No município existem três ESFF; uma delas funciona na UBSF chamada Abaré I, que atende uma parte da região do rio Tapajós, e as outras duas, na UBSF Abaré II, que abrange parte da região do rio Arapiuns. Esses rios extensos compõem o cenário hidrográfico do município de Santarém, no estado do Pará, com muitas comunidades distribuídas em suas margens e com difícil acesso aos serviços públicos disponíveis.

Os cargos de gestão dos participantes deste estudo compõem o organograma da SMS, no eixo da APS, sendo a diretoria do Departamento de Atenção Básica (DAB), a coordenação geral das ESFF, a coordenação do Programa Mais Médicos, ligado diretamente ao DAB, e a Assessoria da Região Ribeirinha, tendo a função de aproximar a gestão com as comunidades da área de rios e a Coordenação de cada uma das três ESFF. No total, foram sete gestores em saúde entrevistados.

Os gestores caracterizam-se por ter idade entre 30 a 50 anos. Cinco são mulheres, seis são enfermeiros, seis profissionais têm curso superior e mais de quatro anos de formados, estão na gestão municipal entre dois a oito anos, trabalham na APS há mais de 10 anos e têm especialização em áreas afins à saúde coletiva. O vínculo empregatício é de serviço temporário com jornada de 40 horas semanais.

Da análise dos dados, foram identificadas duas categorias empíricas: “Saberes e práticas no processo de trabalho das equipes fluviais” e “Relatos de experiências de práticas exitosas”.

CATEGORIA 1: SABERES E PRÁTICAS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES FLUVIAIS

O estudo analisa o processo de trabalho das equipes fluviais na percepção dos gestores municipais. Nas entrevistas, percebemos que há o conhecimento dos gestores sobre como ocorre de fato o trabalho das equipes, desde sua implantação, planejamento e implementação.

Os gestores relatam como foram iniciados os trabalhos das equipes na região de rios:

O Abaré I começou a atuar em 2010 com ESFF, foi inspirada na experiência da embarcação utilizada para atendimento nas comunidades ribeirinhas e nos trabalhos fluviais no município desde 1996, antes da municipalização (Persistente).

O Abaré II foi criado em 2012 com duas equipes para a região do Arapiuns. Inicialmente em parceria com a ONG, mas atualmente o município assume todos os custos com a unidade de saúde (Confiante).

Percebemos a compreensão pelos gestores do objeto de trabalho das equipes. Citam a carência das pessoas da região por serviços básicos de saúde e relatam o esforço para melhorar a atenção à saúde das pessoas que vivem nas comunidades.

Nós temos a consciência da necessidade e da dificuldade que esse povo do Tapajós e Arapiuns passam para conseguir um atendimento aqui na cidade, imagina na comunidade deles que é longe. Muito carentes essas regiões! (Altruísta).

As equipes compreendem a necessidade e a dificuldade que esses comunitários passam. É uma população muito carente e a equipe vivencia isso nas viagens para as áreas (Confiante).

Sobre os agentes no processo de trabalho, enfatizam o trabalho integrado e em equipe e discorrem sobre a autonomia dos coordenadores de cada ESFF para a tomada de decisão junto à equipe.

Observamos que o gestor da ESFF tem certo grau de autonomia em dinamizar o processo de trabalho junto com a equipe (...), nós aqui damos o suporte possível para isso acontecer (Realista).

Os documentos oficiais da gestão (plano municipal de saúde e relatório de gestão) e as entrevistas dos gestores da SMS evidenciaram que a ESFF foi priorizada como caminho para reorganização da AB nessas regiões do município, visando proporcionar acesso pelos ribeirinhos aos serviços que anteriormente eram menos frequentes e/ou inexistentes. No período da pesquisa, o município contava com 49 equipes de saúde da família (57,41% de cobertura) e 22 de agentes comunitários de saúde. Em comunidades muito distantes da sede do município, foram criadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com profissionais residindo no local para proporcionar atendimento aos usuários, sendo quatro na região ribeirinha do Tapajós e oito no Arapiuns. Entretanto, estas são unidades fixas em comunidades mais populosas em regiões com alta dispersão demográfica e dificuldade de acesso. *Tem locais que tinham somente o posto de saúde (...) foram contratados profissionais enfermeiros para morarem na comunidade. Tudo isso pensando em melhorar o acesso dos comunitários e nos períodos em que a equipe fluvial não poderia estar (Responsável).*

