

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO

**O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO**

RECIFE

2016

GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO

**O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Gouveia da Cruz Mendes

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

RECIFE

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

-
- B862p Brito, Geraldo Eduardo Guedes de.
O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso / Geraldo Eduardo Guedes de Brito. - Recife: [s.n.], 2016.
200 p.: il., graf., tab.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes; coorientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.
1. Estratégia saúde da família. 2. Trabalho. 3. Recursos humanos em saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia. II. Santos Neto, Pedro Miguel dos. III. Título.

GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO

**O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Data da aprovação: 08/03/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Profª. Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Profª. Dra. Kátia Suely Queiros Silva Ribeiro
Universidade Federal da Paraíba/UFPB

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, pelo estímulo e por ter autorizado o meu afastamento das atividades docentes para realizar o curso de doutorado.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, pelo acolhimento e por favorecer o meu crescimento enquanto pesquisador e docente durante a minha formação no curso de Doutorado em Saúde Pública desta instituição. Destaco meus agradecimentos ao corpo docente, ao pessoal da Secretaria Acadêmica e a Adriana e Nalva, secretárias do NESC, sempre disponíveis e atenciosas.

Ao meu orientador, prof. Antonio da Cruz Gouveia Mendes e ao meu coorientador, prof. Pedro Miguel dos Santos Neto. Os senhores não só orientaram a esta tese, mas também colaboraram de sobremaneira para a minha construção pessoal como pesquisador e docente. O aprendizado do nosso encontro eu levarei para a vida.

Aos meus pais, Antonio e Marta, por sempre me apoiarem e me amarem incondicionalmente. A minha irmã Rita, por ser a minha companheira de vida, com quem posso sempre contar. Ao meu sobrinho Thiago, que renova a cada dia a minha esperança em um futuro melhor. Obrigado, família, por serem exatamente as pessoas que eu preciso para crescer como ser humano.

Ao Ricardo, pelo apoio, companheirismo e a paciência. Mesmo em mundos tão diferentes, nossa convivência foi fundamental para a conclusão desta tese.

Aos meus queridos amigos, sempre presentes e dispostos ouvir as minhas angústias e devaneios da vida e da construção desta tese: Cadu, Robson, Franklin, Kátia, Filipe, Sara, Alysson, Cláudia Helena, Rosa, Fabiane, Nancy e Renata. Sem vocês, tudo seria mais difícil.

À Juliana, pela paciência nas intermináveis revisões lingüísticas desta tese. Ao George, pelas contribuições estatísticas e aos colegas de turma de doutorado, que me propiciaram momentos riquíssimos de convivência e debates.

Aos professores que cruzaram a minha vida e me prepararam para a carreira acadêmica. Márcia e Lígia, que me alfabetizaram. Dra. Cláudia Mármora, minha orientadora de iniciação científica. Dra. Maria Alice, por despertar durante a minha graduação o interesse pela Saúde Pública e o ensino compromissado com o SUS. Ao professor Hésio Cordeiro, pelo aprendizado durante o mestrado. E a Dra. Cláudia Leite Moraes, pela orientação do mestrado,

que qualificou a minha forma de produzir conhecimento. Certamente, exemplos que para sempre serão referências em minha vida.

A toda equipe do Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva da UFPB, pelo suporte durante a coleta de dados, em especial, à Danny, parceira na condução do trabalho de campo.

Aos trabalhadores e gestores que contribuíram neste estudo. Que os resultados aqui apresentados possam ser revertidos na qualidade da assistência prestada aos usuários da Saúde da Família.

A Deus, que por meio da minha fé, iluminou minha trajetória de vida, conduzindo por caminhos abençoados as minhas escolhas pessoais e profissionais. Indiscutivelmente, “tudo posso Naquele que me fortalece”.

Ainda bem que sempre existe outro dia. E outros sonhos. E outros risos. E outras
pessoas. E outras coisas...

(Clarice Lispector)

Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto
sujeito que o homem pode realmente conhecer.

(Paulo Freire)

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde. Este estudo objetivou verificar, por meio da análise do processo de trabalho na ESF, suas potencialidades e suas fragilidades no que diz respeito à reorientação do modelo assistencial. Realizou-se um estudo de caso quali/quantitativo em João Pessoa no ano de 2014. Os dados quantitativos foram coletados por meio de um questionário autoaplicado a uma amostra de 342 trabalhadores de nível superior e analisados através da estatística descritiva e inferencial. Os dados qualitativos foram produzidos através de dezoito entrevistas com trabalhadores considerados de referência no município (três enfermeiros, três cirurgiões-dentistas e três médicos), três trabalhadores do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e seis gestores municipais, analisados através da análise do conteúdo. Foram verificados elementos que caracterizam os trabalhadores de nível superior da ESF em João Pessoa que são comuns e que os diferenciam de outros municípios, além de características específicas das categorias profissionais. Para os entrevistados, o objeto de trabalho na ESF tratava-se do sujeito e suas necessidades singulares, contextualizado à sua família e comunidade. As tecnologias imateriais eram as mais utilizadas durante o trabalho e a principal ferramenta, a escuta qualificada. As tecnologias imateriais também se apresentaram como importantes e que, quando não disponíveis, comprometem o processo de trabalho. O trabalho na ESF possuía duas finalidades: a de ser a porta de entrada no SUS e a de melhorar as condições de saúde da população. Além de ser resolutiva, a ESF foi caracterizada como ordenadora e coordenadora do fluxo na rede de atenção à saúde. A porta de entrada era organizada por meio do acolhimento, que acontecia em dois momentos. Os trabalhadores da ESF ampliaram a finalidade de melhorar as condições de saúde dos usuários por meio da incorporação do conceito de determinação social e de geração de autonomia ao nível individual, familiar e comunitário, que se concretizavam através de ações de prevenção, promoção, cura e vigilância em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Trabalho. Recursos Humanos.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. The work process in the Family Health Strategy: a case study. 2015. Thesys (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the preferential model of organization of Primary Health Care. This study aimed to verify, through the analysis of the working process at FHS, its potentialities and weaknesses concerning the model of care reorientation. It was a qualitative-quantitative case study carried in João Pessoa, in 2014. Quantitative data were collected by a self-applied questionnaire in a sample of 342 third-level education workers and analyzed through descriptive and inferential statistics. Qualitative data were produced through eighteen interviews with top workers of the city (three nurses, three surgeon-dentists, and three physicians), three workers from Family Health Support Core, and six municipal managers, , analyzed through the content analysis. Elements that characterize the third-level education workers from the FHS in João Pessoa that are usual and the ones that distinguishes from other cities were verified, in addition to specific characteristics of professional categories. For the interviewee, the object of the work at FHS it was the subject and its unique needs, contextualized to its family and community. Immaterial technologies were the most used during the working hours, and the main tool, the qualified listening. Immaterial technologies also presented themselves as important and that, when not available, compromise the working process. The work at the FHS had two purposes: to be SUS's front door and to improve population's health conditions. Besides being resolute, the FHS was characterized as collator and coordinating of the flow in health care network. The front door was organized by means of welcoming, which happened in two moments. FHS's workers expanded the purpose of improving the users' health conditions by incorporating the concept of social determination and generating of autonomy at individual, familiar, and communal levels, which were concretized through preventive actions, promotion actions, cure, and health surveillance.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Work. Human Resources.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Elementos do processo de trabalho de Marx e materialização no trabalho em saúde verificado por Souza et al. (2010)	35
Quadro 2 - Características dos principais tipos de estudos quantitativos	67
Quadro 3 - Quantitativo de profissionais por Distrito Sanitário da amostra final	75
Quadro 4 – Variáveis, tipologia, categorização e o tratamento estatístico descritivo utilizado	77
Quadro 5 - Variáveis e sua tipologia submetidas à análise estatística inferencial	80
Quadro 6 - Conceitos utilizados para a elaboração dos roteiros das entrevistas	84
Quadro 7 – Sujeitos entrevistados	86
Quadro 8 – Categorias analíticas do estudo	87
Quadro 9 - Objetivos, métodos e técnicas do estudo	88

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Desenho do estudo da tese_____65
- Figura 2** – Boxplot da distribuição das respostas da variável “estou orgulhoso do meu trabalho na ESF” (n=342). João Pessoa, 2014_____101
- Figura 3** – Plot da distribuição das respostas da variável “estou satisfeito com a minha remuneração para trabalhar na ESF” (n=342). João Pessoa, 2014_____102
- Figura 4** - Boxplot do número de participação em atividades de grupo por semana. João Pessoa, 2014_____142
- Figura 5** - Boxplot do número médio de consultas semanais. João Pessoa, 2014_____146
- Figura 6** - Boxplot do percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento da demanda espontânea. João Pessoa, 2014_____146
- Figura 7** - Boxplot do percentual médio de tempo semanal dedicado ao acompanhamento de grupos específicos (gestantes, Hipertensão, puericultura, etc.). João Pessoa, 2014_____150

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Indicadores de saúde da criança selecionados – Brasil, 2000 e 2006 _____18
- Tabela 2** - Distribuição de profissionais, equipes saúde da família e unidades de saúde da família por Distritos Sanitários _____74
- Tabela 3**- Sexo e faixa etária da amostra, estratificados por categoria profissional ($n=342$) - João Pessoa, 2014 _____92
- Tabela 4** – Características de formação dos sujeitos em número e proporções, estratificados por categoria profissional ($n=342$) - João Pessoa, 2014 _____94
- Tabela 5** - Características gerais de trabalho dos sujeitos em números e proporções, estratificadas por categoria profissional ($n=342$) - João Pessoa, 2014 _____96
- Tabela 6** - Percentual médio de tempo semanal dedicado a atividades de prevenção e promoção da saúde ($n=342$) - João Pessoa – 2014 _____138
- Tabela 7** - Número de participação em atividades em grupo por semana ($n=342$). João Pessoa, 2014 _____142
- Tabela 8** - Número de consultas semanais e percentual médio de tempo dedicado ao atendimento da demanda espontânea ($n=342$). João Pessoa, 2014 _____145
- Tabela 9** - Percentual médio de tempo semanal dedicado ao acompanhamento de grupos específicos -gestantes, HiperDia, puericultura, etc. ($n=342$). João Pessoa, 2014 _____150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SMS/JP – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Justificativa	19
1.2 Pergunta condutora	20
2 APROXIMAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 O trabalho no curso da história	21
2.1.1 O período pré-capitalista	22
2.1.2 O período capitalista.....	26
2.1.3 O trabalho para Karl Marx.....	33
2.2 A saúde no curso da história	38
2.2.1 O período pré-capitalista	39
2.2.2 O período capitalista.....	42
2.3 O trabalho no âmbito do setor saúde	49
2.4 O trabalho na Estratégia Saúde da Família	56
3 OBJETIVOS	64
3.1 Objetivo geral	64
3.2 Objetivos específicos	64
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
4.1 Metodologias adotadas : a quantitativa e o qualitativo	67
4.1.1 O método quantitativo	67
4.1.2 O método qualitativo	70
4.2 Técnicas da pesquisa	74
4.2.1 A técnica quantitativa	74
4.2.1.1. <i>O questionário autoaplicado</i>	74
4.2.1.2 <i>A definição amostral e coleta de dados</i>	75

4.2.1.3 A análise dos dados.....	78
4.2.2 A técnica qualitativa	83
4.2.2.1 O roteiro das entrevistas face-a-face.....	84
4.2.2.2 A seleção da amostra para as entrevistas face-a-face e a coleta de dados.....	86
4.2.2.3 A análise dos dados.....	88
4.3 Síntese dos métodos e técnicas do estudo.....	88
4.4 Área do estudo.....	89
4.5 Limitações.....	90
4.6 Implicações éticas.....	91
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
5.1 O perfil dos trabalhadores de nível superior da Estratégia Saúde da Família	92
5.1.1 Caracterização geral	92
5.1.2 Características de Formação	94
5.1.3 Características de trabalho	96
5.1.4 Características de satisfação com o trabalho	100
5.1.5 Síntese de resultados	105
5.2 O Objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família	107
5.2.1 O objeto “usuário”.....	107
5.2.2 O objeto “usuário e sua família”	109
5.2.3 O Objeto “usuário e sua comunidade”	111
5.2.4 Síntese dos resultados.....	114
5.3 Os instrumentos de trabalho na Estratégia Saúde da Família	114
5.3.1 As tecnologias imateriais	115
5.3.2 As tecnologias materiais	117
5.3.3 Síntese dos resultados.....	119
5.4 A finalidade do trabalho na Estratégia Saúde da Família	120
5.4.1 A porta de entrada no Sistema Único de Saúde	120

5.4.1.1 <i>O acolhimento</i>	123
5.4.1.2 <i>A ordenação do fluxo de usuários na rede de assistência à saúde</i>	127
5.4.1.3 <i>A capacidade resolutiva da Estratégia Saúde da Família</i>	133
5.4.2 Melhorar as condições de saúde da população	135
5.4.2.1 <i>A determinação social do processo saúde-doença e autonomia</i>	136
5.4.2.2 <i>A prevenção e a promoção da saúde</i>	139
5.4.2.3 <i>A educação em saúde</i>	143
5.4.2.4 <i>O tratamento de doenças instaladas</i>	145
5.4.2.5 <i>A vigilância em saúde</i>	150
5.4.3 Síntese dos resultados.....	152
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	159
APÊNDICE A – Questionário autoaplicado.	176
APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com trabalhadores cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos.....	185
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com trabalhadores NASF.	188
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com gestores.....	191
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido	193
ANEXO A - Certidão de aprovação pelo CEP da pesquisa “A interdisciplinaridade na formação e no trabalho em saúde”, fonte dos dados quantitativos.....	195
ANEXO B - Declaração de cessão e autorização para a utilização de banco de dados do projeto “A interdisciplinaridade na formação e no trabalho em saúde”.	196
ANEXO C - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para a realização da pesquisa.	197

ANEXO D - Aprovação pelo CEP da pesquisa “ O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e a reorientação do modelo assistencial: um estudo de caso”, fonte dos dados qualitativos.	199
ANEXO E – Comprovação de submissão do artigo à Revista de APS.....	200

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial adotado no Brasil para reorientar o modelo assistencial através da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela foi planejada e implantada como uma estratégia para romper com o desenvolvimento histórico da APS no Brasil, por adotar um comportamento passivo e baseado em ações pontuais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse contexto de mudança de paradigma assistencial, a ESF aborda o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário (BRASIL, 2012).

De acordo com o sistema de informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), em janeiro do ano 2000, o Brasil havia implantado a ESF em 1.753 municípios, com 4.563 Equipes de Saúde da Família (EqSF) cadastradas no sistema e uma estimativa de cobertura populacional de 15.077.600 habitantes, o que corresponde a 8,8% do total da população. Dez anos depois, em janeiro de 2010, havia, no Brasil, 5.250 municípios com a ESF e 30.898 EqSF cadastradas no sistema, com uma estimativa de cobertura populacional de 96.388.312 habitantes, correspondentes a 50,5% da população. Em janeiro de 2016, estavam implantadas no território nacional 40.769 EqSF (BRASIL, 2014).

Tabela 1 – Indicadores de saúde da criança selecionados – Brasil, 2000 e 2006.

Indicador	2000 (%)	2006 (%)
<i>Desnutrição em crianças < 1 ano</i>	7,7	2,2
<i>Desnutrição em crianças de 12 a 23 meses</i>	17,2	4,8
<i>Taxa de mortalidade infantil</i>	31,7	23,4
<i>Aleitamento materno exclusivo até os quatro meses</i>	62,5	71,8
<i>Crianças de 12 a 23 meses com o esquema vacinal em dia</i>	89,5	94,5

Fonte: Indicadores básicos - DAB (BRASIL, 2003, 2009).

Alguns dos impactos dessa expressiva expansão da ESF puderam ser visualizados na tabela 1, com informações de alguns indicadores relativos à saúde da criança dos anos de 2000 e 2006 que apontam melhoras no período (BRASIL, 2003, 2009). Vale destacar que, durante dos últimos anos, associa-se à expansão da cobertura populacional da ESF uma importante melhoria das condições socioeconômicas da população brasileira, favorecendo consequentemente, à redução de determinantes sociais do processo saúde-doença.

Como mostram os dados apresentados, a ESF é estruturante dos sistemas municipais de saúde e tem provocado impactos positivos nas condições de saúde da população brasileira. Porém, para além da melhoria de indicadores de saúde, espera-se que ela impulse também um movimento de mudança no modo de se produzir o cuidado em saúde. Nesse sentido, demanda das EqSF envolvidas uma nova organização da dinâmica de trabalho. Esse é o primeiro contato dos usuários com o SUS responsável pela organização e pelo gerenciamento do cuidado.

De acordo com Costa et al. (2009), cabe à ESF a árdua missão de transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde, caracterizado pela centralidade da figura do médico, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico, em um modelo de assistência coletivo, multi e interdiprofissional e baseado na família e no contexto social onde os indivíduos vivem e trabalham. Em síntese, trata-se de mudar o foco do procedimento para o do sujeito e de enfrentar o desafio de construir novas práticas sanitárias que levarão a uma assistência à saúde solidária, acolhedora e, conseqüentemente, mais efetiva e resolutiva.

1.1 Justificativa

O Brasil tem o desafio de atender às necessidades de uma grande parcela da população dependente do SUS, com uma série de dispositivos legais que garantem a organização dos serviços e a orientação da produção do cuidado que rompe com o modelo biomédico. Nesse sentido, a ESF assume papel de destaque no SUS, representando uma importante estratégia de ampliação do acesso e mudança do modelo assistencial.

A ESF representa uma política institucional para a reestruturação produtiva no setor de saúde, porquanto é baseada em princípios como o trabalho em equipe, a territorialização e o trabalho baseado na vigilância em saúde, na prática clínica, entre outros. Porém, existem evidências que sugerem que o cuidado ainda continua sendo produzido em um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde e permeável ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano (COSTA et al., 2009). Assim, analisar o processo de trabalho na ESF é de fundamental importância, porque é por meio dele que é produzido o cuidado à sujeitos, as famílias e as comunidades.

O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, tem algumas características que o colocam como um potente cenário para estudos que busquem analisar o processo de trabalho da ESF e as mudanças nas práticas assistenciais por ele provocadas. A cidade dispõe

de um modelo de saúde orientado pela Atenção Básica a Saúde (ABS) com, aproximadamente, 85% de sua população coberta, investimentos na qualificação de trabalhadores e da estrutura física das Unidades de Saúde da Família (USF), nos últimos anos, e uma construção de implantação e consolidação da ESF de mais de dez anos. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/JP) mantém uma importante parceria com as Instituições de Ensino Superior, por meio de uma Rede Escola, o que proporciona movimentos de articulação entre o ensino e o serviço, que funcionam como qualificadores do ensino e da assistência.

A busca de publicações em bases de dados utilizando como palavras-chave os termos “processo de trabalho” e “Saúde da Família” aponta que, embora já existam publicações acerca do tema, essa produção ainda é incipiente. Logo, a condução de um estudo de caso, utilizando a combinação de metodologias qualitativa e quantitativa, pode suprir lacunas na produção do conhecimento nesse campo e estimular novas investigações. Cabe destacar o caráter inédito do estudo, por ser realizado em João Pessoa, e tentar, em sua análise, discutir sobre o papel da ESF na mudança das práticas assistenciais em saúde por meio de um estudo de caso.

Por fim, este estudo também contribui através da geração de conhecimentos e da divulgação de tecnologias, para melhorar a organização e promover efetividade, eficiência e qualidade da resposta do Estado quanto às necessidades de saúde da população. Os resultados poderão ser revertidos em benefícios e subsidiar discussões e reformulações entre as diversas esferas envolvidas e interessadas em melhorar a qualidade de vida e a saúde da população.

1.2 Pergunta condutora

O processo de trabalho na ESF atende a sua proposta de reorientar o modelo assistencial em saúde que rompendo com o modelo tradicional biomédico?

2 APROXIMAÇÃO TEÓRICA

O marco teórico deste estudo foi dividido em quatro temas. Essa opção objetivou compreender a evolução histórica dos conceitos de trabalho, saúde, trabalho em saúde e atenção primária à saúde. Esses temas foram definidos com base na compreensão de que o trabalho em saúde se materializa por meio de sua construção conceitual, o que será refletido no planejamento e na execução das ações que visam atender às demandas em saúde da população.

2.1 O trabalho no curso da história

A etimologia é a parte da gramática que trata da origem das palavras e da explicação do seu significado por meio da análise de seus elementos constituintes. No que se refere ao termo trabalho, deriva do latim, *'tripalium'*, que denominava um instrumento de metal em forma de tridente utilizado na lavoura para debulhar os cereais ou para rasgar ou desfiar o linho. Posteriormente, passou a ser utilizado como instrumento de tortura para punir os cavalos que resistiam a se deixar ferrar e dificultavam o trabalho dos ferreiros (BALSANULFO, 2010).

O dicionário Aurélio (FERREIRA, 2004, grifo nosso) apresenta 21 sentidos adotados no Brasil para o vocábulo trabalho. Entre eles, destacam-se:

[...] a aplicação das forças e das faculdades humanas para *alcançar um determinado fim*; Atividade *coordenada, de caráter físico e/ou intelectual*, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; o exercício dessa atividade como *ocupação, ofício, profissão* etc.; maneira de trabalhar a matéria, com o *manejo ou a utilização dos instrumentos de trabalho*; *ação contínua e progressiva* *duma força natural* e o resultado dessa ação; *resultado útil do funcionamento* de qualquer máquina; tarefa, obrigação, *responsabilidade*; fenômeno ou conjunto de fenômenos que ocorrem num organismo e, de algum modo, *lhe alteram a natureza ou forma* (biologia); atividade humana, considerada como *fator de produção* (economia).

Inicialmente, pode-se sintetizar trabalho como uma ação realizada pelos seres humanos com características físicas e intelectuais, por meio do manejo ou da utilização de instrumentos, direcionada para determinada finalidade, capaz de alterar a natureza ou a forma da matéria ou organismo. Porém, de acordo com Schwartz (2011), nem todos compartilham da mesma concepção de trabalho, que tanto pode ser uma evidência viva quanto uma ideia que ultrapassa todas as definições. Para Batista-dos-Santos et al. (2009), os estudos acerca do

trabalho não têm o signo da consensualidade conceitual e epistemológica, tampouco a político-ideológica.

Frederich Engels refere que a origem do trabalho pode ser dividida em três momentos. O marco inicial seria o do trabalho selvagem, quando os homens ainda viviam sobre as árvores, alimentavam-se de maneira primitiva, coletando e utilizando o arco, a flecha e o fogo. No trabalho da barbárie, os homens já viviam em aldeias manipulando o barro para fabricar utensílios e alimentando-se de animais domesticados e de pequenas plantações. O terceiro marco é a fundição do ferro, com conseqüente criação de instrumentos de proteção das aldeias. O desenvolvimento tecnológico a partir da manipulação do ferro possibilitou o incremento da produção de recursos materiais para além dos oferecidos pela natureza por meio do trabalho humano, o que é chamado de civilização. Assim, o homem evoluiu a sua capacidade de ser superior e de dominar a natureza (ENGELS, 1884).

Schwartz (2011) identifica, no curso da história, outros três momentos importantes que auxiliam a se compreender o trabalho: a fabricação das primeiras ferramentas, a revolução neolítica e a revolução industrial. Esse triplo nascimento da palavra trabalho designa momentos e processos distintos da sociedade e sublinham a ambigüidade da construção do conceito dessa categoria. A evolução histórica do trabalho encontra-se relacionada à organização da sociedade ao longo da história.

Segundo Bresser-Pereira (2011), a história humana passou por duas fases de organização social: a pré-capitalista e a capitalista. A partir dessas considerações iniciais, é apresentada a evolução histórica do trabalho, uma vez que sua concepção sofreu alterações importantes de acordo com a forma de organizar a sociedade ao longo do tempo, de acordo com a periodização proposta por Bresser-Pereira.

2.1.1 O período pré-capitalista

A fabricação das primeiras ferramentas pelo homem pré-histórico é datada de cerca de 2,5 milhões de anos. A produção de instrumentos de trabalho mudou radicalmente o modo de viver do homem primitivo, diferenciando-o dos animais. Eles desenvolveram características e habilidades físicas e mentais, o que não só impulsionou a manipulação da natureza e de materiais para que fossem atingidas suas necessidades, como também a modificou. Estabeleceu-se a relação dialética do trabalho: o humano transformando a natureza e, simultaneamente, transformando-se (PALANGANA; INUMAR, 2011).

As relações de sobrevivência entre os antepassados dos humanos até a elaboração das primeiras ferramentas não era trabalho no real significado da palavra. Foi com elas que o homem habilitou-se a executar múltiplas operações e passou a atribuir intencionalidade aos seus atos, visando alcançar objetivos cada vez mais complexos, aperfeiçoando-se a cada geração e estendendo-se a novas atividades (ENGELS, 1884).

O trabalho não representava ainda a economia viva, já que tais instrumentos eram utilizados exclusivamente para o que era oferecido pela natureza. Na Revolução Neolítica (7.500 a.C.), foi que surgiu verdadeiramente o trabalho, no qual se observou a emergência da sociedade de produção. O humano passou de coletor a agricultor e de caçador para criador, fabricando e utilizando instrumentos cada vez mais sofisticados para manipular os recursos naturais (SCHWARTZ, 2011).

Nesse contexto, a terra era o principal meio de produção e o *locus* central de existência dos povos. Como consequência, o homem passou a se fixar em determinado local e adaptá-lo para atender as suas necessidades, o que culminou com a organização das primeiras vilas e aldeias. Houve uma grande alteração na estrutura econômica e social, como, por exemplo, o aumento do contingente populacional e o incentivo à divisão do trabalho que, nesse período, era, de maneira geral, feita por sexo - homens (caçadores) e mulheres (coletoras) desempenhavam papéis diferentes (OLIVEIRA, 2010a).

Nas sociedades pré-históricas, o trabalho se encontrava inserido na totalidade da vida social e era orientado com base na tradição e nos costumes. Não havia diferença entre o tempo dedicado ao descanso e ao trabalho. As atividades produtivas eram condicionadas às normas, aos rituais mágicos, ao grau de parentesco entre outros, enfim, a toda a vida social. Essas características as tornavam incompatíveis com a racionalização econômica do trabalho (BATISTA-DOS-SANTOS et al., 2009).

Maarshall Sahlins denominou as sociedades pré-históricas de sociedades do lazer ou as primeiras sociedades da abundância. Em sua análise, verificou que, além de ter todas as suas necessidades materiais e sociais atendidas, dispunham de apenas um mínimo de horas por dia destinadas a atividades produtivas. Nesse período, o trabalho não pode ser caracterizado como um gerador de excedentes e de riquezas, mas isso não implica deduzir que levassem uma vida de privações. Porém, essa revolução na maneira como o homem se relacionava com a natureza para produzir bens materiais ocasionou o intercâmbio de produtos, inicialmente entre as tribos e, depois, dentro das próprias comunidades. Fortalece-se, assim, o papel da família como unidade econômica independente, fragilizando a concepção de trabalho

comunitário e embrionando a concepção de propriedades particulares/privadas (SANTOS, 2012; SUAREZ; CASTRILLÓN, 2006).

Nas sociedades antigas ocidentais, o trabalho era distinguido em três atividades fundamentais: *labor* (a atividade braçal), *poesis* (a atividade manual) e *práxis* (discussão dos problemas da cidade). O *labor* era restrito à esfera privada e a manter as finalidades exclusivas das necessidades vitais (produção de alimentos) e de reprodução da humanidade. O *labor* é uma atividade emergente das necessidades humanas e do processo biológico (BALSANULFO, 2010), que era considerado indigno para Platão e Aristóteles, visto que era responsável por impedir o ser humano de alcançar suas verdadeiras vocações (a Arte, a Ciência e a Filosofia).

O *labor* era executado por escravos, que só viviam para suas necessidades. A escravatura não tinha o objetivo de obter lucros e se aproximava da função dos animais domésticos: a de atender, com o esforço corporal, às necessidades de sobreviver (BATISTA-DOS-SANTOS et al., 2009; NILO, 2010). Porém, essa visão de mundo escravocrata retardou o desenvolvimento da técnica. O *labor*, considerado como algo degradante, concedia pouca atenção à pesquisa e à criação de artefatos mecânicos (CARMO, 1997).

A Idade Média foi dividida em duas fases: Alta Idade Média (do Século V ao XI) e Baixa Idade Média (do Século XII ao XV). Na primeira fase, observou-se a consolidação de uma configuração social e econômica senhoril e feudal. Na segunda, o apogeu e a decadência do sistema feudalista que, gradativamente, foi substituído pelo capitalismo mercantil (FERLA; ANDRADE, 2007).

Durante a consolidação e o apogeu na Alta Idade Média, a escravidão foi substituída pela servidão, e a sociedade se baseou em um complexo sistema de dependências estratificado e hierárquico. A moral e a ética racionalista e escravista foram substituídas por questões religiosas, e a ordem social foi determinada pela natureza das coisas, que, por sua vez, são designações da palavra e da vontade de Deus e dividida em três classes: o clero, a nobreza e os servos (SANTOS, 2012).

Começou-se a atribuir certo grau de representação positiva ao trabalho. Acreditava-se que, além de preparar a alma para a vida de contemplação, ele afastava o corpo das atividades pecaminosas. Era considerada heresia qualquer tentativa de desenvolvimento tecnológico que visasse controlar a natureza. Como consequência, houve pouco ou nenhum avanço no processo de racionalização do trabalho durante esse período (BATISTA-DOS-SANTOS, 2010).

A posse da terra representava a condição de liberdade e era fonte de poder. Os que não a possuíam levavam uma vida semelhante à dos escravos, embora fossem livres judicialmente. O trabalho objetivava garantir a sobrevivência da família e o pagamento de tributos para o senhor feudal. Era de baixa produtividade, pois não havia ainda uma economia de mercado que absorvesse os excedentes da produção. O ritmo das atividades era ditado pelo clima, pelas estações do ano e pelo ciclo dia-noite (CARMO, 1997).

A divisão do trabalho é denominada de senhorio-feudal. O primeiro possui a terra e as instalações necessárias para o trabalho. Os camponeses tinham os meios de trabalho e gozavam de um grau de liberdade e de obrigações. A partir desse modelo de divisão social do trabalho, emergiu outra organização social: as corporações de ofício. Eram confrarias articuladas por meio de um juramento de confiança mútua e que tinham emblemas, hinos e locais específicos nas catedrais e nas festas e reuniam os servos com a mesma função na sociedade medieval (CARMO, 1997).

A produção de excedentes agrícolas e artesanais e a importação de produtos do Oriente por meio das cruzadas se iniciam na primeira década do Século XI. O aumento na produção agrícola foi impulsionado pela criação de novas tecnologias, e com uma oferta maior de alimentos, houve uma explosão demográfica. Com as cruzadas, as rotas comerciais com o Oriente, desativadas com o fim do Império Romano, ressurgiram. Esses dois fatores permitiram que ocorresse fenômeno fundamental para o surgimento do capitalismo: a Revolução Comercial (FERLA; ANDRADE, 2007; RODRIGUES; FAVARO, 2010).

Durante a Idade Média, surgiram os burgos, embriões das cidades, que passaram a representar um centro de consumo, devido ao aumento da densidade demográfica e do número de não produtores entre seus habitantes. Esse fenômeno foi impulsionado pelo fim das invasões bárbaras e, conseqüentemente, um período de paz. A vida ultrapassou os limites do domínio do campo do senhor feudal, e o comércio se consolidou. As cidades medievais promoveram o progresso social e o desenvolvimento de novas forças produtivas para atender à vida coletiva e seus novos valores culturais. Esse espaço de múltiplas relações (campo e cidades, cidades e cidades) consagrou a divisão do trabalho entre esses espaços, onde se produzia para atender à necessidade de ambos. O campo deixou de ser exclusivamente fornecedor de alimentos e se tornou também fonte de matérias-primas, subordinando-se às novas demandas impostas pela vida nas cidades (AMBONI, 2010; FERLA; ANDRADE, 2007).

O desenvolvimento da vida urbana e comercial alterou a estrutura feudal e colocou-a em crise. Suas relações sociais de produção (servidão) impediam o pleno desenvolvimento das forças produtivas materiais. Assim, surgiam os burgueses, termo inicialmente utilizado para designar os moradores dos burgos. Com o tempo, a burguesia passou a diferenciar um grupo de pessoas que se destacavam nas atividades comerciais urbanas e detinham o capital e os meios de produção. A sociedade iniciava seu processo de organização a partir do capitalismo mercantil. As atividades artesanais foram se tornando cada vez mais dependentes da burguesia, e isso resultou na introdução do trabalho assalariado (FERLA; ANDRADE, 2007).

2.1.2 O período capitalista

A Idade Moderna, compreendida entre os Séculos XV (1453 - tomada de Constantinopla) e XVIII (1789 – Revolução Francesa), é considerada o período de transição e da formação dos Estados Modernos. Essa datação não é consensual entre os historiadores. A maioria dos estudiosos do tema considera que o surgimento dos Estados Modernos ocorreu em meados do Século XVI. Uma minoria retarda essa data para o Século XVII, e outros a antecipam para o Século XV, o que destaca o caráter transformador do período, com implicações diretas sobre a concepção de trabalho na sociedade (FLORENZANO, 2007).

A qualidade de vida da população urbana aumentou em proporções jamais vivenciadas, e a utilização dos metais preciosos nas trocas comerciais se iniciou. Desenvolvia-se, então, o que Karl Marx chamaria de acumulação primitiva de capital, e a dissociação do trabalhador de seus meios de produção se consolidou. Para Beud (1987, p. 9), a humanidade se lançava na longa marcha para o capitalismo, entendido como:

[...] um processo complexo onde se imbricam a formação de burguesias (mercantis e bancárias), a afirmação do fato nacional e a constituição dos Estados Modernos, a ampliação das trocas e a dominação em escala mundial, o desenvolvimento das técnicas de transporte e de produção, a colocação em prática de novos modos de produção e a emergência de novas mentalidades.

No que se refere à organização social, houve uma nova definição da ordem aristocrática. Os Estados Modernos assumiram o pensamento mercantilista, um conjunto de ideias e práticas econômicas que surgiram na Europa entre os anos de 1450 e 1750 e que consolidou o capitalismo como meio de produção hegemônico. A descentralização do poder

político foi reduzida, como resultado do surgimento da burguesia e sua luta pela emancipação das cidades. A monarquia ressurgiu como uma representação da coletividade, centralizou o poder e financiou as expedições ultramarinas (FLORENZANO, 2007).

A partir do Século XV, alguns países da Europa lançaram-se ao mar com as Grandes Navegações, transformando lentamente o pré-capitalismo da crise feudal no capitalismo mercantil. A conquista do Cabo de Boa Esperança (1487) e a descoberta da América (1492) e da rota marítima para a Índia (1498) marcaram o início de uma feroz caça a riquezas, por meio do comércio e da pilhagem. Tem-se, então, o acúmulo de metais preciosos e o surgimento de uma nova classe de mercadores (BEUD, 1987).

O mercantilismo estimulou a troca de mercadorias entre os países europeus, asiáticos e árabes. Outro aspecto importante desse período foi o desenvolvimento da manufatura, embrião das indústrias capitalistas. Em sua fase inicial, o burguês disponibilizava a matéria-prima para os artesãos, e o produto final era comercializado. Com o desenvolvimento das máquinas e de ferramentas mais elaboradas, os burgueses passaram a contratar os trabalhadores necessários para a produção, reunindo-os em um mesmo local, dando origem às fábricas. A partir da formação dos grandes capitais, da expansão dos mercados consumidores e do surgimento do trabalho assalariado, temos o nascimento do sistema capitalista (MANOEL, 2009).

Na Idade Moderna, outro importante movimento que definiu a concepção de trabalho foi a Reforma Protestante, uma proposta reformista cristã, que iniciou em 31 de outubro de 1517, liderada por Martinho Lutero, que recebeu apoio para suas ideias tanto do meio religioso quanto dos emergentes Estados Modernos. Começou na Alemanha e, posteriormente, expandiu-se para outros países, como a França, a Inglaterra e a Holanda. Rompeu com o pensamento católico predominante até então, exaltou o individualismo, as atividades econômicas e o sucesso material e impulsionou sobremaneira a economia da época. Para os protestantes, o lucro não é um pecado, e o ócio passou a ser condenado. Com seus cultos baseados na leitura da Bíblia, houve incentivos para expandir a educação, com consequente melhoria da produtividade do trabalho e o desenvolvimento econômico. Outro aspecto relevante, proposto pela doutrina calvinista no período da Reforma Protestante, diz respeito aos sinais reveladores da condição do homem, em que os que trabalham e alcançam o sucesso são os eleitos para a salvação divina (MONTEIRO, 2007).

A doutrina católica se opunha ao pensamento capitalista emergente no início da Idade Moderna e foi um fator determinante para a adesão dos Estados Modernos à Reforma

Protestante. Marx Weber elenca características do novo pensamento protestante que têm relação direta com o espírito capitalista: a busca pela melhoria financeira, o acúmulo de capital e a ideia de vocação como estímulo à especialização da força de trabalho (REZENDE, 2008).

Na Inglaterra, o capitalismo mercantil se desenvolveu de maneira mais acelerada e culminou com a Revolução Industrial. Em 1563, foi criado o que pode ser considerado como a 1ª lei trabalhista - o Estatuto dos Artífices - que normatizava regras sobre as condições de trabalho, o tempo de duração da aprendizagem de um ofício e o piso máximo de salário de trabalhadores. Pode-se utilizar a expressão Revolução Industrial para designar o expressivo avanço econômico iniciado na Inglaterra no Século XVIII e que se expandiu pelo mundo durante o Século XIX (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

A Revolução Industrial favoreceu o surgimento das fábricas de produção em massa e o desenvolvimento de tecnologias para aperfeiçoar os processos produtivos em grande escala. Representou a passagem da produção artesanal e manufatureira para a industrial. Envolveu a criação e o manuseio especializado das máquinas a vapor e de ferramentas elaboradas, inicialmente, para a indústria têxtil e ocasionou a evolução dos processos de trabalho. Estava criado um cenário com o predomínio de máquinas, a intensificação do comércio, do trabalho operário, da divisão técnica do trabalho e do capitalismo como sistema econômico vigente. Os impactos da Revolução Industrial, no mundo do trabalho, são tão importantes que, mesmo erroneamente, nossa cultura tem tendência a limitar o trabalho ao que foi definido por ela e pelo assalariamento: a porção de tempo trocada por remuneração (SCHWARTZ, 2011).

A organização dos espaços econômicos nacionais se apoiou na violência física e militar e no poder dos Estados Absolutistas. Houve a separação violenta entre o trabalhador e seus meios de produção, a valorização do capital no comércio e nos juros, a expansão da produção de mercadorias e das manufaturas, a ampliação dos mercados e a proletarização dos homens do campo e dos aprendizes, exigindo estratégias de disciplinamento dos trabalhadores livres e a regulação dos salários pelo Estado (BRESSER-PEREIRA, 2011).

A Idade Contemporânea é compreendida entre a Revolução Francesa (1789) e os dias atuais. O sistema capitalista e a sociedade burguesa foram completamente estabelecidos. Surgiram os complexos industriais e comerciais, as metrópoles, novos meios de transporte e telecomunicações. O rural foi urbanizado e se estabeleceram novas relações entre os seres humanos, a natureza e os objetos, agora coisificados, como o ultrapassado mercador, o burguês, ou melhor, o capitalista, para o qual a força de trabalho era uma mercadoria

submetida a um contrato de trabalho e à espoliação econômica. O mundo do trabalho foi transformado completamente, e isso alterou sua maneira e seu significado. Essas mudanças imprimiram sua marca na chamada sociedade urbano-industrial, cujas características foram sendo desenhadas no Século XIX e difundidas no Século XX (TENÓRIO, 2011).

Essas mudanças demandaram a necessidade de se pensar em formas de organizar o trabalho, objetivando extrair o máximo de produção e de produtividade da classe operária no Século XIX. O espaço industrial evoluiu cada vez mais por importantes avanços tecnológicos, como a eletricidade, a metalurgia, a melhoria dos meios de transporte e de comunicações, entre outros. Isso marcou o que pode ser denominado de Segunda Revolução Industrial. As transformações descritas a seguir apontam para o estabelecimento de novos paradigmas de organização do processo de trabalho e do próprio trabalho em si – a Revolução Organizacional. Nesse momento do processo de industrialização, as máquinas passam a ser utilizadas como metáforas para o próprio trabalho e a moldar o mundo do trabalho a partir de princípios mecânicos (BRESSER-PEREIRA, 2011).

No início do Século XX, o engenheiro norte-americano, Frederick Winslow Taylor, desenvolveu a Administração Científica do Trabalho, também conhecida como Taylorismo. Iniciou-se a sistematização dos princípios de racionalização do processo produtivo (COHEN, 2012; SANTOS, 2012). Porém, o mérito de Taylor não reside na inovação, mas na sistematização coerente de ideias difundidas, principalmente, nos Estados Unidos e na Inglaterra, dando filosofia e título a diversas e desconexas iniciativas e experiências que foram amplamente adotadas em todo o mundo (BRAVERMAN, 1981).

O Taylorismo é uma estratégia elaborada para controlar o capital, visando aumentar a produtividade do trabalho empregado para a fabricação de produtos na indústria. De maneira geral, a premissa prática da organização do processo de trabalho baseia-se no controle do tempo e nos movimentos prescritos realizados pelos trabalhadores, ou seja, a padronização do trabalho vivo. Significa dizer que se administra a forma de execução de cada trabalhador individualmente, dominando o elemento subjetivo do trabalho e transformando o homem em uma máquina (COHEN, 2012).

Conforme apontado por Tenório (2011), o trabalhador passou a ser capacitado pelo princípio do melhor gesto (*one best way*). No que se refere à organização da produção, deveria assegurar o máximo de lucratividade ao burguês e bem-estar ao empregado, este último, objetivo não atingido. A análise e a definição da execução de tarefas podem ser sintetizadas a partir destes quatro elementos: definição exata dos movimentos, das

ferramentas e dos materiais necessários para a execução do trabalho; medida do tempo necessário para cada um desses movimentos; análise dos movimentos para se alcançar a simplificação e a economia de gestos; e por fim, reunião dos movimentos em uma unidade de tarefa.

Em síntese, o Taylorismo destacou a separação entre os planejadores e os executores do trabalho e passou o controle do processo de trabalho para os administradores. Essa fragmentação do pensar e executar o trabalho reflete a divisão social e econômica típica do capitalismo moderno, que levou Taylor e seus seguidores a se debruçarem sobre a ciência por trás de cada tarefa, em que o gerente se tornou um importante artífice. Esse processo, além de consolidar a administração como uma ciência, impulsionou o surgimento de serviços de consultoria fundada na Administração Científica. Esse modelo marcou o nascimento de uma nova força de trabalho, caracterizada pela perda das habilidades manuais e de um aumento expressivo da produtividade dos trabalhadores (VIZEU, 2010).

Em 1913, Henry Ford, fundador da *Ford Motors Company*, integrou o modelo taylorista em um produto – a produção de carros - singularizando um sistema geral, por meio de uma série de mudanças no processo de trabalho de sua montadora, que se expandiu para diversos outros setores (produção de serviços ou de produtos padronizados). Cabe destacar que o conceito de Fordismo pode ser entendido, de uma maneira mais genérica, como uma etapa do capitalismo ou, de maneira mais específica, como a operacionalização de um modo de gestão da produção - o Taylorismo (COHEN, 2012).

Ford inaugurou um sistema de produção no qual as peças circulavam pela fábrica em esteiras e mantinham o trabalhador fixo em seu posto de trabalho. Como consequência, houve economia do pensamento durante o processo produtivo e a redução, ao mínimo, dos movimentos do trabalhador. Se o Taylorismo pregava os tempos dos movimentos individuais, no Fordismo, tal prática ocorre de maneira coletiva ditada pela velocidade da esteira. Isso ocasiona o disciplinamento do trabalhador e consolida a fragmentação do trabalho e a especialização do trabalhador. No paradigma Fordista, destacam-se alguns princípios. O primeiro deles é a racionalização do processo de trabalho, com importante divisão do processo produtivo horizontal (parcelamento de tarefas) e vertical (separação entre a concepção e a execução), tendo como consequência a especialização do trabalho. Associada a isso, tem-se a mecanização com equipamentos também cada vez mais especializados, visando produzir bens padronizados e em massa. Nesse modelo, os salários dos trabalhadores são relativamente elevados e crescentes, em que se propaga a incorporação de ganhos por

produtividade. A adoção do modelo Fordista expressa, de maneira singular, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho no último século. Ele reduziu o esforço humano durante a realização das tarefas, aumentou a produtividade e reduziu os preços proporcionalmente ao volume produzido. A crise do paradigma Fordista emergiu entre os anos de 1950 e 1960, por meio de reações do movimento estudantil, da classe trabalhadora, de governos, empresários e da comunidade científica (TENÓRIO, 2011).

O modelo toyotista adotado pela empresa japonesa Toyota, na década de 1950, apresentou-se como um sistema de organização da produção baseado na capacidade de responder imediatamente às oscilações de demanda, adotando a flexibilização tanto do trabalho quanto dos próprios trabalhadores. A produção deixou de ser em massa e passou a ser determinada pela demanda de produtos diversificados. O processo de produção ficou mais horizontalizado, e o trabalho temporário e a subcontratação começaram a predominar nas relações trabalhistas. O trabalhador tornou-se polivalente, e o trabalho fragmentado deu espaço para o trabalho em equipe, em um ambiente de gerenciamento individual e individualista, estimulando o processo de individualização do coletivo. Assim, esse modelo mostrou-se bem-sucedido por ser sensível às necessidades do mercado e se adaptar ao cenário de mudanças tecnológicas, incorporando conceitos de integração do ambiente, estrutura matricial, flexibilidade e motivação dos trabalhadores (TENÓRIO, 2011).

Esse modelo flexível de produção ganhou força a partir da crise estrutural do capitalismo na década de 1970, com a crise do petróleo, e da redução da taxa de juros. Novamente, o capitalismo se remodelou visando atingir níveis de acumulação por meio da adoção de mecanismos de gestão e controle dos processos de trabalho. Apoiou-se na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo, o que culminou com a adoção do sistema neoliberal. O surgimento de novos setores produtivos, de serviços financeiros, de mercados e de inovações comerciais, tecnológicas e organizacionais, marcados por aceleradas e desiguais mudanças dos padrões de desenvolvimento de setores econômicos e de regiões do mundo, caracterizam, de maneira geral, esse regime de acumulação. Além disso, o setor de serviços, a cada vez mais, passou a ocupar um lugar de destaque no mundo do trabalho. O processo de trabalho é organizado visando aumentar a produtividade, a eficiência, a qualidade e a incorporação de novas tecnologias e de mecanismos de gestão, o que ocasionou a precarização e o rompimento com as relações clássicas de produção, gerência e do envolvimento da força de trabalho no processo (ALVES, 2011).

De acordo com Siqueira (2009), esse modelo redefiniu as competências exigidas dos trabalhadores. Opondo-se à rigidez fordista, esse novo mundo do trabalho demanda do trabalhador polivalente habilidades para “analisar, interpretar, criar e tomar iniciativas e decisões, corrigir instruções, trabalhar em equipe, comunicar-se, aprender constantemente e possuir formação técnica geral”. Com os avanços no campo das tecnologias de informática, surgiram unidades de produção flexíveis e dinâmicas, que romperam com a linha de produção fordista. Na economia agora globalizada, os trabalhadores estão envolvidos em atividades transnacionais e criaram um novo espaço de produção, caracterizado pela fragmentação do processo produtivo em diferentes locais, porém, integradas pelas tecnologias de informação. O emprego flexível se materializa por meio de contratações de curto prazo, jornadas de trabalho em tempo parcial, empregos informais, temporários e subcontratações. Assim, apresenta-se um cenário de intensas mudanças nos processos de produção, trabalho, consumo e tecnologias.

Outro aspecto importante no mundo do trabalho contemporâneo é a inter-relação entre o mundo produtivo e as atividades do setor de serviços. Se, antes, elas eram consideradas improdutivas (não geravam mais-valia), atualmente são produtivas e desenvolvidas sob a égide da racionalização econômica e de valorização do capital. O terceiro setor se configura como uma alternativa de trabalho voluntário de caráter assistencial, sem fins diretamente lucrativos, que se desenvolvem à margem do mercado (ANTUNES, 2003). Autores como Bauman e Habermas apontam que as principais características da sociedade contemporânea¹ são a instantaneidade e o rápido, robusto e ininterrupto processo de produção de informações, o que expõe os sujeitos a uma gama de diferentes ideias e valores e dificulta a construção de referenciais coletivos. Além disso, as práticas sociais estão marcadas pelo signo dos valores mercantis e do individualismo, que impõem, nas relações interpessoais, a competitividade e a insegurança. Nesse contexto, o mundo do trabalho se molda a partir das subjetividades ocasionadas no encontro (ou não) dos indivíduos com as atividades laborais típicas das sociedades capitalistas e se constrói e reconstrói a partir do processo de reestruturação produtiva, da reorganização dos espaços de trabalho e da consequente necessidade de produzir um novo perfil de trabalhadores (LOPES, 2009).

¹ Para Zygmund Bauman, a sociedade contemporânea pode ser denominada de “modernidade líquida”, marcada pelo desapego, pela provisoriedade e pelo acelerado processo da individualização (TFOUNI; SILVA, 2008). Já Habermas e Lyotard caracterizam a sociedade contemporânea como “Pós-moderna”, uma condição sociocultural e estética do capitalismo pós-industrial, relacionada ao rompimento com antigos paradigmas, como o Marxismo e Liberalismo, típicos da Modernidade (NUNES, 2009).

Antunes (2011) nos apresenta duas formas gerais que são responsáveis pelo atual cenário de precarização estrutural do trabalho. A primeira é atribuída ao modelo taylorista/fordista, em que o trabalho é coisificado, maquinal, porém com direitos e regulamentações. A segunda, fonte de precarização devido à implantação da flexibilização, aparentemente mais participativa, mas que destrói os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora. Esse processo de informatização e de precarização do trabalho está encoberto por responsabilizações, individualizações, parcerias, consultores, colaboradores, metas e competências que permeiam o atual discurso gerencial do capital.

Logo, na atualidade, o trabalho compreende todos os que vendem a sua força de trabalho em troca de salário, incorporando a totalidade do trabalho social e do trabalho coletivo. Incorpora tanto o proletariado industrial, em que se localizam os trabalhadores produtivos que produzem diretamente a mais-valia, quanto os trabalhadores improdutivos, que não produzem diretamente mais-valia por serem utilizados como serviços. Enfim, ele é mais amplo do que o vivenciado durante as duas primeiras Revoluções Industriais e assumiu uma conformação muito mais fragmentada, heterogênea e complexa. O mundo do trabalho hoje se apresenta com traços de continuidade e descontinuidade dos modelos historicamente construídos e impõe penalizações cada vez mais evidentes à classe trabalhadora. Os poucos laços de sociabilidade no trabalho estão enfraquecidos assim como a não ampliação de uma vida dotada de sentido, tanto dentro quanto fora do mundo do trabalho (ANTUNES, 2009; ANTUNES; ALVES, 2004).

Embora exista um modismo antimarxista influenciado por uma sociedade em que predominam o pensamento liberal, o pragmatismo e a concentração de riquezas, indiscutivelmente, a obra de Karl Marx (1818-1883) continua atual e pertinente. O capitalismo permanece hegemônico, e praticamente todas as dimensões das relações sociais se tornaram mercadorias (fé, saúde, doença, entre outros), para além do que Marx pensou e viveu. Nesse sentido, cabe apontar que os métodos marxistas de análise são dinâmicos e capazes de dirigir um olhar sobre a atualidade, do ponto de vista da categoria trabalho. Em síntese, enquanto existir o modo de produção capitalista, as investigações à luz de Marx serão atuais, importantes e dotadas de sentimento humanista e histórico (MEKSENAS, 2008). A seguir, apresenta-se a concepção de Marx para a categoria ‘trabalho’.

2.1.3 O trabalho para Karl Marx

De acordo com Aron (2008), Karl Marx deve ser compreendido como o sociólogo e economista do capitalismo, que elaborou uma teoria sobre esse modo de produção e sua influência sobre a sociedade. A partir de sua obra, principalmente entre a segunda metade do Século XX e o início do Século XXI, estudiosos propuseram importantes debates acerca da categoria ‘trabalho’ e de sua centralidade como condição da existência humana. Essa categoria tem grande expressão nos escritos de Marx, uma vez que ele a considera a atividade afirmadora da vida, que forma a existência dos indivíduos e instaura-lhes um caráter social (OLIVEIRA, 2010b).

Marx apoia-se na ideia de que a sociedade encontra-se, historicamente, em constante processo de transformação. As mudanças são ocasionadas pelos conflitos e suas contradições, às quais os sujeitos são submetidos em uma mesma realidade. Assim, a história humana é caracterizada pela luta de classes sociais, que comporta o antagonismo dos opressores e dos oprimidos e polariza-se em dois blocos. A sociedade não se estrutura visando ao bem comum, mas para atender aos interesses da classe econômica dominante (MARX, 2012). No capitalismo, a burguesia é a classe dominante. O proletariado vende sua força de trabalho e recebe apenas uma parte do valor que produz, alienando-se. Porém, para o autor, esse modelo de relação capitalista é um fenômeno histórico, mutável e contraditório e que, por si só, irá se romper (ARON, 2008).

Marx funda a análise da categoria ‘trabalho’ como base ontológica central para o homem em sociedade. O trabalho humano se efetiva dentro e por meio de uma organização social específica, determinada por um momento histórico, para transformar a natureza e atender as suas necessidades e gerar riquezas e bens materiais. É por meio dele que se cria, livre e conscientemente, a realidade, que avança para a sociabilidade (OLIVEIRA, 2010b).

O trabalho, no entendimento de Marx, é a relação entre o ser humano e a natureza, em que o primeiro tem capacidades e habilidades de controlar, manipular e regular a segunda. Ele diferencia os humanos dos animais, porque é humanizador, capaz de abstrair e subjetivar, durante o ato, o que lhe confere intencionalidade. Assim, o sujeito se exterioriza e se realiza entre seus semelhantes e na realidade objetiva que o cerca, alcançando aquilo que lhe interessa e deseja. E a partir do momento em que o trabalhador satisfaz suas primeiras necessidades, elas geram outras, em um movimento histórico dialético que transforma o sujeito. O homem é, então, o fruto do próprio trabalho, e o ato de manipular a natureza para seu bem resulta na conformação das relações de produção e nas relações sociais entre os sujeitos (MORAES et al., 2010).

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. [...] Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (MARX, 1867).

Considerando esses aspectos, pode-se compreender o caráter positivo do trabalho. É por meio dele que o homem constrói a sociedade e sua essência humana, num processo de autocriação. Ele produz racionalmente, a partir da intencionalidade, e dá sentido a tudo o que produz, fazendo com que os homens possam ser entendidos como aquilo que fazem de si pelo próprio trabalho. Ressalte-se, ainda, que a produção da vida material humana não acontece numa relação imediata entre o homem e a natureza. Ela se efetiva por meio da realidade já estabelecida dos meios de vida e que precisam ser reproduzidos para atender às necessidades da sociedade. Em síntese, os homens são aquilo que fazem de si pelo trabalho (OLIVEIRA, 2010b).

A partir das contradições ocasionadas pela propriedade privada, o trabalho assume um caráter negativo e se torna alienado. O capitalismo altera a finalidade do trabalho humano, que passa a ser visto para atender às necessidades do capital e deixa de ser efetivado de maneira livre e criativa, o que origina o processo de perda-de-si do homem. Trata-se de um sistema de mercantilização universal (das relações, das pessoas e das coisas) e de produção de mais-valia. O trabalhador vende sua força de trabalho e torna-se uma mercadoria, em um contexto de supervalorização do mundo das coisas em oposição à valorização do ser humano. O trabalho, que deveria ser a fonte de bem-estar para os indivíduos, configura-se como uma realidade de sofrimento e de miséria para uma parte da sociedade, deixa de ser uma atividade de realização e se estabelece como o trabalho de um para outro (OLIVEIRA, 2010b).

Marx decompôs o processo de trabalho em três elementos comuns a todo trabalho, que são: a atividade pessoal do homem propriamente dito, o objeto com que se exerce o trabalho e o meio pelo qual ele se concretiza (MARX, 1867). De acordo com Moraes et al. (2010), essa divisão fragmentadora do trabalho evidencia a questão da importância dos meios de produção (como ferramentas operacionais) para se entender a formação econômica (o trabalhador não é detentor de seus meios de produção e vende sua força de trabalho) e a individualidade que se produz nas sociabilidades a elas correspondentes. Outro aspecto relevante sugerido por esses autores é que, analisado sob essa ótica, o processo de trabalho pode indicar o grau de desenvolvimento das forças produtivas, as condições sociais em que se materializam o trabalho e o próprio desenvolvimento das capacidades humanas. Logo, é capaz de apontar o

nível de humanização da sociedade em que os sujeitos estão inseridos, uma vez que, para Marx, o que eles são é o reflexo direto de sua produção, tanto no modo como o fazem quanto no que produzem.

O processo de trabalho, inicialmente, associa a atividade do cérebro e das forças do corpo, porém, devido à divisão técnica do trabalho e ao descolamento do objetivo da ação (não mais de suprir necessidades, mas de produzir em escala gerando lucro para o burguês), essa associação é rompida e torna-se contrária. O produto final não é mais obra de um indivíduo, mas de um trabalhador coletivo, que foi separado de seu objeto de trabalho e dos meios de produção. Assim, no capitalismo, observa-se a consolidação de uma capacidade de trabalho socialmente combinada (CAVALCANTE, 2009). A divisão social do trabalho, de acordo com o Dicionário de Educação Profissional em Saúde (PIRES, 2009), designa a especialização das atividades presentes em todas as sociedades complexas, independentemente de os produtos do trabalho circularem ou não como mercadoria.