A maior parte dos gestores deste estudo e dos trabalhadores do município é composta de enfermeiros. A gestão considera a enfermagem alicerce nas práticas realizadas na APS, pois, nas regiões ribeirinhas, as UBS funcionam com um enfermeiro e o técnico de enfermagem em atendimento aos comunitários.

No período da coleta de dados, as unidades móveis fluviais não realizaram os trabalhos na região como programado, pois estavam com problemas técnicos e operacionais (manutenção da estrutura e documentação); por isso, não estavam sendo realizadas viagens nessas embarcações para as áreas.

No período que não tem a estrutura do Abaré I e II a equipe de Santarém faz as viagens em barcos fretados ou em barcos que viajam normalmente para as comunidades. Levam os materiais necessários para os trabalhos e o realizam. Com isso geram produção para informar para o Ministério da Saúde (Altruísta).

As equipes são conscientes de que precisam realizar o trabalho nas comunidades e, mesmo sem a unidade fluvial, utilizam as unidades básicas existentes em algumas comunidades. Realizam com frequência viagens para o trabalho com os grupos prioritários (pré-natal, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças na puericultura), para educação em saúde nas escolas, visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem e atendimentos de prevenção em saúde oral.

Observamos a preocupação de todos os gestores entrevistados com os trabalhos realizados de maneira improvisada, sem a unidade estruturada. O gestor Persistente demonstrou angústia pela unidade não ser própria do município de Santarém. O mesmo gestor fala com entusiasmo da equipe que desenvolve o trabalho mensalmente e se esforça para desenvolver um bom trabalho (diário de campo da observação do trabalho na secretaria de saúde).

Relatam sobre os treinamentos e aperfeiçoamentos realizados para instrumentalizar a equipe para o trabalho nas comunidades:

Procuramos também munir nossos profissionais não só com materiais, sempre programamos treinamentos (...) por exemplo, quando contratamos um enfermeiro para o interior ele fica algum tempo em treinamento, no setor de emergência, na obstetria (...) nas unidades de saúde da família para ver os programas (Responsável).

Sobre as condições de contrato de trabalho, tanto os gestores quanto alguns trabalhadores da ESFF têm vínculo de trabalho temporário, apesar do tempo prolongado no serviço público.

No interior da Amazônia, não se tem a possibilidade de padronização de serviços de maneira rigorosa, com protocolos rígidos; as equipes precisam ser flexíveis para o alcance da finalidade do trabalho, de acordo com as necessidades e dificuldades dos comunitários. Relata-se que os serviços em saúde oferecidos causam certa confusão às comunidades, pois algumas iniciativas particulares de assistência ainda acontecem nas regiões de interior como de igrejas, ONG e grupos autônomos. Entretanto, os profissionais das equipes esclarecem “o que é o SUS” para que a comunidade compreenda como ocorre o processo de trabalho.

Procuramos esclarecer as comunidades que é do município, e que é ESFF, e que é SUS (Entusiasta).

A gestão relata que analisa o alcance dos objetivos das equipes pelos indicadores e metas traçados e apresentados nos relatórios, bem como pelos registros e relatos das ações pelos profissionais e pela comunidade:

Nós acompanhamos e identificamos o alcance dos objetivos pelos indicadores analisados, como a cobertura vacinal, acompanhamento do pré-natal, mortalidade materna e infantil, que eram muito altas, principalmente no Arapiuns. Também participamos das reuniões com as lideranças comunitárias que nos sinalizam como está o trabalho (Persistente).

O município estruturou UBS em comunidades maiores na área das ESFF para proporcionar acesso e continuidade do cuidado aos comunitários, em períodos em que a unidade fluvial não estiver na área, em função das longas distâncias para a sede do município.