O quadro 1 propõe a relação entre as categorias marxistas e o trabalho em saúde a partir dos resultados do estudo de Souza et al. (2010), realizado em uma unidade de emergência de referência regional em Santa Catarina com 28 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, assistente social e nutricionista) visando apreender as percepções desses trabalhadores sobre seu processo de trabalho. Não se pretende aqui esgotar a discussão acerca do processo de trabalho em saúde, que será abordado em uma sessão específica, considerando suas particularidades, mas apenas destacar a relevância de Marx para se compreender o processo de trabalho em geral, inclusive o trabalho em saúde.

Quadro 1 – Elementos do processo de trabalho de Marx e materialização no trabalho em saúde verificado por Souza et al. (2010).

(Continua).

Elemento	Definição de Marx	Trabalho em saúde Souza et al. (2010)
O objeto de trabalho	Todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural constituem objetos de trabalho fornecidos pela natureza.	Não houve consenso entre os sujeitos. Foram identificadas duas ideias: o objeto de trabalho em saúde são os seres humanos usuários do serviço, e uma segunda concepção que seria a assistência à saúde.

Quadro 1 – Elementos do processo de trabalho de Marx e materialização no trabalho em saúde verificado por Souza et al. (2010).

(Conclusão).

Elemento	Definição de Marx	Trabalho em saúde Souza et al. (2010)
Os meios de trabalho	<p>O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo, e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas, para fazê-las atuar como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim idealizado.</p>	<p>A equipe de enfermagem apontou como instrumentos de trabalho o conhecimento técnico, habilidade e destreza e o seu próprio corpo. Incorporaram também questões subjetivas (paciência, sensibilidade, boa vontade). Apontaram ainda o conhecimento científico, prontuário e o computador.</p> <p>Os médicos e a nutricionista declararam como instrumentos de trabalho aqueles concretos, como os utilizados para a avaliação dos usuários (instrumentais para exame físico e procedimentos).</p> <p>A assistente social apontou como instrumentos de trabalho as ações práticas utilizadas em seu cotidiano.</p>
O trabalho em si	<p>Atividade adequada para um fim, orientadora da intencionalidade para se atender às necessidades humanas.</p>	<p>Para os médicos, foi “<i>promover o bem-estar, melhorar o estado de saúde do paciente</i>”.</p> <p>Os enfermeiros e as enfermeiras perceberam a finalidade do seu trabalho como “<i>a promoção da saúde por meio de uma assistência baseada no cuidado do ser humano de forma integral; e prestar um atendimento de qualidade; restabelecer a saúde</i>”.</p> <p>A nutricionista percebeu a finalidade de seu trabalho como “<i>o fornecimento de uma alimentação balanceada, [...] que atenda às necessidades nutricionais dos pacientes para auxiliar na sua recuperação</i>”.</p> <p>Já a assistente social apontou como finalidade “<i>articular, junto à rede de proteção social, o acesso aos serviços e direitos sociais para uma atenção mais humanizada, na perspectiva da intersectorialidade e de um trabalho multiprofissional</i>”.</p> <p>No que se refere ao produto final do trabalho, não houve consenso entre os sujeitos. Emergiram percepções que o identificaram como sendo a assistência prestada; a saúde, o bem-estar, a melhora/recuperação do usuário, a redução de sequelas, o conforto/morte digna; o reconhecimento, a satisfação pessoal e o stress profissional.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de Marx (1867) e Souza et al. (2010).

É evidente que os elementos do processo de trabalho proposto por Marx são aplicáveis às análises do trabalho em saúde e podem fornecer uma rica descrição desse setor produtivo. Conforme destacado por Souza et al. (2010), foram identificados diferentes entendimentos sobre os elementos do processo de trabalho pela equipe de emergência. Ficou evidente que a percepção do trabalho em saúde é fragmentada em alguns aspectos do processo de trabalho (não o todo), e que isso pode comprometer a concepção de ação coletiva, porque, apesar das particularidades inerentes a cada categoria profissional, quando postas em conjunto, elas viabilizam a assistência à saúde.

Logo, o pensamento de Marx sobre o entendimento do processo de trabalho em saúde contemporâneo se mostra como uma potente ferramenta, uma vez que sua configuração atual foi fortemente influenciada pelo modo de produção capitalista. Para Souza et al. (2010), o processo de trabalho em saúde, assim como todos os outros, vivenciou profundas transformações com o capitalismo, as quais permitiram o avanço do conhecimento no sentido de preservar a vida, mas, de outro, perpetuou a fragmentação do indivíduo e de suas próprias necessidades como objetos de trabalho em saúde.

A aproximação inicial com o objeto desta tese, por meio do estudo de Souza et al. (2010), sugere que o trabalho em saúde também foi condicionado pelo modo de produção da sociedade capitalista e seus mecanismos de organização da produção. Porém, antes do aprofundamento teórico sobre o trabalho em saúde, é sobremaneira importante que se faça uma retrospectiva histórica da construção do conceito de saúde e de suas práticas, uma vez que esse é o objeto de transformação do setor de saúde.

2.2 A saúde no curso da história

A partir da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de Ottawa, em 1986, consolidou-se a proposta de conceituação da saúde com um aspecto positivo, e buscou-se a integração dos recursos pessoais, sociais e de capacidade física para se alcançar o bem-estar. Porém, o conceito de saúde envolve uma elaboração historicamente construída, articulada com os diferentes pensamentos filosóficos e sociais que moldaram a sociedade em seus diversos espaços (BACKES et al., 2009).

Para Scliar (2007), o conceito de saúde pode refletir a conjuntura social, econômica e cultural de determinado momento histórico e do local onde foi desenvolvido. Assim, não representará o mesmo objeto para todas as pessoas/sociedades e se tornará intimamente

relacionado à concepção científica, filosófica e, até mesmo, religiosa. Logo, para se compreender o conceito atual de saúde, é necessária uma revisão da sua evolução histórica, como a que foi realizada para a categoria trabalho, adotando novamente a periodização proposta por Bresser-Pereira (2011).

2.2.1 O período pré-capitalista

Uma das grandes inquietações da humanidade consiste em entender o que é saúde. Os povos primitivos, organizados em tribos nômades, acreditavam que o sol, a chuva, o vento, o trovão e os relâmpagos eram capazes de atuar sobre a vida. Explicavam os acontecimentos da natureza relacionados ao nascimento, às doenças e à morte do ponto de vista sobrenatural. Registros apontam que as intervenções humanas no campo da saúde eram voltadas nesse período, sobretudo, para manter a sobrevivência (BACKES et al., 2009). Cabe destacar que esse enfoque mágico-religioso ainda é aceito por diversos povos em diferentes contextos culturais.

Com a fixação das tribos nômades nos vales dos grandes rios, surgiram as primeiras grandes civilizações entre a Mesopotâmia e o Egito. Povos como os egípcios e os hebreus concebiam que as doenças eram resultado exclusivo da ação de causas externas ao organismo (elementos naturais e/ou espíritos sobrenaturais). De acordo com passagens bíblicas do Antigo Testamento, o trabalho em saúde era baseado em ações que visavam prevenir a doença. No Egito, por exemplo, a saúde era o estado natural do homem e se desenvolveram hábitos de higiene e alimentares que acreditavam poder manter a saúde ou ocasionar a doença. Porém, os hebreus já associavam os recursos religiosos aos físicos, conforme aponta um registro bíblico, em que o profeta Elizeu ressuscitou uma criança por meio da oração e de uma respiração boca a boca, seguida do que sugere ter sido uma massagem cardíaca (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Outros dois aspectos relevantes são destacados por Gutierrez e Oberdiek (2001), no que se refere às concepções e às práticas relacionadas à saúde desses povos do Oriente Médio. Eles foram os fundadores da instituição que hoje é conhecida como hospital. Os hospitais primitivos eram locais específicos onde eram realizadas pequenas cirurgias, como a circuncisão e a castração. Prestavam socorros também para o tratamento de feridas, fraturas e cauterização de picadas de cobras e insetos venenosos. Além disso, desenvolveram uma série de observações e práticas empíricas, que transportaram, em algumas situações, os elementos

mágico-religiosos para o plano secundário das ações em saúde, principalmente no Egito, na China e na Índia.

A civilização grega emergiu entre as civilizações do Oriente Médio e influenciou toda a civilização ocidental. Inicialmente, diversas entidades da mitologia eram associadas à saúde, como, por exemplo, *Asclepius* (divindade da Medicina), *Higieia* (da Saúde) e a *Panacea* (da Cura). Os gregos debruçaram-se na tentativa de encontrar uma explicação racional para o processo de adoecimento e inauguraram a medicina científica. Na construção desse conhecimento, destacam-se Hipócrates de Cós – 460 -377 aC. (pai da Medicina) e Galeno (divulgador da Medicina hipocrática). Esses povos descartaram, então, os elementos mágicos e sobrenaturais como causas das doenças e propuseram que a observação empírica (ex.: observação do ambiente, sazonalidade, trabalho, posição social do indivíduo, entre outros) deveria ser assumida como fatores fundamentais para o adoecimento. Como consequência, durante o apogeu da civilização grega, aconteceu o rompimento com a explicação mágico-religiosa, e o paradigma das explicações racionais se consolidou (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Os escritos de Hipócrates que formam o *Corpus Hipocraticus* expressam uma visão racional do processo saúde-doença e representam a sistematização do saber médico de sua época. Para ele, o corpo era composto de bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, os quatro fluidos (humores) principais. Com base nesse postulado, a saúde seria o estado de equilíbrio entre esses elementos e a desorganização desse estado - a doença - o que se aproximava do que já era praticado pelos chineses com a identificação dos elementos da natureza que compõem a saúde. Hipócrates defendia a prática clínica baseada na cuidadosa observação da natureza. O diagnóstico hipocrático era orientado pela exploração sensorial, a comunicação e o raciocínio, utilizados atualmente. Em suas abordagens terapêuticas, ele recorria à ausculta torácica, às manobras manuais e a aparelhos para manusear fraturas e luxações, drenos para extrair líquidos do tórax e do abdome e sangrias. Além disso, o prognóstico era o quarto passo do processo de identificação e abordagem da doença, exatamente como o roteiro clássico da medicina praticada no ocidente (BALESTRIN; BARROS, 2009; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; SCLIAR, 2007).

Porém, a medicina grega não era uma ação exclusiva dos médicos, uma vez que a filosofia representava o seu principal campo de conhecimento, fazendo com que importantes filósofos se ocupassem com a arte da cura. Pode-se observar, na obra de Platão, uma reflexão importante sobre a correlação entre corpo e alma durante o processo de adoecimento. Para ele,

a saúde seria o equilíbrio entre o corpo e a alma, e a doença, o desequilíbrio dos dois. Durante o processo de reequilíbrio de corpo e alma, ao primeiro se deveriam administrar remédios e alimentação adequada para o restabelecimento da saúde e da força física. Para a segunda, a abordagem seria por meio da infusão da convicção, para que a alma se tornasse virtuosa pelos discursos e pelas argumentações legítimas. Essa associação entre a Filosofia e a Medicina, que estimulava a harmonização do corpo e da alma, fez com que surgissem a ginástica e os esportes, que eram praticados com pouca roupa e em integração com a natureza (FRIAS, 2001; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Durante a Idade Média, sob a forte influência do pensamento cristão, que dominou todas as dimensões da sociedade na época, o processo saúde-doença volta a ter explicações sobrenaturais, em que a doença seria o resultado de comportamentos pecaminosos, e a cura, uma questão de fé e de obediência. A ocorrência das doenças era explicada de duas maneiras: para os pagãos, eram possessões demoníacas ou consequentes de feitiçarias; para os cristãos, sinais de purificação e dores causadas pelos pecados. A terapêutica passa a ser baseada em milagres por meio de orações e arrependimentos dos pecados (SCLAIR, 2007).

Assim, há um importante retrocesso teórico-metodológico nas práticas de saúde no Ocidente. As doenças continuam sendo atribuídas aos humores corporais, mas a fé e a religiosidade retornam como principais instrumentos de cura. O pensamento cristão colocou à margem qualquer tentativa de explicação racional, e as ciências, em especial a Medicina, consideradas blasfêmias. No Ocidente, os cuidados de saúde eram prestados pelas entidades religiosas, e os hospitais se desenvolveram como locais de conforto e de abrigo para os doentes. Das práticas hipocráticas, aprisionadas nos mosteiros ocidentais, foram mantidas as moderações do comer e do beber, a abstinência/contenção sexual e o controle das paixões. No Oriente, as práticas hipocráticas e galênicas foram incrementadas a partir de avanços na farmacologia e nas cirurgias (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; SCLAIR, 2007).

O fim da Idade Média foi marcado por epidemias, que retomam a concepção de contágio entre os homens, marcando o início da retomada do cientificismo da área de saúde, por meio da discussão da casualidade das doenças. O raciocínio hipocrático foi retomado pelos médicos, que enfatizavam a importância dos fatores físicos do ambiente no adoecimento. O ar corrompido e inalado entraria em contato com os humores do corpo, resultando na doença (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). Batistella (2007) refere que algumas ações de saúde pública foram desenvolvidas nesse período para sanear as cidades, que visavam garantir um suprimento adequado de água para a população, por meio de, por

exemplo, campanhas para que não fossem jogados animais mortos nos rios. Além disso, foram criados os primeiros códigos sanitários que normatizavam a localização de chiqueiros e matadouros, o recolhimento do lixo, a pavimentação das ruas e a canalização dos esgotos para poços cobertos.

2.2.2 O período capitalista

Durante o Renascimento, investigações empíricas proporcionaram o surgimento das ciências básicas. O homem e a natureza voltaram a ser estudados, e os preceitos cristãos deixaram de ser aceitos. O espírito crítico da sociedade renascentista impulsionou a retomada da ciência experimental e de observação, que passou a explicar racionalmente os fenômenos naturais. A prática médica avançou com os estudos da anatomia e da fisiologia humanas. O interesse concentrou-se em se descobrir a localização anatômica dos quadros patológicos e compreender seus sinais e sintomas. Os usos da clínica e da observação criteriosa de resultados foram gradativamente sendo adotados como normas e condutas. Estava nascendo a Medicina biomédica, que compreendia os fenômenos de saúde e de doença com base nas ciências da vida, de determinação unicausal (baseado na existência de apenas uma causa – agente- de um agravo ou doença) e explicação universal (PUTTINI; PEREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 2010).

As diversas epidemias vivenciadas na época suscitaram questões como: de onde vinha e como se comunicava a transmissão dessas doenças? A resposta para essa indagação é dada pela teoria miasmática, segundo a qual, as condições sanitárias precárias favoreciam um estado atmosférico local que poderia causar doenças infecciosas e surtos epidêmicos. Essa foi a teoria hegemônica até a metade do Século XIX, com o advento da bacteriologia (BACKES, 2009; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Para Balestrin e Barros (2009), foi a partir do conhecimento do processo de adoecimento ocorrido no Renascimento que se iniciou a medicalização do corpo. O químico Paracelso foi o grande responsável por esse acontecimento, ao postular que os processos do corpo humano eram químicos e que a forma mais eficiente de se reestabelecer a saúde seria utilizando substâncias também químicas. Observa-se uma importante mudança no paradigma de saúde, em que a Medicina deixou de ser a arte de curar e se tornou um mecanismo para disciplinar a doença e romper com o paradigma mágico-religioso. Não era mais função do médico se ocupar com questões que iam além dos sintomas físicos. Assim, iniciou-se o

processo de dicotomia entre o corpo e a mente que tanto empobreceu a relação terapeuta-paciente. O corpo físico era o objeto de investigação exclusivo do processo saúde-doença.

Durante os Séculos XVII e XVIII, houve diversos avanços no campo da saúde, em especial, da saúde pública, balizados pela criação do microscópio. As cidades, com o colapso do sistema feudal e a consolidação dos Estados Modernos, passaram a ser o centro da vida social. As doutrinas econômicas e políticas do capitalismo em ascensão colocaram o trabalho como tema estruturante das preocupações importantes dos governos, orientando, inclusive, as ações de saúde pública, por meio dos registros estatais (estatística médica). O estudo das causas do adoecimento deu espaço para aqueles que buscavam entender o funcionamento do corpo humano e as alterações anatômicas durante as doenças (BATISTELLA, 2007).

O racionalismo moderno de René Descartes tornou-se o pensamento científico hegemônico a partir do Século XVII. Se, de um lado, ele mostrou-se extremamente útil para o progresso das teorias científicas e para a efetivação de projetos tecnológicos por meio do método cartesiano, também contribuiu para fragmentar o pensamento científico e o reducionismo de que os fenômenos complexos, como a saúde, poderiam ser mais bem compreendidos quando reduzidos as suas partes constituintes (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Associado a esses avanços, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu a elaboração de uma teoria social da Medicina, que propunha que o ambiente seria a origem de todas as doenças. Nas condições de vida e de trabalho das pessoas é que as causas das doenças se encontrariam. Nesse contexto, a área de saúde incorpora, em seu discurso explicativo do processo saúde-doença, os aspectos econômicos, sociais e culturais, contrapondo-se ao racionalismo. Merece destaque o fato de que a concepção miasmática permanece hegemônica, enquanto a Medicina Social se apresenta como um movimento revolucionário associado à efervescência política do final do Século XVIII e início do Século XIX (BATISTELLA, 2007; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Foucault propôs a periodização da Medicina Social europeia em três fases: a medicina de Estado; a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. A medicina de Estado, surgida na Alemanha no Século XVIII, caracteriza-se pela implantação de um sistema de observação de morbidades, a normatização do conhecimento e das práticas médicas e a subordinação da classe médica à administração estatal, por meio de sua integração a uma organização médica. A medicina urbana, da segunda metade do Século XVIII, aperfeiçoou o mecanismo de quarentena, por meio de estratégias de vigilância e de hospitalização. A higiene

urbana francesa caracteriza essa segunda fase e preocupa-se, em especial, com as regiões que significavam ameaça à saúde da população, o que Foucault chama de medicalização das cidades (FOUCAULT, 2011).

O desenvolvimento do proletariado inglês, resultante da Revolução Industrial, impulsionou o desenvolvimento da Medicina social por meio da Lei dos Pobres, caracterizada por ações assistenciais e controle autoritário das condições de vida desse segmento populacional. Um cordão sanitário passou a controlar o corpo dos trabalhadores, que eram vacinados, tinham doenças registradas, e os locais considerados insalubres eram reorganizados, visando tornar a massa de mão de obra apta ao trabalho e menos perigosa para as classes mais abastadas (BATISTELLA, 2007).

Para Foucault (2011), na consolidação dos Estados Modernos e do capitalismo, a saúde tornou-se um objeto de valor para o modo de produção da sociedade, cabível de comercialização e geradora de poder e de riqueza para os países. Assim, as práticas em saúde passaram a ser utilizadas como formas de controlar o corpo, normatizando espaços, processos e indivíduos, sem objetivar a saúde, mas sustentar o capitalismo emergente. A Medicina social, entre o fim do Século XVIII e as primeiras décadas do Século XX, deu condições salubres à nova sociedade urbana, industrial e capitalista e abriu espaço para o surgimento de práticas individuais de saúde.

Até a segunda metade do Século XIX, o conhecimento acerca do processo saúde-doença era alicerçado em conceituações de diferentes concepções teóricas e ideológicas que relacionavam os aspectos sociais e ambientais. Esse período foi denominado de Era Social, uma vez que a saúde passou a ser uma questão de interesse público, e diversas medidas, que se mostraram extremamente efetivas na época, foram implantadas para controlar as enfermidades no nível populacional. Só depois das descobertas de Pasteur e de Koch foi que a Medicina passou por uma profunda transformação e inaugurou a Era dos Germes ou do paradigma bacteriológico, quando as práticas de saúde deixaram de ser orientadas para as pessoas e centraram-se nas doenças, abandonando as questões sociais do processo. Assim, para a ciência dominante, a bacteriologia foi considerada como o fator libertador dos complexos determinantes sociais, responsáveis, segundo os seus críticos, pelo não desenvolvimento científico da Medicina (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Nesse momento histórico, o entendimento do processo saúde-doença foi reduzido a um fenômeno em que são enfatizadas as questões verificáveis. A subjetividade foi substituída pela objetividade quantitativa na definição das doenças, com a fisiologia, a anatomia

patológica, a imunologia e a farmacologia, para substituir a determinação social em um novo pensamento científico do processo saúde-doença. A causalidade, agora, é associada a um agente específico para cada doença, o qual deve ser identificado e combatido com as vacinas ou produtos químicos. Essa é a conhecida explicação unicausal do processo saúde-doença (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Para Batistella (2007), esse modelo foi capaz de fornecer à racionalidade do pensamento positivista a certificação científica do entendimento do processo saúde-doença, uma vez que as subjetividades dos aspectos sociais foram abolidas. Como consequência, as práticas em saúde tornaram-se individuais, curativas e biologicistas. A insuficiência desse modelo foi evidenciada no início do Século XX, a partir do modelo multicausal, que continuava a negligenciar as determinações sociais (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Backes et al. (2009) asseveram que as práticas de saúde modernas se baseavam no corpo e na doença, por entender que o estado de saúde significaria um estado biológico dentro dos padrões normais. A partir dessa compreensão, a Medicina foi se tornando cada vez mais dependente de altas tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Consequentemente, seus custos foram se elevando. Essas práticas se desenvolvem por meio da fragmentação cada vez maior do corpo e baseadas na análise estrutural da matéria/corpo (anatomopatologia) e ofereceu teorias reducionistas de complexidade do funcionamento e da integração das dimensões biológica, psíquica e social do processo saúde-doença.

Um importante marco do início do Século XX para se compreender a construção do conceito de saúde e suas práticas foi a publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, amplamente conhecido como Relatório Flexner em 1910. Esse relatório se refletiu de maneira importante na formação médica mundial e no conceito de saúde. A partir dele, foram fixadas rígidas diretrizes para a formação médica, baseadas no mecanicismo (o corpo como uma máquina), no biologicismo (conhecimento biológico do processo saúde-doença), no individualismo (alienação do indivíduo pela exclusão dos aspectos sociais) e na especialização (conhecimento específico do processo saúde-doença). Como consequência, observa-se a tecnificação dos cuidados em saúde com ênfase nas ações curativas em detrimento das preventivas. Esse modelo formativo reconsiderava a multicausalidade do processo saúde-doença na medida em que o explicava como um fenômeno coletivo, porém determinado, em última instância, pelo nível individual (BALESTRIN; BARROS, 2009).

As teorias que consideravam a multicausalidade do processo saúde-doença apareceram no Século XX e ganharam força a partir do fim da segunda guerra mundial, na tentativa de explicar as doenças crônicas emergentes durante a transição epidemiológica vivenciada pelos países industrializados. Nesse contexto, esses países verificavam uma tendência de diminuir as doenças infecciosas e aumentar as condições crônico-degenerativas. Para essas segundas, o modelo unicausal era insuficiente para demonstrar uma explicação racional de seu aparecimento/desenvolvimento. Diversos modelos foram propostos visando compreender a influência de múltiplos fatores causais das doenças, como o da balança e o da rede de causalidades. Embora essas teorias detivessem diferentes abordagens e tenham emergido em momentos diferentes com alguns aspectos metodológicos contraditórios, todas convergiam para a explicação de que o processo saúde-doença seria a síntese de múltiplas determinações. De maneira geral, esses modelos consideravam que o adoecimento era associado a um agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente, que agiam de maneira isolada durante o processo. Logo, esses modelos podem ser considerados reinterpretações do modelo unicausal e só se diferenciam dele por admitir outras causas para além do agente. A saúde é conceituada, basicamente, como a ausência de doenças (BACKES et al., 2009; BATISTELLA, 2007; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR.; OLIVEIRA, 2010).

Na década de 1920, o modelo da balança propôs que, no apoio de uma balança, estariam os fatores relacionados ao meio ambiente, em um dos pratos, o agente, e no outro, o hospedeiro. Assim, estar com saúde seria estar com a balança em equilíbrio. O desequilíbrio desse sistema seria ocasionado pelo aumento de peso dos fatores dos pratos ou pelo deslocamento do apoio em direção de algum deles. Os fatores eram considerados isoladamente. No modelo da rede de causalidade, assume-se a concepção de relações de reciprocidade entre os diversos fatores envolvidos no processo saúde-doença. Mesmo avançando ao considerar a interação dos fatores, o modelo era reducionista ao postular que as intervenções nos quadros patológicos deveriam ser baseadas, exclusivamente, na identificação, dentro da rede de causalidade, do componente mais fragilizado e intervir nele. Cabe destacar que os conhecimentos das ciências sociais não estavam incluídos na análise da rede (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Depois da segunda guerra mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi estabelecida uma nova ordem do pensamento em saúde em nível mundial (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010). No ano de

1948, a OMS definiu a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não, apenas, como a ausência de doença ou enfermidade. Embora represente um importante avanço conceitual, porque desloca os esforços que, até então, eram destinados a compreender a doença, para definir a saúde, essa formulação é alvo de duras críticas e considerada utópica e inalcançável (BATISTELLA, 2007).

Em 1976, Leavell e Clark propuseram um modelo que integra, relaciona e condiciona os três elementos: agente, hospedeiro e ambiente, em que a doença seria o desequilíbrio na autorregulação desse sistema complexo, conhecido como história natural da doença (BATISTELLA, 2007). Embora o modelo reconheça a importância de se associar as ciências sociais à epidemiologia para se compreender o processo saúde-doença, ele reduz os aspectos sociais ou até mesmo o biologiza, uma vez que não define uma hierarquia entre as dimensões sociais e biológicas e coloca esses elementos em um mesmo patamar (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

O modelo da história natural da doença foi amplamente divulgado pela OMS e compreende esse processo como o resultado de todas as interações entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. O processo se desenvolve obedecendo a dois períodos sequenciais: o epidemiológico ou pré-patogênico e o patológico. O primeiro diz respeito, de um lado, à evolução das relações dependentes e dinâmicas que envolvem os diversos condicionantes sociais e ambientais, e, de outro, aos fatores individuais próprios; e o segundo, à implantação do quadro patológico no hospedeiro. Leavell e Clarck avançam também ao definir, por meio de seu modelo, os níveis de prevenção na abordagem da história natural da doença. A prevenção primária seria aquela realizada por meio da promoção da saúde com medidas gerais, como moradia, educação, lazer, alimentação, entre outros. A prevenção secundária se efetivaria pelo diagnóstico precoce do estado patológico, com inquéritos domiciliares, realização de exames, quarentena, para evitar a disseminação de doenças, e tratamento adequado para evitar a progressão da doença e a instalação de incapacidades. A prevenção terciária envolveria as ações de reabilitação em si, voltadas para minimizar as incapacidades geradas pelas doenças (ROUQUARYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Durante as décadas de 1960 e 1970, o modelo de história natural da doença foi alvo de importantes análises críticas que trouxeram à tona o debate sobre a necessidade de se incorporar ao conceito de saúde às questões relacionadas à produção social e econômica da sociedade contemporânea. Surgiu, então, o modelo de determinação social da saúde, que visava articular as diversas dimensões da vida e do viver (aspectos históricos, biológicos,

econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos). O paradigma de causalidade é superado pela noção de determinação, com as condições sociais sendo consideradas hierarquicamente na explicação do processo saúde-doença, contrapondo-se à concepção biológica e linear de causa e efeito. Esse novo olhar sobre o processo saúde-doença determina a necessidade de uma profunda transformação do processo de trabalho em saúde (BATISTELLA, 2007).

De acordo com Gutierrez e Oberdiek (2001), o modelo de determinação social do processo saúde-doença marcou a reincorporação das abordagens das ciências sociais à epidemiologia, em um cenário de crise econômica e política iniciado na década de 1960. Trata-se de uma resposta à crise do modelo capitalista da época, que ocasionou a redução dos investimentos em políticas sociais. Nesse contexto, a assistência à saúde, predominantemente curativista, apresentava-se como de alto custo e de baixa resolutividade.

Buss e Almeida Filho (2007) apontam que as diversas conceituações para determinantes sociais da saúde convergem para o entendimento de que as condições de vida e de trabalho de pessoas ou grupos populacionais estão relacionadas à sua situação de saúde. Para eles, um dos desafios do paradigma de determinação social do processo saúde-doença consiste em estabelecer níveis hierárquicos de determinação entre os diversos fatores, uma vez que ele não é determinado por uma simples relação de causa e efeito. Outro seria a capacidade de se distinguirem, por meio desse modelo, os determinantes de saúde em nível individual e coletivo, porquanto alguns fatores que explicam as condições dos primeiros não são capazes de esclarecer as diferenças entre grupos de uma mesma sociedade ou entre sociedades.

Atualmente, de acordo com Battistela (2007), três formulações são intrínsecas na formulação do conceito de saúde. A primeira é alicerçada na compreensão de saúde como a ausência de doenças (modelo biomédico); a segunda, na saúde como bem-estar (OMS), e a terceira, como um instrumento de normatização (Medicina de Estado). Essa polissemia do conceito de saúde se reflete, indiscutivelmente, no trabalho desse setor.

No Brasil, a Constituição Federal (BRASIL, 1998) inclui a saúde em seu capítulo da Seguridade Social e a define, no artigo 196, como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Conforme apresentado por Sclair (2007), apesar de a saúde não ser discutida no texto constitucional, é esse texto que norteia a organização e as práticas no SUS.

Essa conceituação de saúde é resultante do Movimento da Reforma Sanitária ocorrido entre as décadas de 1970 e 1980. No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 representa um marco desse movimento, em que foi formulado o conceito ampliado de saúde, base do texto constitucional. Ele destaca a importância do caráter complexo e multifatorial do processo saúde-doença e rompe com o pensamento biomédico, com explicitação textual dos determinantes sociais e econômicos envolvidos na saúde. Porém, merece destaque que essa definição constitucional de saúde comete o equívoco de desconsiderar as questões biológicas e psíquicas do processo saúde-doença, o que poderia favorecer a biologização das diversas dimensões envolvidas (BATISTELLA, 2007).

Assim como o conceito de trabalho, o de saúde se apresenta definido pelos diferentes momentos históricos de organização da sociedade e dependente do grau de conhecimento desenvolvido e pensamentos hegemônicos. Percebe-se, ainda, que a preocupação em se definir a saúde é recente. Historicamente, ela foi entendida como o oposto do estado patológico, que é o objeto de preocupação.

A partir da consolidação das ciências modernas, observa-se o desenvolvimento de práticas em saúde centradas na doença, de caráter individual e sobremaneira dependente de tecnologias. Embora a concepção da complexidade do processo saúde-doença que envolve fatores sociais e culturais permeie todos os períodos históricos, esse pensamento foi apreendido pelo conhecimento biológico. Assim, conforme discutido por Batistella (2007), a saúde deve ser compreendida, em seus múltiplos aspectos, numa perspectiva transdisciplinar, totalizante.

Depois de discutir sobre a categoria ‘trabalho’ e o conceito de saúde e suas práticas ao longo da história, parte-se para a tentativa de tecer algumas considerações sobre o trabalho em saúde contemporâneo, dando ênfase ao caso brasileiro. Tal tarefa não é simples, pois se, de um lado, todo tipo de trabalho tem características comuns, de outro, o trabalho em saúde comporta elementos muito particulares. Ao aproximar a categoria ‘trabalho’ do campo das práticas de saúde, deve-se considerar que o ato de produzir cuidado extrapola a dimensão de restabelecimento da função do corpo, compreendendo aspectos objetivos e subjetivos em todo o seu processo (SOUZA et al., 2010).

2.3 O trabalho no âmbito do setor saúde

Peduzzi (2003), depois de apresentar considerações acerca da produção científica de diversos autores (como Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e Foucault, entre outros), define o trabalho em saúde como um processo transformador, em que, por meio de seus atos/ações, o trabalhador realiza a finalidade do próprio trabalho. É operado a partir de dois elementos: o saber operante e um dado modelo tecnológico, o que permite a construção/materialização de projetos coletivos e individuais. Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam as contribuições de obras de Braverman², Mills³, Offe⁴ e Pires⁵ para se definir o trabalho em saúde. A partir desse referencial, ele é entendido como um serviço, que avança rumo à percepção de trabalho coletivo e institucional, desenvolvido com características do trabalho profissional e, também, da divisão técnica do trabalho, apoiado na lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Souza et al. (2010) também afirmam que ele é um trabalho coletivo, realizado por diferentes conhecimentos e práticas profissionais cujo produto é a assistência à saúde de seres humanos.

Para Malta e Merhy (2010), o setor de saúde brasileiro encontra-se em um cenário de crise no que se refere a sua forma de produzir saúde, uma vez que se baseia “[...] no ato prescritivo que produz o procedimento, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença e as questões relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas”. Feuerwerker e Cecílio (2007) contribuem para ampliar a compreensão do atual cenário onde se insere o trabalho em saúde. Segundo esses autores, a operacionalização do trabalho em saúde foi fortemente influenciada pelo expressivo avanço tecnológico e pela especialização, com conseqüente desenvolvimento e aprimoramento da capacidade diagnóstica e de tratamento dos problemas de saúde. Porém, as melhoras no campo do fazer técnico foram acompanhadas do aumento dos custos, da institucionalização das práticas de saúde e, assim como Marx apresentou para os operários fabris, da perda do controle dos meios de produção pela maioria dos trabalhadores do setor de saúde.

Conclui-se que o trabalhador da área de saúde se distanciou da dimensão transformadora do trabalho, o que pode ser atribuído ao processo de modelagem do trabalho em saúde contemporâneo. Diferentemente da indústria, por exemplo, na saúde, o trabalhador não foi substituído pelas máquinas, pois, o que houve foram mudanças no arranjo tecnológico das práticas em saúde, cuja institucionalização expressa pelo modo de produção em saúde, a

² Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no Século XX. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

³ Mills W. A nova classe média. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

⁴ Trabalho e sociedade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

⁵ O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.

perda do controle sobre os meios de produção, a especialização e a ampla adoção de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação entre os profissionais e os usuários. Assim, o trabalho em saúde opera baseado em procedimentos, o que desconsidera as reais necessidades dos usuários, distanciando-se de sua dimensão cuidadora (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; LINS; CECÍLIO, 2008;).

Os esforços científicos brasileiros no sentido de compreender o complexo processo de trabalho em saúde não são recentes. De acordo com Viana (1995), esses estudos utilizam, preferencialmente, análises baseadas nos três elementos constituintes do trabalho propostos por Marx. No Brasil, o estudo de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979), “Medicina e História: raízes sociais e trabalho médico”, pode ser considerado um marco nos estudos das práticas em saúde. É importante ressaltar que esse estudo foi inspirado no trabalho de Maria Cecília F. Donnangelo e influenciado por Braverman.

Cecília Donnangelo iniciou suas atividades na área médica no ano de 1964, durante um período de importante movimento no sentido de reconhecer a necessidade de se ampliar o modelo biomédico. Para isso, incorporou conhecimentos das ciências sociais. Suas obras de mais destaque são suas teses de Doutorado (1975) e de livre-docência (1976). Na tese de Doutorado, realizou um estudo das práticas médicas no Brasil, e na livre-docência, uma análise ampliada sobre a saúde. Sua obra procurou entender a caracterização profissional e social dos médicos e as modificações na própria categoria, devido à coexistência da medicina liberal e da medicina socializada. Observou uma tendência crescente de assalariamento dos médicos, analisada a partir do papel do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil, com a implantação das empresas médicas com mercado assegurado pelo Estado (NUNES, 2008).

A obra de Braverman (1981), ‘Trabalho e capital monopolista’, concentra-se na discussão entre o capital e o trabalho, tendo como referencial empírico os EUA, e teórico, o legado de Marx e a subordinação dessa relação entre o capital e o trabalho. Traz à luz a questão do mercado universal, principalmente ao apontar a difusão do modo de produção industrial para o setor de serviços e em sua análise sobre o processo de habituação do trabalhador. No que se refere ao trabalho, essa obra avança na discussão ao propor três enunciados: no trabalho humano, existe uma concepção prévia do produto que guia a execução; é o menos determinado do ponto de vista genético ou biológico; é um ato de vontade e consciente. Uma crítica a essa obra é o fato de que a análise é realizada exclusivamente dentro das estruturas empresariais.

Nogueira (1997) assevera que, para analisar o processo de trabalho no setor de saúde, devem-se considerar três aspectos. O primeiro deles é que o trabalho na área de saúde compartilha características comuns com os demais processos de trabalho. O segundo, que ele é uma prestação de serviço e marcado pelo estabelecimento de fortes relações interpessoais, decisivas, inclusive, para a eficácia da ação. Salienta, ainda, que o processo de trabalho em saúde é extremamente abstrato, uma vez que existem diversas técnicas particulares que podem produzir a ação em saúde. Porém, segundo o mesmo autor, esse processo é orientado pela direcionalidade técnica, atualmente de natureza coletiva, em que deveriam ser construídos como produto final projetos de intervenção por meio do compartilhamento e da integração de seus conhecimentos. Ele integra os aspectos intelectuais e manuais e acontece de forma fragmentada, devido ao expressivo acúmulo de novas tecnologias e da variedade de serviços, tanto do ponto de vista do trabalhador quanto do consumidor, o que leva ao processo de alienação. É de *mister* importância que inclua nas análises de processo de trabalho em saúde a questão das inter-relações pessoais, materializadas por um diálogo singular entre os trabalhadores coletivos e os usuários.

Faria e Araújo (2010) sinalizam que a singularidade dos atores, no processo de trabalho em saúde, deve ser levada em consideração e que a interação entre esses sujeitos depende das potencialidades instituintes ocasionadas pelos encontros realizados nos serviços de saúde. Isso torna o trabalho na área de saúde inteiramente dependente da relação entre sujeitos. Recorrendo aos argumentos de Merhy (2002), em “Saúde: cartografia do trabalho vivo”, é através do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário que se estabelece a possibilidade de construir projetos com impactos positivos nos problemas de saúde. Logo, é imprescindível empregar meios de trabalho que favoreçam o vínculo, o envolvimento e a coparticipação desses sujeitos, ativos no processo de produção da saúde. Se o trabalho tem a capacidade de transformar os humanos, no trabalho que envolve saúde, precisamos incorporar a premissa de que ele produz tanto o cuidado em si (ato) quanto os cuidadores (sujeitos). De acordo com Malta e Merhy (2010), o setor de saúde se difere do consumo de serviços em geral, uma vez que o consumidor não tem conhecimento técnico sobre o produto que irá adquirir.

Em síntese, conforme discutido por Peduzzi (1998), o trabalho em saúde, devido as suas características específicas de prestação de serviços, detém aspectos bastante específicos, consequentes de sua dimensão intelectual (saberes e autonomia dos seus agentes). As particularidades do objeto de trabalho (as necessidades de saúde) demandadas pelos usuários

e que são interpretadas pelos agentes atribuem ao trabalho em saúde um caráter reflexivo, que objetiva restabelecer, manter, prevenir ou promover uma questão (saúde) imprescindível para toda a sociedade.

Os estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves começaram a partir da análise da prática médica como um trabalho social e avançaram para o entendimento das organizações tecnológicas do trabalho. Ele utilizou a teoria marxista do processo de trabalho no campo da saúde, considerando seus três componentes fundamentais – a finalidade, o objeto e os instrumentos de trabalho - abstrações teóricas pelas quais é possível compreender a realidade das práticas em saúde, onde o trabalho é a base estruturante de sua efetivação (SCHRAIBER, 1996).

Em “Medicina e História: raízes sociais e trabalho médico” de 1979, Mendes-Gonçalves analisou a Medicina sob a ótica de uma prática técnica e social dividida em duas vertentes: o estabelecimento das características gerais da historicidade médica e a especificação das determinações concretas dessa prática, baseando-se na concepção de estrutura de historicidade construída pelo modo de produção capitalista. Para isso, os conceitos fundamentais de seu estudo foram também os três elementos constituintes do processo de trabalho de Marx e o modelo teórico ideológico de classe em si/classe para si. Com essa metodologia, ele tentou desenvolver um modelo explicativo, ao pensar sobre a prática médica com base no modelo triangular marxista. Apontou que ela se tornou aprisionada à dimensão da relação entre o desempenho das tarefas, objetos e trabalho e se separou do contexto das relações técnicas e sociais que ocorrem durante o ato em si. Tentando corrigir esse fato, atribuiu a mesma relevância aos componentes objetivos e subjetivos na formação de classes, problematizando, inclusive, questões como consciência e solidariedade (VIANA, 1995).

De acordo com Peduzzi e Schraiber (2009), Mendes-Gonçalves analisou os seguintes componentes para compreender o processo de trabalho em saúde: o objeto de trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes que o executam. Um apontamento fundamental é que o autor destaca que tais elementos não devem ser analisados de forma isolada, uma vez que suas relações recíprocas é que irão configurar um dado processo de trabalho. O objeto de trabalho do setor saúde são as necessidades humanas de saúde. Logo, a matéria-prima é aquilo por meio da qual se realiza a ação dos trabalhadores da saúde. Esse objeto de trabalho só existe a partir de determinado olhar do trabalhador sobre o usuário, que contém a finalidade de

transformar a realidade. É no encontro do trabalhador com o usuário que essa relação é estabelecida, o que, atualmente, é definido como trabalho vivo em ato.

Em sua tese de Doutorado, Mendes-Gonçalves (1994) discute que a tecnologia se refere às associações técnicas ocorridas durante o processo de trabalho entre a atividade em si e o objeto de trabalho, por meio dos instrumentos utilizados para tal. A tecnologia se materializa no saber e em seus produtos materiais e não materiais. Ele acrescenta que uma das principais características dos serviços de saúde se refere ao fato de que ela tende a ser visualizada pela sociedade como “[...] profundamente ancorada na ciência e, por extensão, como privilegiadamente configurada nos seus instrumentos materiais”. Assim, conforme apresentado por Schraiber (1996), acontece aqui um rompimento com a cientificidade da pura ação para a adoção do conceito de saber operante, em que as práticas em saúde não são uma aplicação exclusiva da ciência, mas se encontram inseridas em um contexto social e produtivo.

Para Franco (2006), configura-se aqui a micropolítica do trabalho vivo, entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra, o que exprime seu alto grau de autogovernabilidade. Olhar para o trabalho vivo como uma ferramenta de inter-relação permite-nos elaborar uma cartografia interna dos processos de trabalho com suas múltiplas conexões e territórios. O autor apresenta, também, que esse trabalho vivo pode ser capturado pelas normatizações (trabalho morto), que tentam sistematizar os serviços de saúde. Porém, o trabalho vivo é criativo e operado por sujeitos com características próprias e é “[...] capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde”.

O produto do trabalho em saúde concretiza-se e é determinado, principalmente, no momento em que ele é executado no trabalho vivo em ato. Esse processo é resultado da interação do trabalhador com instrumentos, normas e máquinas, mobilizando, então, diversas tecnologias, que lhe configuram sentidos no modo de produzir em saúde. Esse processo assume as características das tecnologias utilizadas e pode se apresentar de maneira mais criativa, centrado nas relações ou mais duro, preso à lógica de instrumentos como as máquinas (MERHY; FRANCO, 2009).

Quanto ao produto do trabalho em saúde, apresenta-se com a particularidade de um grau de materialidade simbólica, por ter valor de uso que satisfaz às necessidades dos usuários (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Ampliando essa questão sobre a delimitação do produto

oferecido pelo setor de saúde, as necessidades em saúde são social e historicamente determinadas e construídas. Isso requer a adoção de uma taxonomia para as necessidades em saúde que pode ser agrupada em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito às “boas condições de vida”. Aqui se assume tanto o sentido funcionalista da determinação do processo saúde-doença quanto das formulações de autores que consideram que o modo de adoecer e o de morrer são explicados pelo local em que os sujeitos ocupam no modo de produção capitalista. O segundo ponto é a necessidade de se ter acesso a todas as tecnologias em saúde disponíveis e de consumi-las. E o terceiro, a necessidade de criar vínculos entre a equipe/profissional de saúde e cada usuário, para que haja o encontro das subjetividades. Por fim, o reconhecimento da necessidade individual da autonomia em seu modo de viver, o que possibilita a reconfiguração dos sentidos da vida de forma ampliada (CECILIO, 2001; MERHY; FRANCO, 2009).

Mendes-Gonçalves analisou as tecnologias de trabalho em saúde a partir de duas dimensões: a material e a imaterial. A primeira envolve os equipamentos, os materiais de consumo, as instalações, entre outros. Já as tecnologias imateriais são os saberes que se articulam com os agentes e os instrumentos materiais e que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Atualmente, as tecnologias do trabalho em saúde podem ser compreendidas em três categorias. As tecnologias duras são os instrumentos, as leve-duras se referem ao saber técnico estruturado de cada profissional, e as leves, às relações entre os sujeitos envolvidos no trabalho vivo em ato. Assim, os profissionais mobilizam e articulam essas tecnologias, orientados pelas necessidades do usuário e conforme seu modo de produzir em saúde. A relação entre as tecnologias é capaz de definir o sentido social e contemporâneo do processo de trabalho em saúde, tendo como produto o cuidado no trabalho vivo por meio de formas produtivas (tecnologias) sensíveis para compreender o sujeito que procura os serviços/profissionais de saúde e transformar esse mundo em seu objeto de trabalho (MERHY, 2000).

No que se refere ao trabalhador coletivo no setor de saúde, para se atender às necessidades dos usuários, é imperativa a articulação de todos os profissionais, em que se constroem coletivamente os sentidos do trabalho em saúde. Isso favorece a delimitação da finalidade do trabalho em saúde, que é de cuidar do usuário, portador de necessidades singulares. Suas práticas profissionais específicas, delimitadas por suas tecnologias leve-duras e duras, operam de maneira complementar e geram uma relação de dependência mútua entre os trabalhadores, em um espaço organizacional/relacional onde as tecnologias leves são

comuns a todos. Cabe destacar que a construção do trabalho em saúde foi marcada pela história das profissões que delimitaram seus atos privativos e mantêm-se em constante processo de demarcação e defesa desse território, o que pode comprometer a efetivação do trabalho coletivo na área de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

No contexto do trabalho em saúde no Brasil, a APS, representada pela ESF, é considerada como o principal mecanismo de reorganização do SUS. Assim, apresentam-se, a seguir, uma revisão conceitual de APS, do papel da ESF na mudança do modelo assistencial e alguns resultados de estudos sobre o trabalho nesse nível de atenção.

2.4 O trabalho na Estratégia Saúde da Família

As primeiras iniciativas para se definirem as APS datam das primeiras décadas do Século XX e representaram a tentativa de aproximar a produção do cuidado em saúde da população com o desenvolvimento dos conceitos de centros de saúde e de distritos sanitários. Nos Estados Unidos, foram desenvolvidos os Centros Comunitários de Saúde, que prestavam serviços de saúde associados a ações educativas e de assistência social, contrapondo-se à assistência hospitalar quase exclusiva oferecida na época. Porém, a mais conhecida e que em muito se aproxima das adotadas atualmente foi a proposta pelo Ministério da Saúde da Inglaterra, em 1920, através do Informe Dawson (ALEIXO, 2002).

Esse informe apontava que a oferta geral de serviços de saúde só poderia ser efetivada por meio de uma nova e ampliada organização baseada nas reais necessidades da população, em que a medicina curativa e a preventiva não deveriam se separar. Os centros de saúde se configurariam como instituições organizacionais onde se encontram os serviços médicos, que podem ser preventivos ou curativos, primários -serviços mais simples - ou secundários - mais especializados (ALEIXO, 2002).

Bertrand Dawson definiu a APS como a oferta de serviços preventivos e curativos oferecidos pelos centros de saúde primários, conduzida por um médico generalista e uma equipe de Enfermagem, que contariam com o apoio de consultores e especialistas externos. A complexidade e o tamanho dos centros primários de saúde seriam variáveis, dependentes das condições locais de cada serviço, e os grupos desses centros primários de saúde teriam como base um centro secundário de saúde, para onde seriam encaminhados os casos mais complexos e que necessitassem de tratamento especializado. Verifica-se que o Informe Dawson propôs uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de um sistema de

saúde orientado pela APS. Essas concepções foram determinantes para a criação do Sistema Nacional de Saúde britânico, no ano de 1948, o que influenciou a reorganização do setor de saúde em diversos outros países (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; LAVRAS, 2011).

Outro importante marco da trajetória de construção e consolidação da APS é a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo UNICEF, e realizada na cidade de Alma-Ata, capital do Kazaquistão, no ano de 1978. De acordo com a declaração elaborada nessa conferência, devidamente aprovada pela assembleia da OMS em 1979, conhecida mundialmente como Declaração de Alma-Ata, a saúde é um direito fundamental do ser humano e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004).

De acordo com Aguiar (2007), o debate proposto pela OMS acerca da necessidade de se garantirem cuidados de saúde para toda a população foi estimulado pelas iniquidades do acesso à saúde verificadas em diversos países, aos crescentes custos mundiais da assistência a saúde e da consolidação de experiências bem-sucedidas de sistemas de saúde baseados na APS. No que se refere à APS, a Declaração de Alma-Ata aponta que os cuidados primários em saúde sejam desenvolvidos e ofertados em todo o mundo, de maneira especial, nos países em desenvolvimento, em concordância com a ordem econômica internacional. Eles baseiam-se nos principais problemas de saúde da comunidade e oferecem ações de proteção, cura e reabilitação, de acordo com as necessidades locais. Demandam ações intersetoriais (articulação de uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outros setores) e incluem, pelo menos, educação em saúde, promoção e distribuição de alimentação adequada, água e saneamento básico de qualidades, atenção à saúde materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e provimento de medicamentos. Nessa declaração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 1-2 grifo nosso), os cuidados primários em saúde são definidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Pode-se inferir que a Declaração de Alma-Ata, ao definir os cuidados primários à saúde, aponta-nos a possibilidade de universalizar o acesso aos serviços de saúde, baseado na assistência individual e na coletiva, com a participação popular como elemento constituinte. Avança, ainda, em relação à definição do desenvolvimento da co-responsabilização dos cuidados em saúde e coloca a APS como a porta de entrada nos sistemas de saúde, estruturada a partir da regionalização e da proximidade dos locais de moradia e de trabalho dos usuários, além de ser responsável pela longitudinalidade do processo de produção do cuidado.

Outro aspecto relevante é que ela nos aponta “[...] certo grau de personalização da APS em cada país [...]” porquanto cada região tem variações entre as condições de saúde, econômicas, sociais, culturais e política das diversas nações. Após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, verificou-se um importante processo de implantação de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, visando incorporar os preceitos de APS apresentados pela Declaração de Alta-Ata, principalmente no que se refere à hierarquização dos serviços e à expansão da cobertura assistencial (AGUIAR, 2003).

É bem verdade que os movimentos desencadeados não garantiram saúde para todos no ano 2000, mas o fortalecimento da APS trouxe avanços substanciais. Essas transformações tiveram sua eficácia comprovada, principalmente, a partir da década passada. Existem diversas evidências na literatura de que sistemas de saúde com Atenção Primária à Saúde forte têm melhores indicadores de saúde e obtêm esses resultados, utilizando menos recursos, demonstrando assim mais eficiência (STARFIELD, 2002).

A ESF foi criada em 1994, com o objetivo de reorientar as práticas na APS e privilegiar as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde em detrimento das ações curativas e individuais, visando romper com o modelo hospitalocêntrico vigente. Reestruturou a APS como porta de entrada do SUS e abordou o indivíduo em seu contexto familiar, que, por sua vez, encontra-se inserido em uma comunidade, reforçando os laços de comprometimento entre profissionais de saúde e elas, através da participação e do controle popular. É expressiva devido à extensão de sua cobertura e facilidade de acesso, continuidade de ações, trabalho em equipe multiprofissional e sua elevada resolutividade (BRASIL, 1997).

Em 28 de março de 2006, foi aprovada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que estabelecia a revisão de diretrizes e normas para a organização da ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse documento definiu que as áreas estratégicas para a atuação da AB, no Brasil, são a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do

diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Em outubro de 2011, a PNAB foi revista pelo MS, com vistas a revisar a regulamentação de implantação e operacionalização vigentes até então (BRASIL, 2012). Esse documento define a AB como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

Nesse fragmento da PNAB, é possível observar o caráter inovador da proposta de prática na ESF. A análise da proposta da PNAB (o trabalho morto) não expressa claramente o foco na doença, mas em ações capazes de impactar a saúde e seus determinantes. Ressalta ainda que o trabalho na ESF é operado por meio do trabalho coletivo.

A PNAB apresenta em detalhes as características esperadas para o processo de trabalho na ESF (BRASIL, 2012). Para Franco e Merhy (2003), a ESF representa um processo de reestruturação produtiva no setor de saúde. Questões relacionadas ao trabalho em equipe, à territorialização e ao trabalho baseado na vigilância em saúde apontam mudanças no processo de trabalho. Porém, ao se considerar a micropolítica do trabalho, como na prática clínica, existem evidências que sugerem que o cuidado ainda continua sendo produzido em um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde. A partir dessa concepção geral da ESF, trazemos alguns estudos recentes sobre o processo de trabalho nesse nível de atenção.

Kanno, Bellodi e Tess (2012) estudaram as dificuldades e as formas de enfrentar as necessidades apresentadas pelos usuários em seu cotidiano de trabalho por profissionais da ESF. As entrevistas mostraram dificuldades de ordem formativa, profissional, pessoal e social. No que se refere à formação para a ESF, os diferentes profissionais apontaram que sua capacitação é insuficiente para lidar com a complexidade das demandas médico-sociais. No âmbito das condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho dificultava a abordagem adequada

das necessidades dos usuários. Alguns entrevistados apontaram que essa sobrecarga de trabalho está associada à ausência de algumas categorias profissionais que, com suas formações específicas, colaborariam com o cuidado integral aos usuários. A não valorização dos profissionais que se envolvem com as demandas sociais também foi uma dificuldade que desmotivou os profissionais a buscá-las ativamente. Outro aspecto levantado por esse estudo se refere à rede de serviços: a fragilidade da rede de apoio foi destacada pelos agentes comunitários, que mencionaram dificuldades em obter resultados nas entidades governamentais, com sentimentos de frustração, desânimo e desgaste.

Para enfrentar as questões apresentadas, os trabalhadores referiram diferentes recursos de enfrentamento, tanto de ordem pessoal/individual quanto, especialmente, de caráter coletivo e institucional. Entre as estratégias individuais, destacam-se os esforços dos profissionais para aprender sozinhos, por meio de um processo de trabalho mais empírico do que técnico ou teórico, inclusive, utilizando o recurso da tentativa e do erro. Alguns enfrentavam a falta de capacitação por meio da leitura. As reuniões de equipe foram indicadas como um potente espaço, pois podem definir as estratégias de trabalho com a comunidade, por meio do aprendizado gerado pela troca de experiências entre os profissionais. Além disso, diminuem angústias pessoais dos membros da equipe e contribuem para resolver os casos com a colaboração do grupo a partir de suas diferentes visões e conhecimentos. Os grupos de apoio ou de promoção de saúde organizados por profissionais das equipes os ajudam também a enfrentar as dificuldades dos usuários. A maioria dos profissionais reconheceu o apoio matricial como uma estratégia importante para abordar a complexidade do trabalho em saúde. No campo das estratégias institucionais, a parceria com diferentes instituições sociais é recurso bastante valorizado pelos profissionais. A parceria com líderes da comunidade também foi apontada como um elemento importante na mobilização da comunidade para solucionar suas demandas médico-sociais (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Oliveira et al. (2012), por meio de um estudo descritivo qualitativo, analisaram e identificaram as estratégias e as táticas alternativas desenvolvidas durante o trabalho de enfermeiros e médicos da ESF do município de João Pessoa - PB. A partir da inserção nas USF, perceberam múltiplas formas de atuação dos profissionais frente às demandas que se colocavam em seu cotidiano. Nesse contexto, as ações executadas na maioria das vezes se mostraram insuficientes para restabelecer a saúde dos indivíduos. Porém, verificaram também algumas possibilidades de superar o modelo curativista, principalmente com o fortalecimento de ações educativas na ESF. A participação popular com a valorização das vozes da

comunidade e o reconhecimento de sua importância nas práticas de saúde foram as estratégias utilizadas por um dos profissionais entrevistados.

Graziano e Egry (2012) se propuseram a compreender as potencialidades e as limitações do processo de trabalho da categoria de enfermagem em uma EqSF para reconhecer as necessidades de saúde de seus usuários. A partir de seus resultados, encontraram as seguintes maneiras de entrar no fluxo de atendimento da USF: por meio da visita domiciliar e de consultas, quando o usuário já é acompanhado pela equipe ou quando a USF é procurada para atender a alguma demanda. Os autores inferiram as seguintes possibilidades de dirigir os processos de trabalho: a) atendimento da demanda através de grupos de hipertensão/diabetes; b) diagnóstico e tratamento do caso; c) acompanhamento por meio de visitas domiciliares (orientações, coleta de exames); d) acompanhamento por meio de consultas médicas ou de enfermagem; e) encaminhamento para atenção secundária, de acordo com a necessidade; f) encaminhamento a outros profissionais da própria UBS; g) fornecimento de insumos para pacientes em cuidados domiciliares e h) cadastro em programas (remédio em casa, programa de ambulância, distribuição de insumos estratégicos). Os fluxogramas analisados apontaram, ainda, práticas do profissional enfermeiro voltadas para a atenção individual a determinado agravo já instalado. Isso caracteriza um processo de trabalho marcado pela lógica biológica, médico-centrada, individual e curativista. Porém, mesmo com essa situação, os autores também identificaram abordagens de trabalhadores da SF que perpassavam os determinantes das formas de adoecer.