É uma novidade para áreas da EESF ter um enfermeiro em uma UBS em função da dispersão das comunidades. Esse enfermeiro dá apoio nas comunidades (Positivo).

Tem enfermeiro que cria vínculo nas comunidades e que estão há três, até quatro anos nos locais e nem querem sair. São responsáveis e dedicados! (Diligente).

CATEGORIA 2: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DE PRÁTICAS EXITOSAS

Os encontros entre as equipes também são estimulados e realizados com frequência para que possam compartilhar experiências que proporcionem aprendizado às equipes.

Acredito que o município procura melhorar, junto com a equipe reunindo com mais frequência para discutir os processos de trabalho. A equipe se reúne pra fazer planejamento e avaliação do trabalho vendo os indicadores pra trabalhar. O médico do Programa Mais Médicos é mais integrado à equipe (Entusiasta).

As equipes tiveram o primeiro encontro da APS trabalhando temas motivacionais, de trabalho em equipe, com a troca de experiências para apresentar seu trabalho exitoso e também o que não deu certo para compartilhar com os outros (Realista).

Práticas consideradas exitosas são citadas pelos gestores como exemplo de autonomia das equipes para a realização dos trabalhos e para o alcance dos objetivos do trabalho em equipe.

Os enfermeiros criam dinâmicas para o trabalho ser mais divertido e agradável. Trabalham com fantoches, se vestem de palhaço. Trabalham o lúdico! Incentivamos que as equipes sejam mais dinâmicas (...), pois o trabalho vai muito além de ações curativas (Realista).

DISCUSSÃO

No contexto da ESFF, destacamos o objeto, os agentes, os instrumentos e a finalidade do trabalho, por meio das percepções dos gestores sobre o processo de trabalho das equipes fluviais.

O processo de trabalho em saúde compõe vários estudos, ao longo de muitos anos, que discutem e destacam a sua importância^(11,14-18), sendo utilizados como referencial para a discussão deste estudo.

Os gestores dos serviços de saúde destacam-se como primordiais na construção de modelos de gestão que possam, além de participar na produção de saúde, colaborar para a formação de pessoas que tenham projetos responsáveis pelo desenvolvimento de modelos de atenção articulados com os princípios do SUS⁽¹⁹⁾.

De um modo geral, o objeto de trabalho do setor saúde são as necessidades humanas de saúde; logo, a matéria-prima é aquilo pelo qual se realiza a ação dos trabalhadores, sendo que esse objeto existe a partir do olhar do trabalhador junto com o usuário e estes têm como fim transformar a realidade, cabendo aos gestores a atribuição de proporcionar meios para que, em

conjunto com o trabalhador, possam alcançar seus objetivos. É no encontro do trabalhador com o usuário que essa relação é estabelecida, e que é definido como “trabalho vivo em ato”⁽²⁰⁾.

A compreensão do objeto de trabalho das equipes e das necessidades em saúde são destacadas pelos gestores, bem como a carência e dificuldades no acesso a bens e serviços públicos por parte dos usuários atendidos. Destacam também a autonomia das equipes na realização do trabalho, pois o conhecimento dos territórios, do cotidiano das comunidades, facilita a estruturação dos fluxos de atendimento.

Nos serviços de saúde, “apesar da adoção de práticas centradas em atos prescritivos, burocráticos e com alto consumo de procedimentos, o trabalho em saúde permite que o trabalhador opere com certo grau de liberdade e autonomia”⁽¹⁹⁾. Por conta dessa autonomia, os trabalhadores, comprometidos socialmente, adequam os modelos disponíveis, proporcionando vinculação com as comunidades em que trabalham, tal como na ESFF, de acordo com sua realidade e necessidades. Convertem “normas e os desenhos institucionais em atos e práticas concretas”, produzindo a realidade social, ou seja, “mesmo a estratégia organizada por normas, protocolos e programas, são os sujeitos inseridos nela que conformam o desenho institucional e seus fluxos”⁽¹⁹⁾.