Cezar-Vaz et al. (2009), através de um estudo qualitativo que envolveu 82 médicos e enfermeiros de EqSF das cidades de Rio Grande e Pelotas, apreenderam alguns significados acerca da finalidade do trabalho na ESF. A prevenção de doenças, a redução dos agravos à saúde e as melhorias nas condições de vida da comunidade foram apontadas por ambas as categorias profissionais entrevistadas no estudo. Krug et al. (2010) apontaram que os trabalhadores da SF de seu estudo afirmaram que o processo de trabalho é elaborado coletivamente e discutido dentro do contexto, para que as ações propostas sejam adequadas às necessidades reais dos usuários. A EqSF define em reunião tanto as ações por núcleo quanto as possibilidades de interagir.

Para Costa et al. (2009), a ESF tem contribuído em muito para mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil, tanto nos padrões de pensamento quanto nos de comportamento dos profissionais e dos usuários. Envolve em suas práticas a comunidade e encaminha as equipes multiprofissionais para mais perto dos domicílios, das famílias e da realidade social

dos usuários. Em síntese, representa um espaço onde a forma de pensar e de praticar saúde estão sendo modificadas. O modelo sanitário brasileiro, centrado no médico e no medicamento, curativo, individual e hospitalocêntrico está se transformando em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio é o de mudar a atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário e em sua família.

Numa revisão da literatura nas bases de dados LILACS e MEDLINE, na SCIELO, nos periódicos da CAPES, em documentos e em publicações do MS e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Costa et al. (2009) apontaram os desafios relacionados à SF. Eles concluíram que um dos principais desafios é de promover o envolvimento de trabalhadores em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde, levando em consideração suas especificidades disciplinares, suas experiências de formação e sua inserção profissional, sem negligenciar a interferência do mercado nesse processo, que supervaloriza o especialista e o desenvolvimento das especialidades médicas e facilita a penetração tecnológica interessado na capacidade lucrativa do setor de saúde.

A precariedade do vínculo trabalhista foi verificada na revisão como a possível explicação para a alta rotatividade dos profissionais inseridos na ESF, o que compromete a continuidade e a efetivação das ações em saúde. Mudanças na formação de trabalhadores para a saúde e a inserção deles pelos gestores de saúde nos serviços públicos são de alta importância, devido à abordagem que ele fará na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros) para a produção de cuidados.

O trabalho em equipe também se apresenta com grandes limitações. Estudos apontaram “[...] ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, onde apesar do discurso de teor igualitário, mantêm-se representações sobre hierarquia entre profissionais e não profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro”. Tais tensões fortalecem a fragmentação da produção do cuidado. Considerando que a ESF é um espaço de promoção da participação popular, outro desafio para o trabalho é o estabelecer uma nova relação entre os sujeitos, em que tanto o profissional quanto o usuário possam ser produtores de saúde. Esse envolvimento só é possível com um processo de diálogo entre os saberes (COSTA et al., 2009).

Logo, a mudança no modelo assistencial em saúde está diretamente condicionada a mudanças radicais no processo de trabalho. Tal discussão está fortemente em pauta,

principalmente com a implantação e a implementação da ESF ao longo de, aproximadamente, 20 anos. Essa estratégia não garante tal mudança, mas certamente nos convida a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de pensar e de agir no setor de saúde (COSTA et al., 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar, por meio da análise dos elementos constituintes do processo de trabalho na ESF, suas potencialidades e suas fragilidades no que diz respeito à reorientação do modelo assistencial em saúde.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os trabalhadores das EqSF do município de João Pessoa, no que se refere às características gerais de sua formação profissional e de seu trabalho;
- b) Analisar o objeto de trabalho de EqSF do município de João Pessoa;
- c) Analisar as tecnologias de trabalho de EqSF do município de João Pessoa;
- d) Analisar a finalidade do trabalho de EqSF do município de João Pessoa;
- e) Avaliar a articulação dos componentes do processo de trabalho de EqSF do município de João Pessoa;

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A ciência moderna foi moldada a partir da revolução científica do Século XVI e desenvolvida, posteriormente, sob o predomínio das ciências naturais e do estabelecimento de um modelo global de racionalismo científico, que se distingue de outras duas formas de conhecimento não científico: o senso comum e os estudos humanísticos. Trata-se, portanto, de um modelo totalitário que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas.

Para Morin (2005), a metodologia adotada pelo racionalismo moderno, baseada na separação, redução e abstração do sujeito e objeto (paradigma da simplificação) favorece a uma produção de conhecimento simplificador, incapaz de assumir a conjunção do uno e do múltiplo, atribuindo-lhe uma visão unidirecional e mutiladora. A ciência contemporânea se depara com o desafio de produzir novas abordagens para a compreensão de uma realidade que se transforma rapidamente, provocadas pelos expressivos avanços tecnológicos.

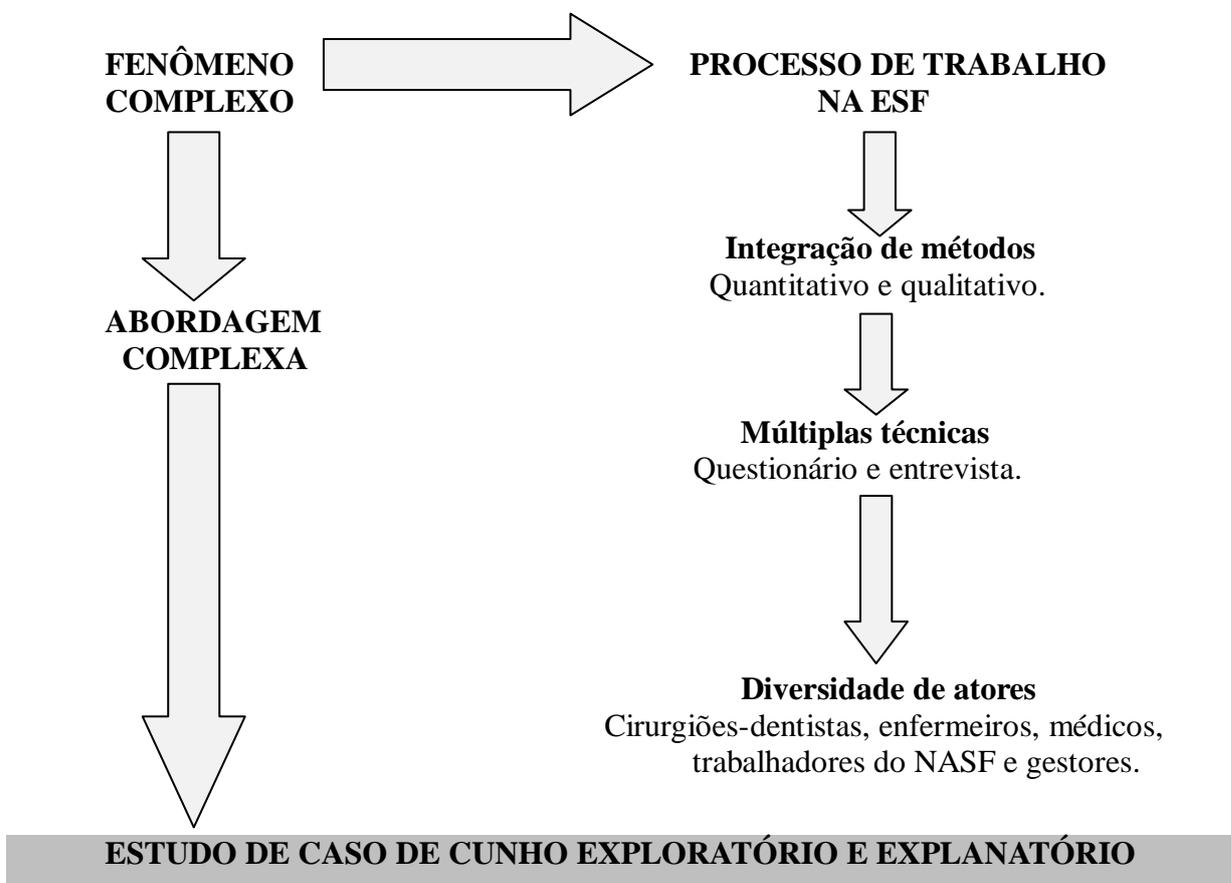
O pensamento racionalista moderno submeteu o mundo a um conjunto de leis, redutíveis à matemática e apreendidas pelo raciocínio lógico. Com a centralidade da matemática, há duas questões relevantes: (a) conhecer significa quantificar por meio de rigorosas e sistemáticas medições. Nesse contexto, as qualidades intrínsecas ao fenômeno são desconsideradas e expressas pelas quantidades em que se traduzem. O que não é quantificável é cientificamente irrelevante; (b) o método científico assenta na redução da complexidade. Conhecer significa dividir e classificar para, depois, poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou. Porém, o modelo de racionalidade científica encontra-se em um profundo estado de crise (SANTOS, 2010).

Sob o ponto de vista de Minayo (2010), o conceito de metodologia é um assunto controverso. Para a autora, ele é igualado a métodos e a técnicas por manuais norte-americanos ou inserido no campo da epistemologia pela maioria dos pesquisadores franceses que discutem sobre as teorias das ciências. Existem, ainda, aqueles que separam a teoria do método e se opõem a eles e os que consideram esses dois campos inseparáveis. Assumindo-se esta última concepção, discutir sobre metodologia é construir um robusto arcabouço de ideias, opções e práticas de pesquisa. Assim, pode-se conceituar o termo metodologia como (MINAYO, 2010): a)- a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” de que a problemática ou objeto de pesquisa necessita; b) - a apresentação e a justificativa adequadas dos métodos, das técnicas e dos instrumentos de pesquisa para responder às perguntas da

investigação; c) - a marca pessoal do pesquisador na forma de articular teoria, métodos e resultados em resposta às indagações científicas.

O método, então, assume uma “função fundamental de tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador” (MINAYO, 2010). A figura 1, adaptada de Mendes (2010), apresenta o desenho esquemático do percurso metodológico eleito para a investigação do processo de trabalho em saúde na ESF desta tese.

Figura 1- Desenho do estudo da tese.



Fonte: adaptado de Mendes (2010).

Indiscutivelmente, só é possível conhecer as partes a partir do entendimento do todo em que elas se situam, e o todo, por sua vez, a partir da compreensão de suas partes isoladamente. Deve-se utilizar um pensamento por meio do qual seja possível fazer a ligação entre as partes que se apresentam em um primeiro olhar, separadas. Nesse cenário, o pensamento complexo produz um conhecimento multidimensional, não fragmentado e que não reduza o todo às suas partes (MORIN, 2005, 2003).

Nesse contexto, o processo de trabalho em saúde é caracterizado, conforme já discutido, por sua complexidade, resultante dos componentes de sua finalidade, de seu objeto, das tecnologias e dos sujeitos que o executam. Ao se articular e se materializar nos atos produtores de cuidado, eles devem satisfazer a uma gama de necessidades socialmente construídas, expressas pelas necessidades de saúde da população. Visando apresentar e justificar o percurso metodológico adotado neste estudo, foi necessária a apropriação teórica dos métodos e das técnicas da pesquisa, apresentada a seguir.

4.1 Metodologias adotadas: a quantitativa e o qualitativo

Podem-se dividir os métodos adotados nas pesquisas científicas em quantitativos ou qualitativos. O primeiro visa relacionar a causalidade entre fenômenos ou a associação entre variáveis, por meio de mensurações controladas e reproduzíveis. Já o segundo é aplicado visando à compreensão do significado dos fenômenos sociais (MENDES, 2010).

Segundo Minayo e Sanches (1993), quando essas duas abordagens são analisadas do ponto de vista metodológico, têm naturezas diferentes. A partir do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas é mais científica do que a outra. Para Cano (2012), a construção histórica do conhecimento associa a busca pelas causas à metodologia quantitativa, enquanto a qualitativa tenta apreender os sentidos dos fenômenos. Braga (2007) assevera que a escolha, por si só, de uma dessas abordagens não garante que a pesquisa se torne mais objetiva e que o objeto seja bem mais compreendido, portanto cabe ao pesquisador a árdua tarefa de eleger a metodologia mais adequada para cada investigação científica, uma vez que os dados não se expressam por si próprios.

4.1.1 O método quantitativo

O método quantitativo é caracterizado pela quantificação de características na coleta de informações e o tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. É empregado quando o pesquisador se propõe a definir as características objetivas de um fenômeno ou parte dele, como no caso desta pesquisa, as características dos trabalhadores da ESF (RICHARDSON, 1999). Para Braga (2007), também é aplicável em situações em que já existe um conhecimento prévio do objeto de estudo. O método quantitativo se insere nos fenômenos a

partir da apresentação de dados que geram indicadores e tendências observáveis. É útil para se apreenderem questões sociais relacionadas a grandes aglomerados de dados e conjuntos demográficos e descrevê-los por meio de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

Essa abordagem metodológica é conduzida, na maioria das vezes, a partir da construção de hipóteses previamente estabelecidas por meio de uma série de variáveis operacionais definidas. Almeja a precisão matemática na descrição e na interpretação dos fenômenos, atribuindo-lhe segurança em relação às inferências estatísticas apresentadas. Trata-se, portanto, de se empregar a descrição matemática como linguagem para representar e interpretar a diversidade e suas possíveis inter-relações. Assim, ele permite o estabelecimento de causa-efeito, a demonstração de modelos teóricos e a formulação de leis gerais (BRAGA, 2007; GODOY, 1995; MINAYO; SANCHES, 1993).

Para alcançar tais objetivos, opera-se a partir da seleção de amostras estatisticamente definidas, a fim de garantir a representatividade e generalizar os resultados. Impõe o controle das condições sob as quais o fenômeno é estudado para se definirem as relações de causa e efeito e suas inter-relações. Para garantir a objetividade dos resultados, procura estabelecer uma relação de distanciamento entre o pesquisador e o objeto, principalmente no que se refere às questões subjetivas dos fenômenos, classificando-os por meio da frequência e da distribuição (BRAGA, 2007). No que se refere a sua tipologia, Aragão (2011) a partir de uma revisão teórica, apresenta os principais tipos de estudos quantitativos (Quadro 2).

Quadro 2 - Características dos principais tipos de estudos quantitativos.

(Continua)

TIPOS	OBJETIVO	SUBTIPOS	APLICABILIDADE
Experimentais	Comparar dois grupos de sujeitos.	<i>Ensaio clínico:</i> um grupo recebe a intervenção e outro não.	Padrão ouro para avaliar se um determinado tratamento ou procedimento, programa tem efetividade ou não.

Quadro 2 - Características dos principais tipos de estudos quantitativos.

(Continuação)

TIPOS	OBJETIVO	SUBTIPOS	APLICABILIDADE
Descritivos	Descrever uma determinada realidade.	<p><i>Estudo de caso:</i> relata um caso raro ou de evolução incomum. Descrição de determinada situação para compartilhar experiências.</p> <p><i>Série de casos:</i> relato a partir do acúmulo de casos semelhantes.</p> <p><i>Estudo de incidência:</i> tabulação de novos casos ocorridos em uma região em dado período.</p>	Gestão e planejamento dos sistemas de saúde, como por exemplo, organização da demanda.
Observacionais	Testar hipóteses por meio de medidas de associação de variáveis a partir da observação da realidade.	<p><i>Estudos transversais:</i> visualizam a situação de uma população em um determinado momento por meio de uma única observação. Baixo custo.</p> <p><i>Estudos de coorte:</i> visualizam a situação de uma população durante um período de seguimento por meio de mais de uma observação. Alto custo.</p>	Definição de associação entre fatores e desfecho.

Quadro 2 - Características dos principais tipos de estudos quantitativos.

			(Conclusão)
TIPOS	OBJETIVO	SUBTIPOS	APLICABILIDADE
Observacionais	Testar hipóteses por meio de medidas de associação de variáveis a partir da observação da realidade.	<p><i>Estudos de caso-controlé:</i> comparam um grupo de pessoas com o desfecho em estudo (casos) com pessoas sem o desfecho.</p> <p><i>Estudos ecológicos:</i> similares aos estudos transversais, mas não medem o desfecho em indivíduos, mas sim em populações.</p>	Definição de associação entre fatores e desfecho.

Fonte: Elaboração própria a partir de Aragão (2011).

De acordo com as características apresentadas no quadro 2, pode-se afirmar que na presente pesquisa foi realizado um estudo do tipo descritivo transversal, uma vez que foi realizada apenas uma observação. Algumas considerações devem ser discutidas acerca das limitações do método quantitativo.

As generalizações podem simplificar a complexidade do universo onde os fenômenos se inserem, quando se desconsidera o comportamento dos objetos e dos sujeitos pode ser definida por suas próprias e distintas visões da realidade cotidiana. Outro aspecto diz respeito à preocupação com o controle de variáveis pré-estabelecidas, que pode criar condições artificiais para o estudo do fenômeno (ADUE et al., 2008). Logo, se esse método for empregado isoladamente, poderá não apreender todas as dimensões envolvidas no processo de trabalho em saúde.

4.1.2 O método qualitativo

Atualmente observa-se um expressivo crescimento na utilização de pesquisas com metodologia qualitativa no campo da saúde. Porém, isso não significa concluir que tal

metodologia encontra-se devidamente empregada, uma vez que alguns resultados de pesquisa definem conclusões baseadas no senso comum, entre outras questões (TURATO, 2005).

Conforme apontado por Gomes e Silveira (2012), são inegáveis as contribuições dos estudos qualitativos na área da saúde coletiva nas investigações que se propõem a desvelar os modos de sentir, pensar e agir dos sujeitos envolvidos no fenômeno. Além disso, eles sinalizam novas formas de apreender e pensar objetos, sobretudo quando se considera que visam justificar propostas de intervenções em ações coletivas inscritas no campo da saúde.

Denzin e Lincoln (2011) definem a pesquisa qualitativa como aquela que tem um foco multimetodológico e utiliza abordagens interpretativas e naturalísticas para compreender determinada realidade. O objeto de estudo é apreendido em seu ambiente natural, e o pesquisador se propõe a atribuir-lhe sentido ou a interpretá-lo a partir do significado apresentado pelos sujeitos.

Na tentativa de se definir a metodologia qualitativa no contexto da área de saúde, Turato (2005) apoia-se na concepção das Ciências Humanas, onde não se objetiva estudar o fenômeno em si, mas compreender o seu significado para as pessoas tanto em nível individual quanto coletivo. Segundo esse mesmo autor, “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde”. Logo, ela almeja conhecer em profundidade as vivências e quais as representações dessas experiências de vida.

Minayo (2010) a define como uma metodologia capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às atitudes, às relações e às estruturas sociais. Ela procura compreender a lógica interna de sujeitos, grupos ou instituições, no que se refere aos valores culturais e as suas representações sobre sua história e os temas específicos, as relações entre sujeitos, instituições e movimentos sociais e também dos processos históricos, sociais e de implementações de políticas. Logo, este método pode permitir a apreensão da complexidade do trabalho em saúde.

Turato (2005) elenca as principais características do método qualitativo. A primeira delas é que essa abordagem se propõe a investigar os *significados* das coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos), que dão molde à vida dos sujeitos, passam a ser compartilhados e podem organizar grupos sociais em torno dessas representações e simbolismos. O *ambiente natural* do sujeito é o campo de observação do pesquisador, onde ele não faz nenhum tipo de controle sobre as variáveis. O *pesquisador é o instrumento* de pesquisa que utiliza seus órgãos de sentidos para captar o

objeto e, depois, interpretá-lo. Sua força se apresenta por meio de sua *validade dos dados*, uma vez que eles são oriundos da observação direta do pesquisador, que pode ser potencializada por uma escuta acurada e em profundidade, visando aproximá-lo da essência do objeto de pesquisa.

Martins (2004) apresenta outras características desse método. A *flexibilidade*, principalmente no que se refere às técnicas de coleta de dados, e a *heterodoxia*, para a análise de resultados, o que exige do pesquisador capacidade integrativa e analítica. Ela depende do acúmulo teórico e metodológico do pesquisador, operacionalizado por meio do uso da intuição, da imaginação e da experiência.

O método qualitativo é empregado nas áreas de conhecimento que ainda não desenvolveram um arcabouço teórico e conceitual, sem a formulação de hipóteses precisas ou a definição clara do que se espera encontrar em campo. Nessas situações, é possível construir um objeto de estudo com o qual é possível descobrir suas dimensões e formular e comprovar novas hipóteses (SERAPIONI, 2000). Esse autor afirma que:

Os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados. De fato, durante a pesquisa, frequentemente emergem relações entre variáveis, motivações e comportamentos completamente inesperados, que não surgiriam utilizando um questionário estruturado, cuja característica técnica é a uniformidade do estímulo. (SERAPIONI, 2010 p.190).

De acordo com Sanches e Minayo (1993), a fonte principal de dados da pesquisa qualitativa para atingir seus objetivos é a palavra, que retrata o cotidiano em suas relações técnicas, afetivas e seus discursos intelectuais, burocráticos ou políticos. Logo, a palavra pode ser capaz de apresentar as qualidades estruturais, os sistemas de valores, as normas e os símbolos transmitidos pelos entrevistados que podem revelar representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), a linguagem utilizada pelos sujeitos da pesquisa e suas conexões mostram o mundo como é percebido por elas.

O método qualitativo não tem a pretensão de generalizar seus resultados, mas de aprofundar, abranger e diversificar a compreensão de um fenômeno. Portanto, sua estratégia amostral é definida a partir da escolha de uma amostra que reflita as múltiplas dimensões do objeto de estudo, e não, por meio de cálculos matemáticos (MINAYO, 2010). Logo, é difícil determinar o tamanho da amostra de sujeitos do estudo, porquanto depende da qualidade

(profundidade, grau de recorrência e divergência, entre outros) das informações recolhidas de cada entrevistado ou do grupo deles (DUARTE, 2002).

No que se refere à definição do local e do grupo de sujeitos participantes da pesquisa, ela deve assegurar que ambos tenham o conjunto das experiências e expressões que se pretendem apreender no estudo. Cabe ao pesquisador eleger o grupo social mais relevante para responder à pergunta da pesquisa e privilegiar a inclusão de sujeitos que apresentem as características a serem investigadas, atribuindo-lhe intencionalidade na seleção dos participantes (MINAYO, 2010). Godoy (1995) afirma que os três tipos de pesquisas qualitativas mais conhecidas são a etnografia, a documental e o estudo de caso.

Trad (2012) refere que a etnografia tem um lugar de destaque na antropologia social e que, na última década, vem sendo cada vez mais utilizada no campo da saúde coletiva. Trata-se do estudo de uma cultura ou povo a partir de profunda imersão em campo. De acordo com Godoy (1995), a pesquisa documental é uma ferramenta que traz contribuições importantes para o estudo de alguns temas, portanto, merece atenção especial. Ela pode ser definida como a que examina materiais de natureza diversa (jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, memorandos, relatórios etc.) que ainda não foram explorados analiticamente e reexaminados, na tentativa de se definirem novas interpretações complementares. Nesse tipo de pesquisa, três aspectos devem ser considerados pelo pesquisador: a escolha dos documentos (em função do objeto, dos propósitos, das ideias e das hipóteses), a possibilidade do acesso a eles e a preocupação com sua análise. Yin (2005) entende que a utilização de documentos favorece a legitimação de outras fontes. O objetivo da pesquisa documental é de recolher, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado fato, assunto ou ideia.

O estudo de caso, eleito para a realização deste estudo, é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade (típica ou excepcional), de que se faz uma análise profunda, na tentativa de responder como e por que os fenômenos ocorrem em um contexto real. Permite o conhecimento do fenômeno estudado através de uma exploração intensa de uma situação única, gerando recursos para uma compreensão ampliada do grupo, instituição ou programa em questão. Esse tipo de estudo mostra-se eficaz para a abordagem de objetos complexos, em que o fenômeno de interesse não é distinguível facilmente de suas condições contextuais próprias. Por meio dele, também se podem avaliar ou descrever situações dinâmicas, em que a subjetividade do elemento humano se faz presente, a partir da imersão em um objeto

devidamente delimitado (GODOY, 1995; MARTINS, 2004; YIN, 2005), o que o torna relevante para a abordagem do estudo do processo de trabalho em saúde.

4.2 Técnicas da pesquisa

Depois de apresentados os métodos que foram empregados nesta pesquisa, avança-se na discussão das técnicas eleitas para a apreensão do objeto de investigação deste estudo. Cano (2012) apresenta que os termos métodos e técnicas de pesquisa são usados geralmente de forma equivalente, embora existam diferenças entre ambos.

[...] Métodos seriam estratégias de produção de conhecimento científico, incluindo a geração e a validação de teorias. Técnicas seriam formas padronizadas de coleta e análise de dados, com a mesma finalidade, a de produzir conhecimento válido. Embora a diferença entre os dois conceitos seja porosa, o método é muito mais abrangente e se aproxima da epistemologia, contemplando estratégias gerais, enquanto que a técnica é específica e concreta. (CANO, 2012, p.107).

Para tal, dividiram-se as técnicas em quantitativa e qualitativa e se discutiu sobre os instrumentos de coleta de dados, a seleção das amostras e as estratégias de análise dos dados.

4.2.1 A técnica quantitativa

Para a condução do componente quantitativo deste estudo, foi construído um questionário autoaplicado e definidas a estratégia amostral e a de análise de dados. A seguir, o processo de construção e operacionalização da técnica quantitativa é apresentado.

4.2.1.1 O questionário autoaplicado

A coleta dos dados quantitativos foi efetivada por meio de um questionário autoaplicado (apêndice A), em uma amostra aleatória de trabalhadores de nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista) da ESF do município de João Pessoa, realizada no período de julho a setembro de 2014. Esse instrumento foi elaborado baseado na revisão da literatura, submetido à validação e para a elaboração desta tese, foram utilizadas quarenta e

sete questões referentes às características de identificação (cinco questões), formação (dezoito questões) e do trabalho (vinte e quatro questões).

Para Gil (2008), o questionário desenvolve-se com uma relação fixa de perguntas e respostas com uma ordem e uma redação invariáveis e estabelecidas para todos os entrevistados que, geralmente, são, em grande número, calculados por meio de estratégias amostrais estatísticas, para possibilitar o tratamento quantitativo dos dados. Comumente é denominada de questionário ou de formulário, porém o emprego do termo questionário é mais apropriado quando se referir a procedimento autoadministrado, enquanto o formulário se associa ao preenchimento do instrumento por meio da entrevista face a face.

O questionário autoaplicado, utilizado neste estudo, apresenta como vantagem o fato de sua aplicação ser mais econômica e por apresentar um caráter mais privativo, quando comparado às entrevistas, o que potencializa a validade das respostas. A elaboração do questionário obedeceu às recomendações apontadas pela literatura especializada. Foram redigidas questões claras, neutras e adequadas para a população-alvo do estudo, que possibilitavam a fácil leitura e interpretação. Foi realizado o estudo piloto visando verificar a adequação do instrumento (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003).

4.2.1.2 A definição amostral e coleta dos dados

No que se refere à ABS, João Pessoa está dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), cujo objetivo é de organizar a rede de cuidado progressivo de saúde. Dispõe de 182 EqSF, distribuídas em 109 Unidades de Saúde da Família (USF), tendo em vista que existem no município as chamadas Unidades Integradas (espaços físicos construídos para abrigar duas a quatro EqSF). Quanto aos seus profissionais de nível superior, a cidade comporta-se como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de profissionais, equipes saúde da família e unidades de saúde da família por Distritos Sanitários.

Distrito	Médico	Dentista	Enfermeiro	Total	Equipes	Unidades
DS I	55	50	58	163	46	27
DS II	66	45	43	154	39	20
DS III	55	58	59	172	53	32
DS IV	45	38	40	123	26	16
DS V	29	26	25	80	18	14
TOTAL	250	217	225	692	182	109

Fonte: Elaboração própria à partir de informação da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2014.

A determinação da amostra foi obtida utilizando-se o pacote estatístico EpiInfo⁶, tendo como parâmetros o tamanho populacional (N=692), erro de 5%, prevalência estimada para o evento de 50% e intervalo de confiança de 95%. Logo, o tamanho amostral mínimo foi calculado em 248 sujeitos. A distribuição proporcional mínima para cada categoria profissional foi então de 83 trabalhadores de nível superior. A seguir, a fórmula utilizada para o cálculo da amostra mínima é apresentada.

$$n = \frac{Nz^2p(1-p)}{d^2(N-1) + z^2p(1-p)}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra a ser calculada;

d= erro;

p = prevalência estimada;

z= nível de confiança.

A partir dos resultados de Zanetti et al. (2011), que investigou um grupo populacional com características semelhantes ao deste estudo e com a utilização de questionário autoaplicado, foi estimada uma perda amostral de 40%. Assim, o tamanho amostral foi ampliado para 347 trabalhadores de nível superior da ESF.

Para o estudo, optou-se pela técnica de amostragem aleatória estratificada. Após a definição do tamanho amostral considerando-se a perda estimada (n=347), este quantitativo foi distribuído em unidades amostrais por meio da alocação proporcional dos trabalhadores nos Distritos Sanitários a partir do número total de trabalhadores da ESF, resultando assim, na distribuição apresentada no quadro 3.

Quadro 3 - Quantitativo de profissionais por Distrito Sanitário da amostra final.

Profissional	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	TOTAL
<i>Médico</i>	23	24	21	14	15	97
<i>Cirurgião-dentista</i>	26	26	30	21	15	118
<i>Enfermeiro</i>	30	32	28	22	15	127
Número de Profissionais	79	82	79	57	45	342

Fonte: elaboração própria.

Quanto à composição do plano amostral, a seleção da amostra foi feita mediante o sorteio das EqSF por Distrito Sanitário, visto que não foi possível a obtenção do cadastro de profissionais, o que caracteriza uma escolha por conglomerados. Utilizou-se o *software* estatístico R^{RM}, por meio do qual foi garantida a aleatoriedade da amostra, ou seja, cada Equipe de Saúde da Família teve a mesma chance de ser selecionada.

Assim, 366 trabalhadores foram convidados a participar do estudo. Uma equipe devidamente treinada convidou, esclareceu os objetivos do estudo, disponibilizou e recolheu o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos sorteados. Foram efetivamente entrevistados 342 trabalhadores de nível superior da ESF. Conforme foi apresentado no quadro 3, todas as categorias profissionais atingiram o número mínimo de sujeitos.

4.2.1.3 A análise dos dados

Para a apresentação dos resultados quantitativos, utilizou-se inicialmente a estatística descritiva (frequências, médias e medianas) estratificadas pelas profissões e categorizadas por subgrupos (conjunto dos trabalhadores, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos).

Os dados foram resumidos por meio da análise de frequências absolutas (número de vezes que se repete um valor) e porcentagens. A distribuição de frequências permite a condensação de uma grande quantidade de dados. Para algumas variáveis foi calculada a média aritmética (medida de tendência central) que representa o valor médio da distribuição e seu desvio padrão (sua medida de variabilidade) e/ou categorizadas, conforme ilustra o quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis, tipologia, categorização e o tratamento estatístico descritivo utilizado.

(Continua).

Variável	Tipologia	Categorização	Tratamento
Sexo	Qualitativa dicotômica	1- <i>Feminino</i> 2- <i>Masculino</i>	Frequência e percentual.
Idade (anos)	Quantitativa intervalar	1- <i>22-29</i> 2- <i>30-39</i> 3- <i>40-49</i> 4- <i>50-59</i> 5- <i>60 ou mais</i>	Frequência, percentual, média e desvio padrão.
Tempo de graduação (anos)	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 5</i> 2- <i>De 6 a 10</i> 3- <i>De 11 a 20</i> 4- <i>De 21 a 30</i> 5- <i>31 ou +</i>	Frequência, percentual, média e desvio padrão.
Número de especializações <i>lato sensu</i> concluídas	Quantitativa intervalar	1- <i>0</i> 2- <i>1</i> 3- <i>2</i>	Frequência e percentual.
Área das especializações	Qualitativa	1- <i>Saúde da Família/Medicina de comunidade</i> 2- <i>Saúde Coletiva/Saúde Pública</i> 3- <i>Outras</i>	Frequência e percentual.
Número de residências concluídas	Quantitativa intervalar	1- <i>0</i> 2- <i>1</i> 3- <i>2</i>	Frequência e percentual.

Quadro 4 – Variáveis, tipologia, categorização e o tratamento estatístico descritivo utilizado.

(Continuação).

Variável	Tipologia	Categorização	Tratamento
Área das residências	Qualitativa	1- <i>Pediatria/Ginecologia</i> 2- <i>Medicina Preventiva e Social ou SF</i> 3- <i>Outras</i>	Frequência e percentual.
Tempo de trabalho na ABS (meses)	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 36 meses</i> 2- <i>De 37 a 120 meses</i> 3- <i>121 meses ou mais</i>	Frequência, percentual, média e desvio padrão.
Tempo de inserção na atual equipe (meses)	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 36 meses</i> 2- <i>37 meses ou mais</i>	Frequência, percentual, média e desvio padrão.
Tipo de contrato para a ESF	Qualitativa dicotômica	1- <i>Estatutário</i> 2- <i>Contrato Temporário</i>	Frequência e percentual.
Número de locais de trabalho	Quantitativa intervalar	1- <i>1</i> 2- <i>2</i> 3- <i>3 ou 4</i>	Frequência e percentual.
Carga horária de trabalho semanal	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 40 horas</i> 2- <i>De 41 a 60 horas</i> 3- <i>61 horas ou mais</i>	Frequência, percentual, média e desvio padrão.
Natureza dos locais de trabalho	Qualitativa dicotômica	1- <i>Público(s)</i> 2- <i>Público(s) e privado(s)</i>	Frequência e percentual.
Locais de trabalho além da ABS	Qualitativa	1- <i>Assistência hospitalar</i> 2- <i>Assistência ambulatorial</i> 3- <i>Outros</i>	Frequência e percentual.
A Saúde da Família é o local onde eu gostaria de exercer minha prática profissional	Escala intervalar (0-10)	1- <i>Satisfeitos (de 0 a 5)</i> 2- <i>Insatisfeitos (de 6 a 10)</i>	Frequência e percentual.

Quadro 4 – Variáveis, tipologia, categorização e o tratamento estatístico descritivo utilizado.

(Conclusão).

Variável	Tipologia	Categorização	Tratamento
Acredito no meu trabalho na Saúde da Família	Escala intervalar (0-10)	1- <i>Satisfeitos (de 0 a 5)</i> 2- <i>Insatisfeitos (de 6 a 10)</i>	Frequência e percentual.
Estou orgulhoso do trabalho que realizo na Saúde da Família	Escala intervalar (0-10)	1- <i>Satisfeitos (de 0 a 5)</i> 2- <i>Insatisfeitos (de 6 a 10)</i>	Frequência e percentual.
Estou satisfeito com o reconhecimento de meu trabalho na Saúde da Família	Escala intervalar (0-10)	1- <i>Satisfeitos (de 0 a 5)</i> 2- <i>Insatisfeitos (de 6 a 10)</i>	Frequência e percentual.
Estou satisfeito com a remuneração por meu trabalho na Saúde da Família	Escala intervalar (0-10)	1- <i>Satisfeitos (de 0 a 5)</i> 2- <i>Insatisfeitos (de 6 a 10)</i>	Frequência e percentual.
As atividades que realizo na Saúde da Família alcançam sua finalidade.	Escala intervalar (0-10)	1- <i>Satisfeitos (de 0 a 5)</i> 2- <i>Insatisfeitos (de 6 a 10)</i>	Frequência e percentual.
Percentual médio de tempo semanal dedicado a atividades de prevenção e promoção da saúde.	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 20%</i> 2- <i>De 21% a 50%</i> 3- <i>De 51 a 100%</i>	Frequência e percentual.
Número de participação em atividades em grupo por semana na Saúde da Família	Quantitativa intervalar	1- <i>0</i> 2- <i>1</i> 3- <i>2 ou mais</i>	Frequência e percentual.
Número de consultas semanais na Saúde da Família	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 50</i> 2- <i>De 51 a 100</i> 3- <i>Mais de 100</i>	Frequência e percentual.
Percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento de demanda espontânea.	Quantitativa intervalar	1- <i>Até 25%</i> 2- <i>De 26% a 50%</i> 3- <i>De 51 a 100%</i>	Frequência e percentual.

Fonte: Elaboração própria.

Foi verificada a heterogeneidade da distribuição das respostas relacionadas às características específicas do grau de satisfação e do processo de trabalho na ESF entre as categorias profissionais por meio da estatística inferencial. Resultados iguais ou inferiores a 5% indicavam a não-homogeneidade da variável.

Foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Anova (com pós-teste de Turkey). Estes testes foram eleitos após a verificação da homogeneidade das variáveis independentes por meio do teste de Bartlett.

O teste de Kruskal-Wallis trata-se de um teste de contraste não-paramétrico utilizado em k amostras independentes, visando identificar a presença de diferenças estatísticas, de maneira geral, entre os subgrupos de cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos.

Uma vez identificada a diferença, procedeu-se a realização do teste de Mann-Whitney (medianas) ou Anova (médias), visando comparar os três subgrupos em pares (cirurgiões-dentistas x enfermeiros; cirurgiões-dentistas x médicos e enfermeiros x médicos). Algumas variáveis foram medidas por uma escala intervalar, onde zero representava grau máximo de negação à afirmativa e dez grau máximo de aceitação. No quadro 5 encontra-se as variáveis e sua tipologia submetidas à análise estatística inferencial.

Quadro 5 - Variáveis e sua tipologia submetidas à análise estatística inferencial.

(Continua).

Variável	Tipologia	Teste
Estou satisfeito com o meu trabalho nesta Equipe de Saúde da Família.	Escala intervalar (0-10)	Anova
A Saúde da Família é o local onde eu gostaria de exercer minha prática profissional.	Escala intervalar (0-10)	Mann-Whitney
Acredito no meu trabalho na Saúde da Família.	Escala intervalar (0-10)	Mann-Whitney
Estou orgulhoso do trabalho que realizo na Saúde da Família.	Escala intervalar (0-10)	Mann-Whitney
Estou satisfeito com o reconhecimento de meu trabalho na Saúde da Família.	Escala intervalar (0-10)	Mann-Whitney
Estou satisfeito com a remuneração por meu trabalho na Saúde da Família.	Escala intervalar (0-10)	Anova
Percentual médio de tempo semanal dedicado a atividades de prevenção e promoção da saúde.	Quantitativa intervalar	Anova

Quadro 5 - Variáveis e sua tipologia submetidas à análise estatística inferencial.

(conclusão).

Variável	Tipologia	Teste
Número de participação em atividades em grupo por semana na Saúde da Família.	Quantitativa intervalar	Mann-Whitney
Número de consultas semanais na Saúde da Família.	Quantitativa intervalar	Anova
Percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento de demanda espontânea na Saúde da Família.	Quantitativa intervalar	Anova

Fonte: Elaboração própria.

A visualização das diferenças entre as categorias profissionais foi realizada por meio da construção de gráficos de boxplot, quando usado o teste de Mann Whitney e de plot para Anova.

Predominantemente, a partir dos dados quantitativos, foi realizada a caracterização dos trabalhadores de nível superior da ESF em João Pessoa. Esse perfil abrangeu quatro dimensões, apresentadas a seguir:

- 1) **Geral:** sexo e idade;
- 2) **Formação:** tempo de conclusão da graduação, número de especializações *lato sensu* concluídas, áreas das especializações *lato sensu* concluídas, número de residências concluídas, áreas das residências concluídas, número de mestrados concluídos e número de doutorados concluídos;
- 3) **Trabalho:** tempo de trabalho na APS, tempo de inserção na atual EqSF, tipo de contrato para a ESF, número de locais de trabalho, carga horária de trabalho semanal, natureza dos locais de trabalho e locais de trabalho;
- 4) **Satisfação com o trabalho:** acreditar em seu trabalho na ESF, a ESF ser o local onde gostariam de exercer práticas, se sentir orgulhoso com o trabalho na ESF, satisfação com o reconhecimento de seu trabalho na ESF e satisfação com a remuneração para o trabalho na ESF. Nessa dimensão, foi incluída uma análise qualitativa das entrevistas com os trabalhadores de nível superior (categoria: como você se sente em relação ao seu trabalho na ESF) e com os gestores (categoria: o perfil esperado dos trabalhadores da ESF pela gestão municipal).

Os resultados foram gerados pelos *softwares* de domínio público EpiInfo 7^R e R^R. Os dados quantitativos foram oriundos do projeto de pesquisa “A Interdisciplinaridade na Formação e no Trabalho em Saúde”, da pesquisadora Dra. Kátia Suely Queiros Silva Ribeiro, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (anexo A), conforme Termo de Cessão de Uso de Dados (anexo B).

4.2.2 A técnica qualitativa

Para a condução do componente qualitativo deste estudo, foi construído um roteiro de entrevista face a face e definidas a estratégia amostral e a de análise de dados. A seguir, o processo de construção e operacionalização da técnica qualitativa é apresentado.

4.2.2.1 O roteiro das entrevistas face a face

Uma parte da coleta dos dados qualitativos foi realizada por meio da realização de entrevistas (apêndice B) no período de agosto a novembro de 2014, com uma amostra intencional de trabalhadores de nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista e de trabalhadores do NASF), vinculados às USF, e a gestores (apêndice C) do município de João Pessoa.

Entende-se que a compreensão do fenômeno em questão da pesquisa se encontra em um cenário de complexidade crescente, com atores com interesses, percepções e entendimentos distintos e até mesmo contraditórios sobre o tema (DESLANDES; MINAYO, 2005). Assim, a entrevista pode ser capaz de identificar essas questões a partir da discussão com um foco, em tópicos específicos e diretivos. Nesse contexto, ela se configura como uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2008).

Para Duarte (2002), essa técnica de pesquisa qualitativa supõe um processo de conversação contínua e integrada entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador, pelo qual deve ser dirigida de acordo com seus objetivos. Seu material de estudo é produzido espontaneamente, no encontro entre os sujeitos, observando-se as pessoas e com a interação através de sua própria linguagem e em seus termos. Assim, pretende-se com ela gerar material para alcançar os objetivos de se analisar o objeto, a finalidade e as tecnologias de trabalho de

Equipes Saúde da Família, além de avaliar a articulação desses componentes do processo de trabalho. Yin (2005) entende que as entrevistas se configuram como uma potente fonte de dados para os estudos de caso, cuja maioria trata de assuntos relacionados à subjetividade humana.

De acordo com Fontanella, Campos e Turato (2006), as entrevistas se consolidaram como o principal instrumento de coleta de dados no campo da saúde quando se utiliza o método qualitativo. A partir dessa abordagem, os sujeitos da pesquisa falam dos significados que eles associam às suas experiências acerca do fenômeno estudado, e o pesquisador, a partir desses dados, descreve e interpreta determinada realidade. As entrevistas têm um caráter assimétrico, configurando a pesquisa de acordo com as particularidades da estrutura do fenômeno, modulando-a a partir do que lhes acontece na realidade, e não, em uma situação previamente idealizada e investigada pelos instrumentos fechados.

Elaborar criteriosamente o roteiro da entrevista, visando garantir que ele seja capaz de gerar dados substanciados, fundamentados e informados pelo referencial teórico é sobremaneira importante. Caso contrário, os dados poderão não favorecer uma análise que atenda aos objetivos propostos (SILVA; FERREIRA, 2012). Gil (2008, p. 115-117) apresenta algumas considerações gerais quanto à elaboração de um roteiro de entrevista:

- a) As instruções para o entrevistado devem ser elaboradas com clareza, para que ele tenha facilidade de entendê-las;
- b) As questões potencialmente ameaçadoras devem ser construídas de forma que o entrevistado possa respondê-las sem constrangimentos;
- c) As questões devem ser ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista;
- d) As perguntas devem ser padronizadas na medida do possível, a fim de que as informações obtidas possam ser comparadas entre si.

Ainda em relação à elaboração do roteiro da entrevista, deve-se considerar que o pesquisador introduz o tema, e o entrevistado tem a liberdade de discorrer livremente sobre o a questão sugerida, visando explorar mais amplamente as percepções. O pesquisador pode interferir no momento da entrevista para dirigir as respostas que lhe interessam, com perguntas adicionais para “elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou sentido dificuldades de

entendê-lo (BONI; QUARESMA, 2005). Para o presente estudo, o roteiro das entrevistas foi elaborado com base nos conceitos apresentados no quadro 6.

Quadro 6- Conceitos utilizados para a elaboração dos roteiros das entrevistas.

CONCEITO	AUTOR	DESCRIÇÃO
Trabalho em saúde	Peduzzi (2003)	Um serviço, que avança na percepção de trabalho coletivo e institucional, desenvolvido com características do trabalho profissional e, também, da divisão técnica do trabalho, apoiado na lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.
Finalidade do trabalho em saúde	Peduzzi (2003)	Processo transformador, por meio de cujas ações o trabalhador realiza a finalidade do próprio trabalho.
Objeto do trabalho em saúde	Mendes-Gonçalves (1994)	O objeto de trabalho do setor saúde são as necessidades humanas em saúde.
Tecnologias do trabalho em saúde	Mendes-Gonçalves (1994)	A tecnologia se refere às associações técnicas ocorridas durante o processo de trabalho entre a atividade em si e o objeto de trabalho, por meio dos instrumentos utilizados para tal.

Fonte: Elaboração própria

As entrevistas com os profissionais de nível superior da ESF, com os trabalhadores do NASF e com os gestores foram conduzidas a partir do roteiro abaixo, dividido em oito momentos, com os seguintes objetivos:

- a) **Momento 1** : Fazer as cordialidades iniciais, apresentar o pesquisador e a pesquisa e solicitar a assinatura do TCLE e a coleta dos dados gerais do entrevistado;
- b) **Momento 2**: Introduzir o objeto da pesquisa e apreender, de maneira geral, a percepção do entrevistado referente ao papel e ao trabalho da Estratégia Saúde da Família;
- c) **Momento 3**: Apreender a percepção do entrevistado acerca da finalidade do trabalho na Estratégia Saúde da Família;
- d) **Momento 4**: Apreender a percepção do objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família;

- e) **Momento 5:** Elaborar a agenda semanal de trabalho do entrevistado, visando extrair informações mais específicas e complementares de seu trabalho (finalidade, objeto) e explorar em profundidade as tecnologias utilizadas;
- f) **Momento 6:** Aprender a percepção dos entrevistados quanto às potencialidades e às fragilidades do trabalho na Estratégia Saúde da Família;
- g) **Momento 7:** Possibilidade de fala geral sobre os assuntos abordados.
- h) **Momento 8:** Cordialidades finais.

4.2.2.2 A seleção da amostra para as entrevistas face a face e a coleta dos dados

Na primeira fase de coleta dos dados, realizaram-se entrevistas individuais com quatro Diretores de Distrito Sanitário (DDS), visando apreender percepções e expectativas institucionais da gestão acerca da finalidade, do objeto, dos instrumentos de trabalho e do trabalho vivo na ESF. Para identificar os informantes-chaves, solicitou-se dos entrevistados que indicassem EqSF que: (1) tivessem a mesma equipe de médico, enfermeiro e cirurgião-dentista pelo tempo mínimo de doze meses; (2) desenvolvessem atividades de atenção individual e coletiva; e (3) fossem consideradas de referência de trabalho em seu Distrito Sanitário. Também foram entrevistados a diretora de AB e o diretor de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. A amostra, nessa fase, é caracterizada como intencional.

Na segunda fase, foram realizadas entrevistas individuais com uma amostra intencional de profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e trabalhadores NASF. A intencionalidade da amostra nas duas fases do estudo é justificada pelo fato de que a realização das entrevistas não tem como objetivo central gerar dados que possam ser generalizáveis, mas aprofundar os conhecimentos sobre um fenômeno a partir da percepção de determinados sujeitos inseridos numa dada realidade.

Foi elaborada uma lista de EqSF, obedecendo à ordem estabelecida pelos diretores. Em seguida, foram convidados o médico, o enfermeiro, o cirurgião-dentista e um trabalhador do NASF, que, quando aceitaram livremente participar da pesquisa, foram agendadas e

realizadas as entrevistas, gravadas em mídias de áudio e, posteriormente, transcritas. Foram entrevistadas três EqSF (12 sujeitos), definidas a partir do critério de saturação das informações. De acordo com Fontanella, Campos e Turato (2006), esse critério define “o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações”.

Foram realizadas dezoito entrevistas, com, aproximadamente, 60 minutos cada uma, pelo mesmo pesquisador, devidamente treinado, no local de trabalho dos participantes, em ambiente reservado, gravadas em áudio e posteriormente transcritas e submetidas à validação pelo pesquisador. Os sujeitos deste estudo foram predominantemente do sexo feminino (78,0%). Os gestores, com uma média de idade de 32 anos, e os trabalhadores de 41 anos. No momento da entrevista, todos os entrevistados desempenhavam suas funções há, pelo menos, um ano. Duas EqSF deste estudo obtiveram certificação no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB) com avaliação muito acima da média, e uma, mediana. No quadro 7 é possível identificar a descrição do quantitativo dos entrevistados.

Quadro 7 – Sujeitos entrevistados (n=18).

Função	Tipo	Quantitativo
Diretor de Distrito Sanitário	Gestor	04
Diretor de Atenção Básica	Gestor	01
Diretor de Gestão do Trabalho	Gestor	01
Cirurgião-dentista	Trabalhador	03
Enfermeiro	Trabalhador	03
Médico	Trabalhador	03
Trabalhador do Nasf	Trabalhador	03
Total		18

Fonte: elaboração própria.

4.2.2.3 A análise dos dados

Para o tratamento dos dados qualitativos oriundos das entrevistas, foi utilizado o método da análise de conteúdo, definido por Bardin (2012) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que são empregadas para obter, com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Todas as entrevistas foram transcritas e devidamente validadas pelo pesquisador responsável. A análise do conteúdo foi conduzida por um olhar interpretativo dos dados, através dos seguintes passos de análise (BARDIN, 2012):

- a) Leitura dos materiais;
- b) Identificação e comparação das ideias e dos sentidos de cada resposta;
- c) Definição dos núcleos de sentido (significados atribuídos pelos sujeitos);
- d) Criação de hipóteses interpretativas.

Foram investigados os seguintes núcleos temáticos em relação ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, nos quais emergiram as categorias analíticas do estudo (quadro 8).

Quadro 8 – Categorias analíticas do estudo.

Categorias analíticas
A satisfação com o trabalho na ESF.
A finalidade do trabalho na ESF.
O objeto de trabalho na ESF.
As tecnologias de trabalho na ESF.
As fragilidades e as potencialidades na reorientação do modelo assistencial por meio do trabalho na ESF.

Fonte: elaboração própria

4.3 Síntese dos métodos e técnicas do estudo

Em síntese, esta pesquisa é um estudo de caso, de abordagem qualitativa e quantitativa. O emprego de métodos e técnicas de pesquisa combinados (triangulação de métodos) não os opõe, pelo contrário, eles se complementam e interagem. Além disso, permite suprir lacunas e tornar mais completa a coleta de informações realizadas em campo (MINAYO, 2010). Assim, buscou-se o diálogo entre os resultados obtidos, com a finalidade de produzir um informe único, que deve refletir não em informações justapostas, mas no

intercâmbio de teorias e métodos a favor do esclarecimento e do aprofundamento dos aspectos investigados. O quadro 9 sintetiza os métodos e as técnicas que foram utilizadas para se alcançarem os objetivos específicos deste estudo.

Quadro 9- Objetivos, método e técnicas do estudo.

OBJETIVO	MÉTODO	TÉCNICA
Analisar o objeto de trabalho de Equipes Saúde da Família.	<i>Qualitativo</i>	Entrevista
Analisar os instrumentos do trabalho de Equipes Saúde da Família.	<i>Qualitativo</i>	Entrevista
Analisar a finalidade do trabalho de Equipes Saúde da Família.	<i>Quali/quantitativo</i>	Entrevista
		Entrevista estruturada
Caracterizar os trabalhadores das Equipes Saúde da Família.	<i>Quali/quantitativo</i>	Entrevista estruturada
		Entrevista
Avaliar a articulação dos componentes do processo de trabalho de Equipes Saúde da Família.	<i>Quali/quantitativo</i>	Entrevista
		Entrevista estruturada

Fonte: Elaboração própria

4.4 Área do estudo

O município de João Pessoa – PB - é o local de realização do estudo de caso desta pesquisa, por ser a cidade onde o pesquisador reside e desenvolve atividades docentes na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010, no ano de 2010, João Pessoa tinha uma população residente urbana de 720.785 habitantes, e para o ano de 2013, essa população foi estimada em 769. 604 habitantes, o que a classifica como uma cidade de grande porte (BRASIL, 2014).

No que se refere à organização dos serviços públicos de saúde, a cidade estava demarcada territorialmente sob a forma de cinco Distritos Sanitários (DS), com 182 Equipes Saúde da Família, cinco centros de saúde, três Centros de Atendimento Integrado à Saúde (CAIS) - três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Laboratório Central, um Centro de

Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), um Centro de Testagem e Aconselhamento e quatro hospitais municipais. Essa configuração tem como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar.

Em João Pessoa, a ESF iniciou-se há pouco mais de uma década e cresceu, paulatinamente. Hoje é composta de 182 equipes, o que representa uma cobertura de, aproximadamente, 84% de sua população. É a segunda capital brasileira em cobertura. Ao longo desses anos, observa-se, concomitantemente, uma redução e alguns importantes indicadores em saúde, como a mortalidade infantil e a redução das internações por acidente vascular encefálico (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009).

4.5 Limitações

É importante que duas limitações deste estudo sejam assumidas. A primeira delas se refere à delimitação da população-alvo da investigação. Ao se definir como sujeitos do estudo os trabalhadores de nível superior da ESF foi excluída do estudo uma parcela importante dos trabalhadores que operacionalizam a ESF (pessoal de nível técnico e os Agentes Comunitários de Saúde). Porém, essa decisão de seleção amostral visou aprofundar o conhecimento acerca do perfil e processo de trabalho dos atores da ESF dos quais o investigador participa diretamente da formação na Universidade Federal da Paraíba.

No que se refere especificamente à definição da amostra de trabalhadores de nível superior da ESF que compuseram a amostra do componente qualitativo, a decisão de serem incluídos sujeitos de EqSF consideradas de referência pelos Diretores de Distritos Sanitários a partir de critérios pré-estabelecidos visou a identificação de informantes-chave, pode, em uma primeira análise, representar um viés de seleção. Porém, o objetivo geral do estudo justifica tal seleção, uma vez que se buscou a identificação das potencialidades da ESF na reorientação do modelo assistencial. Logo, a construção dos resultados da tese a partir da percepção destes trabalhadores pode desvelar a realidade de EqSF que realmente se dedicam aos objetivos deste modelo de atenção.

4.6 Implicações éticas

Foi solicitada a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para a realização da pesquisa (anexo C). O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, conforme prevê a determinação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (anexo D). Todos os participantes assinaram o TCLE (apêndice D). Os trabalhadores da ESF, do NASF foram identificados pela letra “T” e os gestores pela letra “G” e numerados aleatoriamente, visando garantir seu anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O perfil dos trabalhadores de nível superior da Estratégia Saúde da Família

Nesta seção, são apresentados e discutidos resultados de cunho predominantemente quantitativo, que objetivaram caracterizar os trabalhadores de nível superior da ESF (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) do município de João Pessoa, capital da Paraíba.

Para Costa et al. (2013), “a compreensão da ESF como reorientação do modelo assistencial significa também conhecer os atores sociais envolvidos nas equipes que integram a proposta de saúde da família”. Mendes-Gonçalves (1992) aponta que o objeto e os instrumentos de trabalho são intermediados pelos trabalhadores que, ao articular esses dois componentes do processo de trabalho, conferem-lhe intencionalidade.

Assim, investigações que abordem as características dos trabalhadores da ESF podem ser úteis para subsidiar discussões relacionadas à formação de trabalhadores para o SUS (desde a graduação até a educação continuada), ao aprimoramento da atenção oferecida pelas EqSF e até de critérios para processos seletivos para esse modelo de atenção (SOARES et al., 2014). Além disso, podem estimular reflexões acerca do planejamento de políticas públicas, em especial, as relacionadas à gestão do trabalho no âmbito do SUS.

5.1.1 Caracterização geral

Foram entrevistados 342 trabalhadores de nível superior da ESF. Desses, 127 eram enfermeiros (37,1%), 118, cirurgiões-dentistas (34,5%), e 97, médicos (28,4%). A maior parte da amostra (83,3%) foi constituída pelas mulheres (enfermeiras = 98,4%; cirurgiãs-dentistas = 82,2%; e médicas = 64,9%). A média de idade dos entrevistados foi de 45,8 anos (dp =13,6). A maioria dos sujeitos está concentrada na idade produtiva, e 18,4%, acima de 60 anos. Os médicos (26,8%) concentraram-se nas faixas etárias extremas, com 26,8% na dos mais jovens (22 a 29 anos) e entre os idosos (33,0%), enquanto os enfermeiros (80,3%) e a maioria dos cirurgiões-dentistas (71,2%) com idades entre 30 e 59 anos.

Tabela 3- Sexo e faixa etária da amostra, estratificados por categoria profissional (n=342) - João Pessoa, 2014.

Características	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentistas		Médicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Feminino</i>	285	83,3	125	98,4	97	82,2	63	64,9
<i>Masculino</i>	57	16,7	2	1,6	21	17,8	34	35,1
Faixa etária (anos)	n	%	n	%	n	%	n	%
22-29	54	15,8	11	8,7	17	14,4	26	26,8
30-39	75	21,9	34	26,8	23	19,5	18	18,6
40-49	65	19,0	29	22,8	28	23,7	8	8,2
50-59	85	24,8	39	30,7	33	28,0	13	13,4
60 ou mais	63	18,4	14	11,0	17	14,4	32	33,0

Fonte: Elaboração própria

Observou-se a feminização da força de trabalho de nível superior da ESF, o que é corroborado por estudos realizados em outras cidades do Brasil (MARSIGLIA, 2011; COSTA et al., 2013; ZANETTI et al., 2010). Esse resultado sugere uma reprodução no campo do trabalho em saúde do papel de cuidadoras assumido historicamente pelas mulheres na sociedade. Ao se considerar tal questão, o expressivo número de mulheres nos postos de trabalho de nível superior da ESF pode contribuir para o desenvolvimento de práticas cuidadoras, que se contrapõem às curativistas hegemônicas no setor de saúde.