Os trabalhadores operam com tecnologias leves em todos os momentos e guiam o uso de outras tecnologias. Como afirmado pelos gestores, no interior da Amazônia não há a possibilidade de rigidez nos protocolos instituídos, e nem seria desejável. Se as práticas forem guiadas predominantemente por rotinas e protocolos – embora estes sejam necessários para a organização do trabalho – corre-se o risco de endurecimento, rigidez, formalidade, de tal maneira que limita a ação espontânea e criativa, enfatizando tecnologias duras e o trabalho morto⁽²¹⁾.

O contrato de trabalho temporário, tanto da gestão como das equipes, pode ser um fator dificultador, pois há a possibilidade de descontinuidade do trabalho pela fragilidade do vínculo empregatício. Em estudo realizado na região sudeste, os gestores citaram como empecilhos à gestão do trabalho os vínculos empregatícios frágeis e a baixa remuneração executada pelos municípios⁽⁴⁾.

Os gestores relatam sobre a carência das comunidades por serviços em saúde e o esforço e sensibilidade das equipes em desenvolver o trabalho de maneira a atender tanto a esta quanto às suas próprias necessidades de satisfação como ser humano. Sobre os agentes e seus objetos, estudo⁽²²⁾ destaca que todo processo de trabalho realiza os “objetivos existenciais e sociais dos sujeitos” nele envolvidos, sendo que podem estar claros ou não para estes. Esse momento é considerado privilegiado para o exercício de capacidades, sendo que a possibilidade de realização dessas individualidades torna-se também um objetivo do trabalho.

Sobre as implicações da realização dos serviços com resultados para o planejamento em saúde, podem ser destacados que: “a disponibilidade de insumos e de equipamentos na UBS, associado ao desempenho da APS, revela a importância do financiamento e de logística adequada para a qualidade da ESF, bem como a formação das equipes no tema ‘saúde da família’⁽²³⁾”. Tal fator influencia na capacidade profissional em

compreender as necessidades de saúde das pessoas e se sensibilizar para a resolução dos problemas em conjunto com estas.

Além de problemas estruturais e de recursos humanos, a organização dos serviços, a gestão das equipes e a prática profissional sofrem pela inadequada oferta de ações e de serviços, existindo dificuldades relacionadas ao processo de formação profissional deficiente, a infraestrutura precária dos serviços e aos vínculos empregatícios também precários e às remunerações praticadas^(4,24).

Relata-se a análise de indicadores para avaliar o alcance dos objetivos do trabalho, tais como taxa de cobertura vacinal, de mortalidade e notificação de agravos; porém, enfatizamos a compreensão de que as questões subjetivas de sentimentos, satisfação do usuário, das equipes e da comunidade precisam ser mais estimuladas⁽²⁵⁾. A satisfação do usuário proporciona readequar a organização, o planejamento e os processos de decisão da gestão, bem como acompanhar os processos de trabalho dos profissionais⁽²⁵⁻²⁶⁾. Assim, também se destaca o diálogo para fortalecer os sujeitos, apontando a urgência de se alcançar a “arte de dialogar nas práticas assistenciais no âmbito da saúde pública”, sendo proveitoso para os projetos que apontam para avaliação de políticas e serviços públicos “inserir a ótica do usuário, tendo em vista o seu potencial e capacidade de vocalizar limites e potencialidades”⁽²⁶⁾.

Os resultados são corroborados por estudo que afirma que “é um grande desafio da gestão, já que a intervenção em saúde depende da construção das relações, da configuração das redes que não podem ser respondidas com a normalização do processo de trabalho”⁽¹⁹⁾. Trata-se de um processo dinâmico, que depende do encontro entre trabalhadores e usuários no seu contexto de vida e suas interações com os instrumentos, objeto e fins para materializar o cuidado em saúde de acordo com as necessidades.

As discussões sobre tecnologias de trabalho em saúde ocorrem sistematicamente, primeiro diferenciando as tecnologias caracterizadas por “máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas do conhecimento técnico”, tendo sido chamadas de “tecnologias materiais” e de “tecnologias não materiais”⁽¹⁴⁾. Essa caracterização destacou-se por firmar o conhecimento como uma tecnologia e destacar os sujeitos sociais, trabalhadores e usuários, como detentores de conhecimentos, podendo melhorar a assistência prestada. Tal conhecimento é destacado neste estudo ao se relatar que os profissionais são “munidos” não só de instrumentos materiais, mas também com diversos saberes para melhorar seu trabalho nas comunidades.

Os gestores declararam que as tecnologias leves⁽¹¹⁾ são as mais incentivadas para serem usadas pelas equipes, e assumiram que é muito utilizada em seu processo de trabalho na gestão da APS.

Os gestores enfatizam o compartilhamento do trabalho realizado entre as equipes e os relatos de experiências para o alcance dos objetivos em saúde por meio de encontros com essa finalidade. Concordamos que a singularidade dos atores no processo de trabalho em saúde deve ser considerada e a interação entre esses sujeitos depende das potencialidades proporcionadas pelos encontros realizados pelos serviços de saúde. Disto, “garantir a integralidade na intersubjetividade criada nos múltiplos encontros que os serviços de saúde proporcionam é um desafio das práticas

organizacionais, nas quais a reinvenção do processo de trabalho deve ser sempre ponto de pauta”⁽²⁷⁾.

Além disso, há evidência de que é por meio do encontro entre os trabalhadores de saúde e destes com os usuários que se estabelece a possibilidade de construir projetos com impactos positivos nos problemas de saúde⁽¹⁵⁾. Por essa razão, é imprescindível utilizar meios e estratégias inovadoras de trabalho que favoreçam o compartilhar de experiências, o vínculo, o envolvimento e a coparticipação desses sujeitos, ativos no processo de produção da saúde.

Há a consideração do trabalho coletivo como “condição fundamental para a operacionalização da gestão compartilhada em saúde”. “A liberdade, a criatividade e a autonomia no processo de trabalho dos profissionais de saúde” deve ser incentivada sempre para que o processo possa fluir para o alcance dos objetivos⁽²⁸⁾.

Como limitações, consideramos a escassez de estudos sobre o contexto de populações ribeirinhas para a discussão e enfatizamos a necessidade de novas abordagens sobre a temática da saúde da família fluvial.

CONCLUSÃO

O processo de trabalho das ESFF é complexo e singular; na visão dos gestores, o modo de organizá-lo não pode ser realizado de maneira padronizada, rígida, e seu planejamento não pode se dar sem a participação das comunidades. Trata-se de uma dinâmica flexível, que pode ser modificada de acordo com as necessidades identificadas. As equipes são incentivadas à autonomia no processo de trabalho, com o uso de abordagens criativas, exitosas, priorizando as tecnologias leves e leve duras.

Percebemos que, pelo modo de agir e relatar dos gestores entrevistados, pode haver a possibilidade de processos de mudanças, pois há o estímulo ao trabalho em equipe, por profissionais mais autônomos nas decisões e realização do trabalho, na redefinição do processo de trabalho e a inquietação com as condições de trabalho existentes. Essas características do trabalho do gestor proporcionam a construção de vínculo gestor-trabalhador e favorecem as relações com foco na melhoria do processo de trabalho.

Este estudo fortalece a afirmativa de que a melhoria da qualidade dos serviços precisa ser discutida com os profissionais de saúde e, também, com seus usuários, para o planejamento, organização, tomada de decisão, revisão de condutas e dos fluxos assistenciais, visando o alcance dos objetivos que satisfaçam as necessidades em saúde das comunidades. Destaca-se que a escuta, o acolhimento, o diálogo, o vínculo, e a empatia precisam estar inseridos nas relações para que possam fortalecer e potencializar os processos de trabalho das equipes.

Entendemos que muitos são os desafios no processo de trabalho da ESFF, pois tal arranjo apresenta peculiaridades de difícil resolução, tal como as longas distâncias entre as comunidades do território; porém, o enfrentamento de desafios por meio de estratégias exitosas é fundamental para fortalecer a atenção básica nos municípios com essa realidade, na perspectiva de organização de um sistema de saúde que alcance os princípios do SUS da universalidade, equidade e a integralidade do cuidado em saúde na região amazônica como um todo, com destaque para as populações ribeirinhas.