O predomínio de mulheres nos postos de trabalho é umas das principais características de todo o setor de saúde mundial (MACHADO et al., 2011), onde elas assumem papéis tidos como de cuidadores, considerados socialmente femininos e inferiores hierarquicamente no campo da saúde (GUIMARÃES; HIRATA, 2014). Embora as mulheres também tenham sido maioria entre os médicos e os cirurgiões-dentistas, a feminização dessas profissões é um processo mais recente, quando comparadas com a Enfermagem (COSTA et al., 2010).

A média de idade da amostra foi superior à da verificada em outros municípios, assim como sua distribuição por faixa etária (COSTA et al., 2013; ZANETTI et al., 2010). Conseqüentemente, a média de tempo de conclusão do curso de graduação foi elevada, o que permite inferir que a maioria dos trabalhadores se graduou antes da mudança na formação superior para atender às necessidades do SUS, impulsionadas, principalmente, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área de Saúde, publicadas entre os anos 2001 e 2004.

A média do tempo de formação superior dos trabalhadores foi de 20,4 anos (dp=13,3); a dos médicos, de 18,9 anos (dp=16,8); a dos enfermeiros, de 20,4 anos (dp=10,5), e a dos

cirurgiões-dentistas, de 21,8 anos (dp=12,7). Foi observado que a categoria médica atua predominantemente na ESF nos períodos iniciais (41,2%) e tardios (40,2%) de sua carreira, enquanto os cirurgiões-dentistas (52,4%) e os enfermeiros (68,5%), no período de seis a 30 anos depois da graduação.

A partir dos resultados sobre a idade e o tempo de conclusão da graduação, emergiram duas questões. A primeira se refere à participação de idosos (18,4%) na força de trabalho da ESF, com destaque para a dos médicos, com cerca de 1/3 de trabalhadores com 60 anos ou mais. Para Vanzella, Lima Neto e Silva (2011), a inserção desse segmento populacional no mercado de trabalho deve ser analisada para além de ser uma fonte de renda complementar à aposentadoria, mas também como uma estratégia de rompimento do paradigma de que o envelhecimento está associado à improdutividade e à dependência.

A segunda foi a tendência dos médicos em atuarem na ESF nos períodos precoce e tardio da carreira profissional, reforçada pelo resultado do tempo de atuação na ABS, o que compromete sua fixação nos postos de trabalho, na criação de vínculos e nos investimentos em capacitação para atuar nesse nível de atenção. Esse cenário parece ser uma realidade da ESF em todo o Brasil e que vem de longa data. De acordo com a “Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos” (BRASIL, 2005), os médicos recém-formados se inserem na ESF por curtos períodos, até alcançarem uma vaga em um curso de residência. Depois da aposentadoria, exercendo especialidades, retornam à ESF como generalistas.

Esse retorno tardio aos postos de trabalho na ESF pode ocasionar a reprodução de um modelo de prestação de assistência baseado em práticas isoladas, centradas na doença, baseada em especialidades e dependentes de tecnologias, o que é ainda o padrão utilizado nos níveis secundário e terciário. Resultado semelhante foi verificado por Ney e Rodrigues (2012), cujo estudo demonstrou que parte dos médicos entrevistados em justificou sua continuidade ESF por estar em fim de carreira, prestes a se aposentar.

5.1.2 Características de Formação

No que diz respeito à formação, 77,2% dos entrevistados declararam que frequentaram, pelo menos, um curso de especialização - 43,3%, em Saúde da Família ou Medicina de Comunidade. Os enfermeiros (72%) declararam que investiram mais em capacitação *lato sensu*, nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva,

quando comparados com os cirurgiões-dentistas (61,1%) e os médicos (50%). A conclusão de Cursos de Residência (9,7%), Mestrado (2%) e Doutorado (0,3%) foi bastante incipiente entre os trabalhadores. O maior percentual de profissionais com residência foram os médicos (29,8%), principalmente nas áreas de Pediatria e de Ginecologia (51,8%). Na tabela 4, são apresentadas as características de formação da amostra.

A maior parte dos entrevistados investiu em capacitação depois da graduação e concluiu, pelo menos, um Curso de Especialização *Latu Sensu* na área de saúde, como o verificado por estudos anteriores (COSTA et al., 2013; MARSIGLIA, 2011; ZANETTI et al., 2011). Merece destaque, no município, o expressivo número de trabalhadores especialistas em Saúde da Família, Medicina de Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Pública, que, juntos, totalizaram 67,4% dos cursos realizados. Gil (2005) verificou que os enfermeiros se especializavam, principalmente, nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, e os médicos, em Áreas Clínicas, o que corrobora os resultados deste estudo.

Tabela 4 – Características de formação dos sujeitos em número e proporções, estratificados por categoria profissional (n=342) - João Pessoa, 2014.

(Continua).

Características	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentistas		Médicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tempo de graduação (anos)								
Até 5	70	20,5	12	9,4	18	15,2	40	41,2
De 6 a 10	40	11,7	18	14,1	16	13,5	6	6,2
De 11 a 20	54	15,8	32	25,2	18	15,2	4	4,1
De 21 a 30	73	21,3	37	29,2	28	23,7	8	8,2
31 ou +	105	30,7	28	22,1	38	32,2	39	40,2
Número de especializações lato sensu concluídas								
2	138	40,4	63	49,6	53	45	22	22,7
1	126	36,8	54	42,5	43	36,4	29	29,9
0	78	22,8	10	7,9	22	18,6	46	47,4
Área das especializações concluídas								
Saúde da Família/Medicina de comunidade	174	43,3	84	50,1	60	41,7	30	32,6
Saúde Coletiva/Saúde Pública	89	22,1	45	27,1	28	19,4	16	17,4
Outras	139	34,6	37	22,3	55	38,9	46	50

Tabela 4 – Características de formação dos sujeitos em número e proporções, estratificados por categoria profissional (n=342) - João Pessoa, 2014.

(Conclusão).

Número de residências concluídas	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
2	2	0,6	0	0	0	0	2	2,1
1	31	9,1	3	2,4	5	4,2	23	27,7
0	309	90,3	124	97,6	113	95,8	72	74,2
Área das residências concluídas	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Pediatria/Ginecologia</i>	14	38,2	0	0	0	0	14	51,8
<i>Medicina Preventiva e Social ou Saúde da Família</i>	10	28,5	2	66,6	0	0	7	29,6
<i>Outras</i>	11	31,4	1	33,3	6	100	5	18,5

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com Fiúza et al. (2012), a literatura especializada sinaliza que as Instituições de Ensino tendem a manter uma formação em saúde conservadora, centrada no modelo flexineriano, que não respondem às necessidades do SUS. A fragilidade desse modelo, pelo qual a maioria dos sujeitos desta pesquisa foi graduada, é mais evidente em relação às demandas na ESF. Nesse cenário de trabalhadores formados no período anterior ao SUS e de mudanças no perfil de egressos dos cursos de saúde, que acontece de forma lenta, a pós-graduação *latu senso*, majoritariamente teórica, emerge como uma alternativa para capacitar profissionais para atuarem na ESF, de maneira muito mais expressiva do que os cursos de residência (predominantes entre uma pequena parcela dos médicos entrevistados), Mestrado e Doutorado.

Iniciativas governamentais estão estimulando o aumento da oferta de vagas em programas de residência multiprofissionais e médicas para a ESF, o que favorece o treinamento em serviço, considerado o padrão-ouro para capacitação. Porém, para além do aumento na oferta de vagas, é necessário qualificar os processos de educação permanente, visando ao desenvolvimento de habilidades e competências coerentes com o trabalho esperado na ESF, além do compromisso profissional na efetivação de seus princípios e diretrizes do SUS.

5.1.3 Características de trabalho

Na tabela 5, são apresentadas características de trabalho dos sujeitos deste estudo. Quase a metade dos entrevistados (46,5%) trabalhava na ABS, considerando todas as suas experiências há mais de 10 anos. Esse percentual foi maior entre os enfermeiros (63,0%), que foram seguidos pelos cirurgiões-dentistas (40,7%) e pelos médicos (31,7%). A média de tempo de inserção na atual EqSF foi de 5,1 anos (dp=4,5) na amostra. Mais da metade dos enfermeiros (65,3%) e dos cirurgiões-dentistas (56,8%) estavam alocados na mesma EqSF há pelo menos três anos, enquanto os médicos (66,0%) estavam por períodos inferiores a três anos.

Tabela 5- Características gerais de trabalho dos sujeitos em números e proporções, estratificadas por categoria profissional (n=342) - João Pessoa, 2014

Características	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentistas		Médicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tempo de trabalho na ABS								
<i>Até 36 meses</i>	69	20,2	13	10,2	14	11,8	42	43,3
<i>De 37 a 120 meses</i>	114	33,3	34	26,8	56	47,5	24	24,7
<i>121 meses ou mais</i>	159	46,5	80	63	48	40,7	31	31,7
Tempo de inserção na atual EqSF								
<i>Até 36 meses</i>	159	46,5	44	34,6	51	43,2	64	66
<i>36 meses ou mais</i>	183	53,5	83	65,4	67	56,8	33	34
Tipo de contrato para a ESF								
<i>Estatutário</i>	125	36,6	72	56,7	35	29,7	18	18,6
<i>Contrato Temporário</i>	217	63,4	55	43,3	83	70,3	79	81,4
Número de locais de trabalho								
<i>1</i>	234	68,4	104	81,9	76	64,4	54	55,7
<i>2</i>	90	26,3	22	17,3	37	31,4	31	32
<i>3 ou 4</i>	18	5,3	1	0,8	5	4,2	12	12,3
Carga horária de trabalho semanal								
<i>40h</i>	234	68,4	104	81,9	76	64,4	54	55,7
<i>41 a 60h</i>	81	23,7	18	14,2	34	28,9	29	29,9
<i>61h ou mais</i>	27	7,9	5	3,9	8	6,7	14	14,4
Natureza dos locais de trabalho*								
<i>Públicos</i>	64	59,3	21	91,3	25	58,1	37	86
<i>Público e privado</i>	44	40,7	2	8,7	17	41,9	6	24
Locais de trabalho*								
<i>Assistência hospitalar</i>	64	48,5	20	83,3	6	12,2	38	64,4
<i>Assistência ambulatorial</i>	61	46,2	1	4,2	42	85,8	18	30,5
<i>Outros</i>	7	5,3	3	12,5	1	2	3	5,1

Fonte: Elaboração própria.

Avançando na análise da tabela 5, de maneira geral, os trabalhadores tinham experiência acumulada por anos trabalhados na ABS. Mesmo com a precarização do vínculo de trabalho, a maioria dos enfermeiros e dos cirurgiões-dentistas estava alocada na atual equipe por, pelo menos, cinco anos. Essa não foi a realidade desvelada para o profissional médico, o que sugere que é mais difícil fixar na ESF, o que foi reforçado pela análise combinada das variáveis idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de inserção na atual EqSF.

Esse resultado sugestivo de fixação de cirurgiões-dentistas e enfermeiros pode ser consequência da realização, em 2005, de um processo seletivo para a contratação de prestadores de serviços por meio de avaliação curricular e de entrevista. Os selecionados foram incorporados à ESF, por meio de contratação excepcional de interesse público, e os que têm interesse e se adéquam ao perfil do trabalho vêm tendo seus contratos renovados anualmente, a partir do entendimento das gestões municipais sobre a importância de vincular esses profissionais à ESF. Além disso, foi entre os enfermeiros o maior percentual de estatutários.

De acordo com Ney e Rodrigues (2012), evidências associam a dificuldade de fixação dos médicos na ESF a fatores como: incipiente regulação estatal sobre a profissão médica no Brasil, precarização dos vínculos de trabalho, formação voltada para as especialidades e, conseqüentemente, a busca por melhores remunerações. Apontam, ainda, que a expansão da ESF não foi acompanhada do planejamento adequado para gerir os recursos humanos e que, entre os profissionais de nível superior, os médicos são os detentores de mais poder de negociação, ocasionado pelas múltiplas alternativas que o mercado lhe oferece.

Logo, esses trabalhadores podem não investir em qualificação específica para atuar na ESF e adquirir tratamento diferenciado dos demais membros da equipe, com elevados salários e flexibilização da carga horária, esta última garantida pelo Ministério da Saúde. Porém, a flexibilização de carga horária não foi verificada para os médicos em João Pessoa, cuja maioria dedica 40 horas semanais à ESF.

No que se refere ao tipo de contrato trabalhista para a ESF, 63,4% dos trabalhadores da amostra tinham o temporário. Esse tipo de vínculo foi declarado por 81,4% dos médicos, 70,3% dos cirurgiões-dentistas e 43,3% dos enfermeiros. Dedicavam-se, na data da entrevista, exclusivamente à ESF, 68,4% da amostra. Entre eles, 81,9% dos enfermeiros, 64,4% dos cirurgiões-dentistas e 55,7% dos médicos. Conseqüentemente, jornadas de trabalho semanais

superiores a 60 horas foram declaradas por 14,4% dos médicos, 6,7% dos cirurgiões-dentistas e 3,9% dos enfermeiros.

A maioria dos entrevistados declarou estar vinculada à ESF através de contratos temporários de trabalho, principalmente os cirurgiões-dentistas e os médicos. Segundo evidências, essa é uma realidade vivenciada em todos os setores mundialmente (CAVALCANTE; LIMA, 2013). Na sociedade contemporânea, o trabalho se afastou de seu conteúdo e significado social, devido à influência do discurso neoliberal. Essa mudança pode ser percebida, entre outras características, pelo expressivo aumento de trabalhadores com vínculos estabelecidos por contratos com tempo determinado, temporários ou por jornadas parciais. Esse cenário favorece a desregulação da gestão do trabalho (MARQUES, 2013).

Essa tendência foi adotada no Brasil para o setor público de saúde a partir da reforma do Estado na década de 1990. Apesar dos inúmeros avanços do SUS, a precarização do trabalho tem se configurado como um dos seus principais desafios para a maior parte dos municípios brasileiros, em especial, para a categoria médica. Esse processo impacta diretamente nos trabalhadores e nos serviços oferecidos, portanto, é uma fragilidade para o desenvolvimento do SUS, que afeta negativamente a relação dos profissionais com o sistema, a qualidade e a continuidade dos serviços (CAVALCANTE; LIMA, 2013; MACHADO et al., 2011).

O vínculo estatutário é entendido como fonte de satisfação e de segurança, que favorece as relações com o trabalho e com a comunidade e o planejamento das intervenções produtoras de cuidado em longo prazo e uma melhor organização dos serviços. Com esses fatores, podem-se criar vínculos com a população, o compromisso e a corresponsabilidade entre trabalhadores, usuários e comunidade. Vínculos precários ocasionam menos envolvimento dos trabalhadores nos processos de trabalho, baixa qualificação e descompromisso com o atendimento, o que “resulta em evasão e desmotivação desses profissionais (FLEGELER et al., 2008).

Os enfermeiros (91,3%) e os médicos (86,0%) apresentaram um acúmulo de vínculos públicos, que se diferenciaram do declarado pelos cirurgiões-dentistas (48,1%). O ambiente de trabalho, além do da SF, mais frequentes entre os enfermeiros (83,3%) e os médicos (64,4%) foi o hospitalar, e o dos cirurgiões-dentistas (85,8%), o ambulatorial.

Outra característica observada neste estudo foi o elevado número de trabalhadores que se dedicam exclusivamente à ESF, totalizando 40 horas de trabalho semanal, semelhante ao verificado por Marsiglia (2011). Conforme discutido por Costa e et al. (2013), esse era um

resultado já esperado, visto que, em 2006, o Ministério da Saúde definiu a jornada de trabalho de 40 horas, divididas em dez turnos semanais para todos os integrantes das ESF, o que dificulta o acúmulo de vínculos empregatícios por estes trabalhadores.

Entre os trabalhadores de nível superior deste estudo que não se dedicavam exclusivamente à ESF, a maioria dos enfermeiros e dos médicos declarou um acúmulo de vínculos com instituições de natureza pública, sublinhando a importância do SUS no mercado de trabalho em saúde. Essas duas categorias desempenhavam atividades no ambiente hospitalar, predominantemente, enquanto um percentual maior de cirurgiões-dentistas declarou trabalhar no setor privado e no ambiente ambulatorial, o que reforça a inserção histórica dessas categorias profissionais no setor de saúde. Lima et al. (2013) justificam que os diversos vínculos são decorrentes das condições pessoais, laborativas e financeiras dos trabalhadores.

Essa configuração merece algumas considerações. Embora o presente estudo não tenha investigado como e quando esses trabalhadores da ESF efetivam seu trabalho em seus outros vínculos, pode-se deduzir que grande parte seja por meio de jornadas noturnas de trabalho, uma vez que a ESF, em João Pessoa, organiza-se, de segunda a sexta-feira, em duas jornadas diárias (manhã e tarde) ou durante os finais de semana. Assim, o acúmulo de locais de trabalho pode gerar sobrecarga e, conseqüentemente, quadros de adoecimento relacionado ao trabalho.

Maciel et al. (2010) sinalizam que jornadas de trabalho semanais superiores a 40 horas são um fator de risco para o adoecimento dos médicos e um indicador de precarização da vida e da assistência prestada por esses profissionais. Os mesmos autores discutem, ainda, que os múltiplos vínculos podem fragilizar o envolvimento do profissional com a comunidade que ele assiste e com as próprias questões do trabalho. Esses apontamentos podem ser extrapolados para as demais categorias profissionais envolvidas neste estudo.

5.1.4 Características de satisfação com o trabalho

Os dados quantitativos deste estudo verificaram um expressivo grau de satisfação com o trabalho na ESF por parte dos trabalhadores de nível superior de João Pessoa. A média das respostas do conjunto de sujeitos foi elevada, correspondendo ao valor de 8,5 (dp= 1,92), considerada elevada e próxima ao valor máximo para satisfação positiva do instrumento de

coleta de dados (valor = 10). Não foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p=0,07$) entre as médias nesta variável das categorias profissionais de nível superior da ESF.

As entrevistas confirmaram e possibilitaram qualificar o expressivo grau de satisfação com o trabalho na ESF em João Pessoa. Para os entrevistados, o seu trabalho na ESF é capaz de gerar realização pessoal. Como fatores que contribuíram para a sua satisfação, foram apontadas questões como o fato de estar na ABS ser uma opção para a carreira profissional, vocação para o trabalho junto a comunidades e famílias e a possibilidade de criação de vínculos com os usuários, o que sinaliza um rompimento com a assistência curativista e individual.

Trabalhar na Saúde da Família foi uma opção, uma opção assim muito bem pensada, eu já tinha escutado falar em saúde da família desde o tempo quanto teve seu princípio lá em Cuba e eu achava super interessante trabalhar em uma comunidade, acompanhar uma família, então sempre eu almejava um dia quando chegar aqui eu vou trabalhar no Saúde da Família. (T1)

Eu me sinto muito bem, realizada. Muito bem porque eu vou conhecer o paciente, a gente conhece o paciente, até os problemas que tem da sua casa eles repassam pra a gente, eles confidenciam pra a gente, então é como se fosse uma família mesmo, a gente trabalha aqui e vai até a casa dele também, como também muitas vezes traz pronta pra dentro da Unidade. (T10)

Esses fatores que contribuem para a satisfação com o trabalho na ESF apontados pelos trabalhadores entrevistados foram também indicados pelos gestores entrevistados como características do perfil procurado para trabalhadores da ESF. As transcrições a seguir ilustram esse resultado.

O perfil do Saúde da Família eu acho que são profissionais que precisam primeiro gostar de trabalhar com comunidade. Acho que esse é um papel fundamental. Entender que a pessoa vem até a Unidade ou que eles vão até o domicílio possui questões sociais e da família como um todo. (G1)

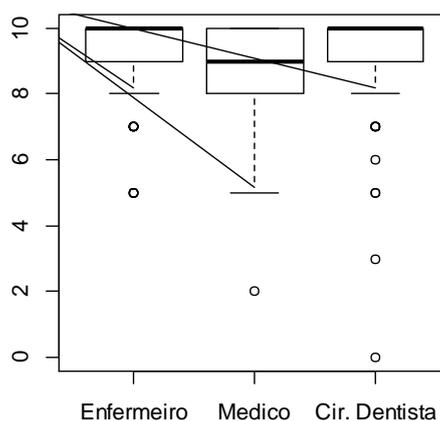
[perfil esperado pela gestão] Profissionais que tenham o efetivo perfil [...] gostar do que faz. Trabalhar no Saúde da Família requer essa habilidade de gostar sim de atuar no dia a dia, no cotidiano, de conhecer gente. (G6)

Algumas informações do componente quantitativo deste estudo ampliam também a compreensão de alguns fatores que podem ser considerados associados à satisfação com o trabalho na ESF. Foi questionado à amostra se a ESF era o local onde desejavam exercer a sua prática profissional, que apresentou média igual a 8,8 ($dp=1,86$). Ao considerarmos cada categoria profissional isoladamente, a média dos enfermeiros foi de 9,5 ($dp=1,29$), dos

cirurgiões-dentistas de 8,9 (dp=1,75) e dos médicos de 8,0 (dp=2,7). Essas diferenças entre as médias não foram estatisticamente significante ($p=0,07$).

A variável “estou orgulhoso do meu trabalho na ESF” obteve média de 8,9 para a amostra em geral e com diferenças estatisticamente significantes entre as categorias profissionais ($p=0,029$). Os médicos se diferenciaram dos enfermeiros ($p=0,013$) e dos cirurgiões-dentistas ($p=0,029$). Entre enfermeiros e cirurgiões-dentistas a diferença entre as medianas não foi estatisticamente significante ($p=0,07$). Conforme pode ser observado na figura 2, enfermeiros e cirurgiões-dentistas têm mais orgulho de seu trabalho na ESF quando comparados aos médicos.

Figura 2 – Boxplot da distribuição das respostas da variável “estou orgulhoso do meu trabalho na ESF” (n=342). João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

A variável “estou satisfeito com o reconhecimento de meu trabalho na ESF” obteve média um pouco mais baixa quando comparada às demais variáveis, sendo de 7,9 para a amostra em geral e sem diferenças estatisticamente significantes entre as categorias profissionais ($p=0,253$). A média dos cirurgiões-dentistas foi de 8,3 (dp=1,97), dos enfermeiros de 7,9 (dp=2,46) e dos médicos de 7,6 (dp=2,46).

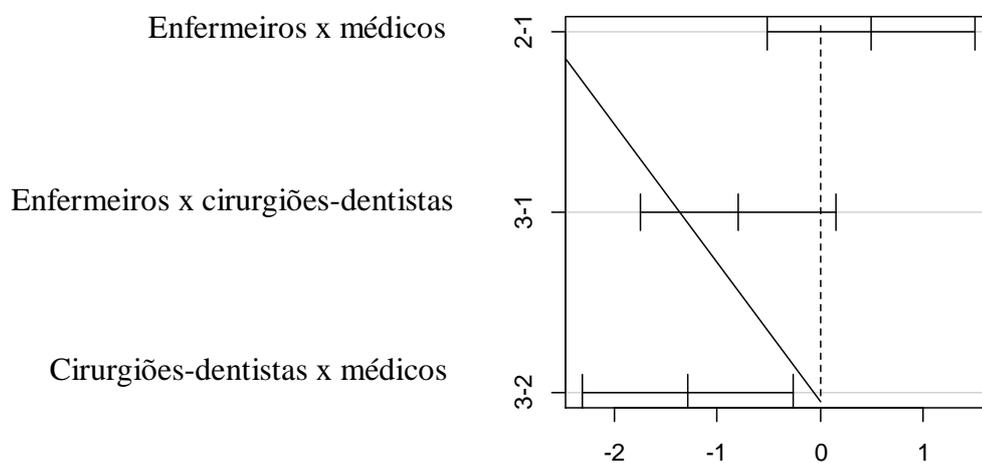
Como fator que compromete a satisfação com o trabalho, os trabalhadores de nível superior entrevistados sinalizaram uma questão objetiva importante - a questão salarial. Declararam que avaliam o valor pago é aquém do esperado ao se considerar as múltiplas atribuições dos trabalhadores da ESF. Indiretamente, um dos gestores entrevistados sugeriu que as questões salariais podem gerar insatisfação com o trabalho na ESF.

A atuação de um enfermeiro na Saúde da Família abrange praticamente tudo, todas as funções, fora a supervisão dos agentes de saúde que é de nossa competência, a supervisão do técnico em enfermagem. Além disso, toda a parte burocrática é atribuição do enfermeiro, que não tem uma melhoria salarial. (T10)

Porque eu acho que o trabalho na Saúde da Família vai muito além da questão salarial. É compromisso, tem que ter aquela coisa que eu falei no início, gostar do que faz. (G6)

Este resultado qualitativo em relação à insatisfação com salário foi confirmado pelos dados quantitativos. A média da amostra na variável “estou satisfeito com a minha remuneração para trabalhar na ESF” foi de 5,4 ($dp=3,17$) e a diferença entre as médias dos médicos (6,0) e cirurgiões-dentistas (4,7) foi estatisticamente significativa ($p=0,008$). A diferença entre a média dos enfermeiros (5,5), quando comparada à dos médicos ($p=0,479$) e à dos cirurgiões-dentistas ($p=0,122$), não foram estatisticamente significantes.

Figura 3 – Plot da distribuição das respostas da variável “estou satisfeito com a minha remuneração para trabalhar na ESF” (n=342). João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

Scherer, Pires e Schwartz (2009) apresentam que a satisfação se refere a um estado emocional de prazer, ocasionado por diversos aspectos do trabalho. Essa satisfação pode ser influenciada por percepções de mundo e expectativas pessoais, realidades e questões individuais dos trabalhadores. Consequentemente influenciam as formas de enfrentamento das tensões no ambiente de trabalho e na tomada de decisões na produção do cuidado. Para que os

serviços de saúde potencializem suas melhorias, é de fundamental importância que seus trabalhadores se sintam satisfeitos. Considerando-se que a ESF é a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial no Brasil e que vem oportunizando a inserção de um expressivo número de profissionais neste campo de trabalho, é de extrema relevância a condução de estudos que ampliem o debate sobre a satisfação com o trabalho, partindo do ponto de vista dos trabalhadores (TEÓFILO et al., 2013).

No presente estudo, evidenciou-se a influência de variáveis subjetivas, de caráter simbólico (vocação, opção profissional, criação de vínculos com os usuários, acreditar e estar orgulhoso do trabalho e sentir-se reconhecido) que se relacionaram com a promoção da satisfação com o trabalho na ESF e uma variável objetiva, de caráter concreto, como geradoras de insatisfação (remuneração). Logo, a temática satisfação com o trabalho se insere em campo complexo, onde questões pessoais subjetivas podem ser comprometidas por questões objetivas, de gestão de recursos humanos.

Neste contexto, vale destacar o apontado por Marqueze e Moreno (2005), que discutem que a satisfação com o trabalho pode ser fonte de saúde dos profissionais, bem como a insatisfação pode ser disparadora de prejuízos à saúde física, mental e social, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho.

Ao associarem sua satisfação à fatores subjetivos, emerge a discussão do papel das Instituições de Ensino Superior na formação de trabalhadores para o SUS. Deve-se pensar em Projetos Políticos Pedagógicos que valorizem o desenvolvimento de habilidades e competências para além da técnica, como por exemplo, o compromisso com SUS, o trabalho interprofissional, o respeito aos saberes de núcleo profissional de cada categoria, o entendimento do funcionamento articulado e interdependente em rede do sistema de saúde brasileiro, sem supervalorizar a técnica e o conhecimento especializado e biológico em detrimento ao conhecimento generalista e que incorpore o conceito de determinação social do processo saúde-doença.

De acordo com Caldeira, Leite e Rodrigues-Neto (2011), é necessário a (re)estruturação dos cursos de graduação da área de saúde. Para os autores as mudanças na formação devem ser capazes de desconstruir a ideologia mecanicista vigente. Com isso, pode-se almejar a transformação da subjetividade dos profissionais e estudantes, para que a prática seja verdadeiramente modificada.

Lima et al. (2014) encontraram resultados semelhantes ao verificado na cidade de João Pessoa. Assim, a realidade desvelada por este estudo parece ser também a de outros

municípios brasileiros. De acordo com autores, a satisfação com o trabalho na ESF é fortemente influenciada pela condição de se realizar um trabalho com o qual se tem afinidade, o “gostar do que se faz”, ser reconhecido por seu trabalho e pelo estabelecimento de vínculos com a população assistida, entre outros.

Ao considerarmos que a dificuldade de fixação de médicos na ESF é influenciada pela insatisfação com trabalho, Ney e Rodrigues (2012) verificaram que os fatores que favorecem a permanência desta categoria profissional no âmbito da ABS são poucos e relacionados com questões culturais e de valores pessoais, como por exemplo, a identificação com os princípios da ESF e o vínculo com as comunidades carentes.