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de trabalho realizado pelas equipes das estratégias de saúde da família fluviais em município da região amazônica por meio da percepção dos gestores. **Método:** Estudo avaliativo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores da Atenção Primária em Saúde, análise documental e observação participante do trabalho com análise do conteúdo. **Resultados:** Participaram sete gestores. Destacam-se duas categorias temáticas: “Saberes e práticas no processo de trabalho das equipes fluviais” e “Relatos de experiências de práticas exitosas”. **Conclusão:** O trabalho integrado e a autonomia das equipes estão presentes no processo de trabalho; práticas exitosas são incentivadas, bem como a utilização de tecnologias leves e leves-duras.

DESCRITORES

Enfermagem de Atenção Primária; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el proceso laboral llevado a cabo por los equipos de las estrategias de salud de la familia fluviales en municipio de la región amazónica mediante la percepción de los gestores. **Método:** Estudio evaluativo con abordaje cualitativo. Se recogieron los datos mediante entrevistas semiestructuradas con gestores de la Atención Primaria de Salud, análisis documental y observación participante del trabajo con análisis de contenido. **Resultados:** Participaron siete gestores. Se destacan dos categorías temáticas: “Saberes y prácticas en el proceso laboral de los equipos fluviales” y “Relatos de experiencias de prácticas exitosas”. **Conclusión:** El trabajo integrado y la autonomía de los equipos están presentes en el proceso laboral; se incentivan las prácticas exitosas, así como la utilización de tecnologías ligeras y ligeras duras.

DESCRIPTORES

Enfermería de Atención Primaria; Gestión en Salud; Estrategia de Salud Familiar; Sistema Único de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Souza ROA, Machado CV, Noronha MF. Desafios da Gestão Municipal de Atenção em Saúde no Brasil: um estudo de caso. *Rev APS* [internet]. 2015 [citado 2018 jun. 14];18(2):166-79. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2476/875>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2018 Mar. 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
4. Magnago C, Pierantoni CR. Difficulties and confronting strategies regarding the work management in the Family Health Strategy, in the perspective of local managers: the experience of the municipalities of Rio de Janeiro (RJ) and Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015;39(104):9-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
5. Bernardes DCA, Oliveira FPA. Projeto Saúde & Alegria: educação em saúde para melhor qualidade de vida. *Rev Saúde Desenvolv* [Internet]. 2012 [citado 2018 ago. 10];1(2):8-27. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/44>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2018 jan. 18]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 mar. 25]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2018 mar. 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passoa_passo_dab.pdf
9. Mendes-Gonçalves RB. Prática de Saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 298-374.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas por cidade e estado [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 2017 maio 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
11. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
13. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
14. Paim JS. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 375-92.
15. Merhy EE. *A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec; 2002.
16. Shimizu HE, Alvão DCJ. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2405-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>
17. Oliveira AKS, Bezerra IMP, Silva CC, Lima Neto EA, Silva ATMC. Alternative experiences rescuing knowledge for working processes in health. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):953-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400024>

18. Santos DS, Mishima 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*. 2017;1(1):23-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
19. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2015;39(104):172-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040238>
20. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro; 2009.
21. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*. 2016;12(1):113-23. DOI: 10.18294/sc.2016.874
22. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. O processo de trabalho em saúde [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina; 2009 [citado 2018 mar. 20];2(1):21-7. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/1790.pdf>
23. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(9):1941-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
24. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saúde Debate*. 2018;42(1):208-23. DOI: 10.1590/0103-11042018S114.
25. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(65):387-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
26. Arruda CAM, Bosi MLM. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):321-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>
27. Carnut L. Care, integrality and primary care: essential articulation to reflect on the health sector in Brazil. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1177-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
28. Gomes FN, Lima RCD, Galavote HS, Andrade MAC. O agir cotidiano dos gestores da Estratégia Saúde da Família: possibilidades e desafios. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016;18(1):36-44. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i1.15130>