A insatisfação com o salário recebido pelo trabalho na ESF e com a ausência de um plano de cargos e salário também foi verificada em estudos anteriores. Considerando estes resultados, é fundamental investir na valorização dos trabalhadores do SUS, em especial, o da ESF, que envolvam as questões salariais e as da construção e consolidação de planos de cargos e salários, para amenizar a insatisfação de profissionais. Também é necessário que se realizem estudos que busquem compreender as dificuldades para a definição de planos de carreira adequados nos municípios, o que parece ser uma realidade nacional.

A maior satisfação dos trabalhadores médicos verificada neste estudo com a questão salarial pode ser atribuída ao fato de que, conseqüentemente ao seu alto poder de barganha junto aos gestores para assumirem o cargo de médicos de família, recebem importantes incentivos financeiros para tal, o que diferencia seus salários dos demais trabalhadores de nível superior da ESF. Já o menor orgulho verificado neste estudo com o seu trabalho na ESF entre os trabalhadores médicos pode ser atribuído às representações e expectativas da carreira tanto para os médicos quanto para a sociedade, que são baseadas no retorno financeiro e nas práticas especializadas, o que não parece ser uma realidade no cotidiano de trabalho da ESF.

Para Assis, Alves e Santos (2008), é de fundamental importância que o Brasil avance na discussão e elaboração de políticas específicas de Recursos Humanos do setor saúde. Essas políticas devem ter como foco a desprecarização do processo de trabalho, regulamentação de planos de carreira, cargos e salários e valorização profissional. Tais intervenções certamente poderão impactar positivamente no processo de trabalho das EqSF, revertendo-se em benefícios tanto para os trabalhadores quanto para os usuários.

5.1.5 Síntese de resultados

Com este estudo, foi possível traçar um perfil dos trabalhadores da ESF da cidade de João Pessoa, através de variáveis objetivas (pessoais, de formação, de trabalho e satisfação) e subjetivas (satisfação com o trabalho). Algumas tendências verificadas em outros municípios foram reproduzidas, e algumas características foram específicas da população estudada. Foi confirmado o apontado por Marsiglia (2011), que a ESF se insere em um contexto diversificado e complexo.

Foram confirmadas a tendência de predominância de mulheres na força de trabalho em saúde e a inserção dos médicos na ESF nos períodos iniciais e finais de suas carreiras. Os entrevistados investiram em capacitação, por meio de especializações *latu senso*, em que se destacaram os trabalhadores da Enfermagem e da Odontologia. Já a modalidade de residência foi pouco declarada e foi mais frequente entre médicos e em especialidades diferentes das relacionadas à ESF.

De maneira geral, foi observada a fixação dos trabalhadores em postos de trabalho da ABS entre os entrevistados, porém, com médicos e cirurgiões-dentistas com períodos de tempo de até 36 meses na atual EqSF. Os contratos temporários foram os mais frequentes entre os entrevistados. Os enfermeiros declararam em menor número essa modalidade de vínculo trabalhista, o que refletiu em um expressivo percentual dessa categoria profissional dedicando-se exclusivamente à ESF. Já os médicos e os cirurgiões-dentistas afirmaram que acumulavam, predominantemente, carga de trabalho no nível hospitalar e ambulatorial, respectivamente.

Verificou-se um elevado grau de satisfação com o trabalho na ESF entre os trabalhadores pessoenses. Fatores de ordem pessoal e subjetiva contribuíram para este estado, como por exemplo, o fato de estar na ABS ser uma opção para a carreira profissional, vocação para o trabalho junto a comunidades e famílias e a possibilidade de criação de vínculos com os usuários.

O fator que influenciou negativamente a satisfação com o trabalho foi o salário. Indiretamente, um dos gestores entrevistados sugeriu que as questões salariais podem gerar insatisfação com o trabalho na ESF. Médicos se mostraram mais satisfeitos com seus salários que os demais trabalhadores entrevistados, porém, menos orgulhosos de seu trabalho.

É importante ressaltar que, com a construção dos resultados e sua discussão acerca do perfil geral dos trabalhadores de nível superior da ESF, no município de João Pessoa, não se teve a pretensão de esgotar a discussão sobre o tema, mas de iniciar o debate e instigar novas investigações com foco nos recursos humanos em saúde para esse nível de atenção.

Assim, conhecido o perfil dos profissionais da ESF, parte-se para apresentar a construção conceitual do objeto de trabalho na ESF por parte desses trabalhadores e discutir sobre ela.

5.2 O Objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Nesta seção, são apresentadas e discutidas as concepções emergentes na categoria analítica “objeto de trabalho na ESF” entre os trabalhadores de nível superior e os gestores entrevistados nesta pesquisa. Para Marx, o objeto é definido como aquilo sobre o qual o trabalho é realizado e que se transforma por meio da ação intencional do trabalhador (MARX, 1867). Para Mendes-Gonçalves (1992), o objeto de trabalho em saúde não é um objeto natural, porquanto se materializa por meio de um “olhar” que planeja um projeto de transformação.

Souza et al. (2010) apontam, a partir de sua revisão teórica, que, no caso do trabalho em saúde, o objeto é a pessoa ou grupos populacionais que, por meio da assistência dos serviços de saúde, transformam-se de acordo com a finalidade do trabalho de manutenção da vida, promoção da saúde e melhoras nas condições de adoecimento e sofrimento. Nesse contexto, é de extrema relevância se conhecer a construção conceitual do objeto de trabalho por trabalhadores da ESF, uma vez que é a partir dela que a matéria a ser transformada será identificada pelos serviços de saúde.

5.2.1 O objeto “usuário”

Os entrevistados, de maneira geral, apontaram como objeto de trabalho da ESF o sujeito, o indivíduo e o usuário, que se encontram adscritos em suas USFs e que têm necessidades em saúde específicas. Foi possível constatar que a centralidade no sujeito aponta para uma mudança na forma de se produzir o cuidado, porque os trabalhadores passam a organizar sua abordagem de acordo com o que o usuário necessita e não mais com o que eles têm a oferecer, abandonando o foco na doença.

Quando ele [o usuário] entra aqui na minha sala eu vejo ele como um todo. Nessa hora eu posso ver uma manchazinha na pelezinha dele, eu posso ver alguma coisa na unha, no peito, qualquer coisa eu já registro e já passo para o [nome do médico]. Eu

faço anamnese, e eu vejo o que é que ele veio procurar, não é o que eu tenho que oferecer. (T7)

Hoje, com a nova portaria do Ministério da Saúde, com a [portaria] 2488, ela diz que as unidades hoje têm que trabalhar o indivíduo, né, antes com a 648 era famílias, hoje é pessoas, indivíduos. (G4)

A centralidade nas necessidades do sujeito na organização, no planejamento e na execução do trabalho entre as ESF participantes deste estudo é uma forma de mudar o modelo assistencial. Historicamente, as práticas em saúde são construídas a partir da doença instalada abordada de maneira individual e descontextualizada da realidade dos usuários. Ao focar nas demandas singulares, a ESF avança na construção de uma assistência humanizada e capaz de responder às múltiplas necessidades de saúde de sua população adscrita.

Um dos fundamentos e dos princípios da PNAB (BRASIL, 2012) envolve a organização e a orientação dos serviços de saúde com base em uma lógica mais centrada nos usuários, o que também é apresentado como uma das características da APS por Starfield (2002). Assim, a ESF propõe-se a reorganizar o processo de trabalho em saúde, ao alterar o modelo hegemônico de uma assistência tendo como foco a doença, predominantemente biológica, para uma abordagem que responda às necessidades singulares dos usuários, apresentadas nos espaços reais onde os cidadãos constroem sua história e representam seu processo saúde-doença (ASSIS et al., 2011).

Para Ribeiro e Amaral (2008), a produção do cuidado centrada no usuário pode ser capaz de potencializar a assistência à saúde individual e coletiva, uma vez que aborda aspectos sociais e culturais nos quais os sujeitos estão inseridos, além de suas expectativas, o que os torna coparticipantes do cuidado. Alves (2005) afirma que a abordagem dos sujeitos, com suas necessidades singulares, deve ser alicerçada na articulação dos conhecimentos da clínica, da epidemiologia, da razão e da subjetividade. Logo, para essa autora, o acesso aos serviços da ESF deve ser definido de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, e não, com a oferta de serviços organizada e hierarquizada.

Alguns estudos, a partir da percepção dos usuários, apontam que a inversão do foco da doença para as necessidades dos usuários ainda não é uma realidade entre as EqSF. Ogata, Machado e Catoia (2009), ao investigar as representações sociais dos usuários acerca de três EqSF do município de São Carlos/SP, verificaram que, para os entrevistados, a ESF era um espaço onde é oferecido um atendimento humanizado, porém centrado na doença.

Silva e Fracolli (2014) concluem que as práticas, nesse nível de atenção na região da cidade de Alfenas/MG, ainda estão sendo efetivadas de maneira bastante tradicional. São

realizadas ações preventivas, centradas na saúde da mulher e da criança, sem espaço para a promoção da saúde e para a diversidade das necessidades da população atendida. Assim, é necessário entender como as EqSF estruturam seu processo de trabalho.

5.2.2 O objeto “usuário e sua família”

O reconhecimento do sujeito singular como objeto de trabalho da ESF foi associado à sua abordagem e de sua família. Considerar o núcleo familiar não significou para os entrevistados desconsiderar as necessidades individuais dos usuários, mas assumir a família como componente ativo no processo de produção do cuidado, ampliando tanto o “olhar”, que identifica necessidades, quanto o “fazer em saúde”, que intervém e corresponsabiliza para modificar.

Sobre a família, porque o nosso trabalho é orientado para a família. Porém, não deixamos de abordar o usuário como um indivíduo. É uma coisa atrelada a outra. O indivíduo como um todo, mas associado à família. (T8)

A família. É o contexto. É o indivíduo. Não dá para trabalhar a criança se não trabalhar a mãe, que é quem vai estar próximo. O pai, o cuidador, o avô. Muita gente acha que é só a pessoa. Não, e a casa? Como é que essa a situação de moradia? Quais são as condições financeiras daquelas pessoas? Então, é a família. (T3)

É o indivíduo dentro de uma família. Então, a gente tem que pensar ele como um todo. É o indivíduo que está inserido dentro de uma Unidade, que está no seu âmbito familiar, que lida com pessoas membros da sua família, que dependendo da situação por que ele passa, a família pode estar influenciando, enfim a gente faz uma avaliação como um todo. (T12)

Ao incorporar a relação entre o adoecimento individual e o núcleo familiar, os entrevistados ampliam a compreensão do processo saúde-doença. Produzir o cuidado tendo como objeto de intervenção a família é uma forma de reverter o modelo fragmentado, descontextualizado dos aspectos socioculturais e centrado na doença. Nesse contexto, é de *mister* importância que os conceitos de família, seus arranjos e possibilidades de intervenção, cujo o foco seja o núcleo familiar, adotados pelos trabalhadores da ESF sejam investigados e discutidos em profundidade. Algumas evidências científicas contribuem para ampliar o debate sobre essas temáticas, conforme apresentado a seguir.

O entendimento de que as situações de adoecimento ou saúde individuais e a família como unidade influenciam-se mutuamente já é consolidado (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011). A PNAB determina que uma das atribuições comuns a todos os membros das EqSF é o

desenvolvimento de práticas cuidadoras familiares por meio de intervenções que influenciem o processo saúde-doença dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2012). É no contexto familiar onde são vivenciadas e aprendidas questões relacionadas às práticas de cuidado com a saúde e hábitos de vida pela maioria dos usuários.

Uma das características da APS elencadas por Starfield (2002) é a orientação para a família, compreendendo e analisando o processo saúde-doença no contexto familiar e da rede social. Por meio do estabelecimento de vínculos e do conhecimento da história das famílias dos usuários com necessidades em saúde, os trabalhadores das EqSF podem ampliar sua percepção de demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que antes seriam ignorados por uma abordagem individualizada (MOIMAZ et al., 2011; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

De acordo com a categorização de abordagens da família na ESF proposta por Ribeiro (2004), estão presentes nas falas dos sujeitos entrevistados neste estudo três concepções de abordagem de família. Na primeira, *família/indivíduo*, a abordagem familiar se concretiza nas necessidades do usuário, foco da atenção. Nesse contexto, o núcleo familiar exerce influência positiva ou negativa no processo saúde-doença de seus membros, desempenha papéis e assume deveres e responsabilidades. Isso requer orientação e treinamento. A segunda é a concepção de *família/domicílio*, em que o ambiente, a infraestrutura material da família, as condições de cuidado desse universo são o foco de atenção. Por fim, a de *família/indivíduo/domicílio*, onde se fundem os sentidos/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio.

Adotar a família como foco da AB não garante que isso se efetive no cotidiano do processo de trabalho na ESF. Os diversos atores envolvidos na produção do cuidado nesse nível de atenção podem ter conceitos de família que ocasionam abordagens distintas. Essa possibilidade de multiplicidade de abordagens impacta no planejamento e na execução do cuidado e a orientação da formação de trabalhadores e, conseqüentemente, um entrave na abordagem integral das famílias adscritas, porque essa unidade que será cuidada não é suficientemente identificada (RIBEIRO, 2004).

Silva, Silva e Bousso (2011) realizaram uma revisão integrativa da literatura visando identificar o conceito de família e os fatores associados à abordagem familiar na ESF e concluíram que não era apresentado o conceito de família e não se encontravam orientações sobre como conduzir a ação profissional diante de questões levantadas sobre a dinâmica familiar nos documentos oficiais que orientam a ESF. Alencar et al. (2014), ao avaliar o enfoque familiar das ESF em São Luiz/MA, por meio da aplicação do PCATool a usuários,

gestores e trabalhadores, verificaram que, sob o ponto de vista dos usuários, o interesse por suas condições de vida e de suas famílias ainda não figura entre as questões investigadas pelos profissionais. Já os profissionais e os gestores referiram que essas questões são coletadas na maioria das vezes e que um expressivo percentual de prontuários médicos considerava o núcleo familiar.

A carência de estudos sobre a família na ESF, verificada por Silva, Silva e Bousso (2011), sinaliza o pouco interesse que ele desperta nos profissionais e na Academia. Associa-se à incipiente produção científica sobre o tema a indefinição conceitual de família e de abordagem familiar nos documentos oficiais e que existe a possibilidade de que não esteja acontecendo a diferenciação entre o cuidado de um indivíduo doente que tem uma família e o de uma família que tem um indivíduo doente.

Assim, as práticas em saúde podem estar sendo orientadas a partir de conceitos individuais que podem comprometer a efetivação do compromisso de mudança do modelo assistencial proposto pela ESF. Por essa razão, são necessários estudos e debates com as diversas esferas envolvidas. Estes devem visar elaborar um arcabouço teórico para nortear as políticas públicas, as práticas dos trabalhadores das EqSF e os processos de formação e educação permanente.

5.2.3 O Objeto “usuário e sua comunidade”

A inserção do usuário em sua comunidade também foi apontada como objeto de trabalho pelos entrevistados. O componente “comunidade” foi associado a uma ampliação da percepção do escopo de questões a serem consideradas pelos trabalhadores no processo saúde-doença dos usuários, que envolvem realidades como a violência e as condições de moradia e de saneamento, conforme ilustrado nestas falas:

O foco são as pessoas, é a comunidade. Só que a pessoa como um todo, não um indivíduo isolado, é a pessoa como um todo em sua realidade, como a violência que há no bairro, com a moradia, com o rio enchendo de vez em quando. Não só especificamente como uma pessoa, um indivíduo, é o seu conjunto. (T5)

Para mim, trabalhar Saúde da Família é você ter uma perspectiva de você não trabalhar só o indivíduo. É você trabalhar com a família no contexto social, econômico, o que vai influenciar na saúde e na doença, e que isso vai estar assentado no processo de trabalho. A saúde da família pra mim é isso, não ver o indivíduo isoladamente. Todo usuário tem as suas subjetividades, mas você aborda dentro do

contexto familiar, com uma história, com o processo que vai influenciar o processo saúde-doença. (T3)

Acho que a Saúde da Família, o objeto de trabalho dela é esse caldo social em que essas pessoas estão inseridas, porque se eu trabalhar só o paciente, ele senta e eu dou o remédio, eu não vou resolver o caldo social em que ele está inserido e muito provavelmente não vou resolver o problema que ele me traz. Agora, se eu trabalho no âmbito comunitário a chance de resolver isso é maior. (T9)

Ao associar às necessidades singulares dos usuários ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos, a ESF rompe radicalmente com o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde e passa a valorizar a multicausalidade. O processo saúde-doença é abordado para além da manifestação de sinais e sintomas determinados por alterações do equilíbrio homeostático e incorpora, na estruturação de suas práticas, o conceito de determinantes sociais que valorizam a relevância de múltiplos aspectos socioculturais. A partir desse olhar, evidencia-se a necessidade de uma abordagem integral da população adscrita à ESF e usuária do SUS e do estabelecimento de parcerias intersetoriais para a adequada assistência à saúde.

Considerando a indissociabilidade entre o indivíduo, a família e a comunidade presente nas entrevistas deste estudo, novamente é possível identificar a categorização de Ribeiro (2004) para a abordagem familiar na ESF. Aqui estão presentes as duas concepções: *família/comunidade* e *família/risco social*. Na primeira abordagem, consideram-se “as famílias”, definidas por parâmetros gerais de identidade e processo de viver, consequências do contexto, da inserção sociocultural e do ambiente físico da comunidade. As famílias têm responsabilidades com os problemas locais da comunidade, como, por exemplo, a violência e as condições de gerais de moradia. Na segunda, a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas em exclusão social, que vivem em comunidades periféricas.

A abordagem da concepção do objeto sujeito/comunidade traz à tona o conceito de determinantes sociais da saúde, uma vez que a ESF é colocada como uma ferramenta de orientação do Sistema Único de Saúde capaz de atender às necessidades da população a partir do entendimento de saúde como um direito social e a necessidade do enfrentamento dos determinantes sociais da saúde para promovê-la (GIOVANELLA et al., 2009). Para Buss e Almeida Filho (2007), embora existam diversas definições de determinantes sociais de saúde, todas elas assumem, em diferentes níveis de detalhes, uma conceituação generalizada de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas ao seu processo de saúde-doença.

Starfield (2002) apresenta que uma das doze características da APS é a orientação para a comunidade. Essa característica se refere ao contexto local de vida dos usuários, à consciência das necessidades de saúde no âmbito comunitário, o que demanda a necessidade de articulação com outros setores para promover mudanças positivas nas condições de vida e de saúde. De acordo com Arce e Sousa (2014), a ESF, ao considerar a saúde como qualidade de vida e capacidades humanas condicionadas socialmente, contribui fortemente para a construção de um novo modelo assistencial de saúde.

Dowbor e Westphal (2013) investigaram a situação do trabalho com determinantes sociais por EqSF do município de São Paulo/SP e constataram que as EqSF desenvolviam atividades dirigidas a questões relacionadas a problemas de educação, saneamento, lazer, alimentação, recursos sustentáveis, distribuição de renda, paz, emprego, habitação, segurança, transporte e ecossistema saudável. Esses autores destacam também o potencial da ESF na abordagem dos determinantes sociais da saúde, porém, apontam que é preciso organizar o processo de trabalho de forma que possa romper com as práticas individuais atuais ainda presentes no âmbito da atenção primária à saúde.

Além disso, a abordagem dos determinantes sociais da saúde deve se configurar como uma política de Estado, a qual requer, inclusive, “financiamento, sensibilização e capacitação dos profissionais para que possam desenvolver atividades, avaliar os processos e integrar atividades realizadas por outros setores de governo e pela sociedade civil” (DOWBOR; WESTPHAL, 2013, p. 778). O fragmento a seguir ilustra a sensibilidade dos trabalhadores da ESF em considerarem a articulação intersetorial em seu processo de trabalho:

Primeiro tem aquela consulta inicial para a gente identificar o problema e a gente ver a forma como vai trabalhar. Que tem certos procedimentos que dá para fazer no ambiente familiar mas tem procedimentos que a gente precisa fazer no consultório mesmo. Assim, é preciso articular o meio de transporte. Nós participamos da organização desse processo. (T7)

Nesse contexto, no âmbito da ESF, o trabalho deve ser capaz de ser articulado, promover ações intersetoriais, fortalecer vínculos com equipamentos sociais, manter no planejamento, na execução e na avaliação de suas práticas a associação entre desigualdade social e saúde. Assim, será possível implementar estratégias que fortaleçam a “luta pelos direitos à cidadania, à saúde de qualidade, o acesso à escolarização, a terra, ao trabalho digno, a salário e moradia, entre outros” (SANTANA et al., 2012), o que foi apontado pelos entrevistados neste estudo.

Silva e Rodrigues (2010) entendem que, para efetivar a intersetorialidade, é fundamental criar estratégias de comunicação que estabeleçam objetivos comuns entre os pontos de atenção à saúde e as áreas relacionadas. Com isso, viabiliza-se o planejamento de atividades que ultrapassem a negociação de ações e a transferência de responsabilidades. Para esses autores, isso “implica a superação das hierarquias institucionais e das relações de poder existentes entre as corporações profissionais, setores, políticas e segmentos sociais” (p.768).

5.2.4 Síntese dos resultados

A análise do conteúdo das entrevistas com os trabalhadores de nível superior e gestores no município de João Pessoa permitiu identificar uma categoria analítica para o objeto de trabalho na ESF. Trata-se da do reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares. Esse indivíduo apresentou-se associado a um núcleo familiar e a uma comunidade.

Porém, evidências de estudos anteriores apontam que a centralidade do sujeito contextualizado à sua família e a comunidade se apresenta em outras realidades da ESF com fortes traços de associação entre necessidades em saúde e a abordagem de quadros patológicos exclusivamente. Isso representa uma fragilidade para consolidar a mudança do modelo assistencial a partir da ABS.

Assim, depois de identificada a concepção dos entrevistados neste estudo do objeto de trabalho da ESF, avança-se para compreender os principais instrumentos de trabalho utilizados por eles para que se alcance a finalidade do trabalho na ESF.

5.3 Os instrumentos de trabalho na Estratégia Saúde da Família

A seguir, são apresentadas e discutidas as concepções emergentes na categoria analítica “instrumentos de trabalho na ESF” entre os trabalhadores de nível superior e os gestores entrevistados neste estudo. De acordo com Souza et al. (2010), para que o processo de trabalho em saúde alcance a integralidade, é necessário que o trabalhador compreenda seus instrumentos de trabalho e os utilize de maneira adequada, visando a uma assistência de boa qualidade, para atender às expectativas dos usuários e estabelecer vínculos, o que sublinha a relevância do estudo dessa temática.

Marx (1867) enuncia que os meios de trabalho se referem aos instrumentos que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho e lhe servem para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Para Mendes-Gonçalves (1992), no processo de trabalho em saúde, são utilizados dois tipos de instrumento: os materiais (equipamentos, materiais de consumo, estrutura física, entre outros) e os imateriais (os saberes, que articulam o trabalhador e os instrumentos). Merhy (2000) propõe que o trabalho em saúde dispõe de três tecnologias: as duras (equipamentos), as leve-duras (conhecimentos) e as leves (relacionais).

Para a elaboração dos resultados, foram adotadas a terminologia imaterial e a material. Não foi desconsiderada a tecnologia leve-dura, porém ela emergiu nas ações que efetivam a finalidade do trabalho na ESF, que são apresentadas na seção 5.4. Cabe destacar que os entrevistados neste estudo mostraram-se bastante familiarizados com as terminologias de tecnologias apresentadas por Merhy (2000), possivelmente, reflexo das diversas capacitações orientadas por este referencial oferecidas desde o ano de 2008 pela SMSJP para gestores e trabalhadores da ESF.

5.3.1 As tecnologias imateriais

Os gestores declararam que as tecnologias imateriais, ou, na terminologia proposta por Merhy (2000), as tecnologias leves, são as mais incentivadas a serem utilizadas pelas EqSF, e os trabalhadores entrevistados assumiram que ela é a mais utilizada em seu processo de trabalho na ESF. Os fragmentos a seguir ilustram esse resultado:

[Ao ser questionado qual tecnologia a gestão incentiva para uso na ESF] A tecnologia leve. Acreditamos que o diálogo cotidiano, a necessidade do acolhimento, o atendimento humanizado faz um diferencial, não é? (G6)

Principalmente a tecnologia leve, porque ela é fundamental. A gente trata do ser humano, não é? O ouvir, acolher e a tecnologia leve ela faz toda diferença. A falta de um insumo, de um soro, de um gaze, que por algum motivo de abastecimento não chegou hoje, mas vai chegar amanhã, não impede que o usuário seja bem recebido, seja bem orientado, seja encaminhando pra outro serviço, pra que seja realizado aquele procedimento. (T8)

Esse resultado sinaliza que é possível romper com a dependência das práticas em saúde baseada em recursos tecnológicos de alta densidade, que, quando mal utilizados, impedem o estabelecimento da relação trabalhador-usuário e comprometem a compreensão do processo saúde-doença de maneira ampliada a partir de espaços de diálogo e escuta.

Neste contexto, a ESF possui características privilegiadas que favorecem a incorporação das tecnologias leves, uma vez que se baseia no desenvolvimento de ações mais próximas ao ambiente comunitário e da família. A valorização das tecnologias leves no âmbito da ESF é capaz de promover tanto a ampliação da abrangência das ações em saúde quanto à possibilidade de geração de autonomia entre os usuários.

As tecnologias leves são as necessárias para estabelecer as relações interpessoais entre o trabalhador de saúde e os usuários. A incorporação dessas tecnologias nas práticas em saúde constrói um espaço dialógico, onde eles poderão expor suas necessidades e expectativas pessoais de modo singular. Esse processo é disparado a partir da escuta, do interesse, do estabelecimento de vínculos e de confiança e possibilita a apreensão da singularidade do processo saúde-doença e o contexto cultural e de vida dos sujeitos que procuram os serviços de saúde, que ampliam as possibilidades de raciocínio clínico nas práticas em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY, 2007, 2000).

Por meio delas, é possível estabelecer “práticas estáveis, pessoais e duradoras (longitudinalidade) e fortalecer os atributos que garantem à saúde da família um papel de destaque como estratégia para organizar o modelo de atenção à saúde” (AMORIM; ASSIS; SANTOS, 2014). Segundo Pinheiro e Oliveira (2011), as tecnologias leves são instrumentos de trabalho potentes para a mudança do modelo assistencial em saúde, que alteram a centralidade da atenção na doença e nos recursos tecnológicos para o sujeito e seu contexto social, com dispositivos relacionais que são capazes de mediar o planejamento e a execução da produção do cuidado.

Para Starfield (2002), a interação entre trabalhadores e usuários favorece o estabelecimento de relações de longa duração e, conseqüentemente, facilitam a efetividade da atenção primária. De acordo com a PNAB, a função central dos serviços de AB é de acolher e escutar os usuários e, a partir daí, oferecer propostas de intervenções positivas resolutivas de uma grande parcela das necessidades de saúde da população adscrita e/ou de reduzir o sofrimento e as comorbidades entre eles (BRASIL, 2012). Assim, a ampla utilização das tecnologias leves no âmbito da AB, conforme verificado por este estudo, encontra-se em coerência com a proposta da ESF.

A realidade desvelada pelas entrevistas nas equipes de referência deste estudo pode não ser a de parte das EqSF implantadas atualmente no território nacional. Atualmente, ainda se encontram inseridos na ESF trabalhadores com formação anterior à criação do SUS e das mudanças nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área de saúde, que visam

prepará-los adequadamente para atuarem baseados nos novos conhecimentos instituídos. Nesse sentido, novamente se destaca a necessidade de atividades de educação permanente, que são instrumentos essenciais para enfrentar as necessidades existentes no âmbito da ESF (MOURA et al., 2014).

5.3.2 As tecnologias materiais

As tecnologias materiais ou duras também foram apontadas como instrumentos de trabalho na ESF, tanto por gestores quanto pelos trabalhadores de nível superior entrevistados. De acordo com os gestores, tem existido um investimento na ampliação da oferta de ações nas USF ancoradas nas tecnologias imateriais. Isso amplia o escopo de ações das EqSF e viabiliza o acesso a esses serviços de maneira mais efetiva e resolutiva para a população. Porém, os trabalhadores de nível superior apontaram que existem problemas de acesso a essas tecnologias, o que compromete o seu processo de trabalho e impacta negativamente nas respostas às necessidades de saúde da população adscrita.

Então, muitas vezes, a gente é travado por essa tecnologia dura que a gente necessita, assim, de um aparelho mesmo, porque de certa forma para que a gente possa trabalhar, não vou dizer 100%, mas 50% a gente precisa de uma tecnologia dura. (T6)

E das tecnologias duras a gente tem umas coisas bem interessantes já colocadas. A gente já tem algumas Unidades aqui que a gente consegue fazer um eletrocardiograma, tem algumas Unidades que a gente já consegue lá mesmo fazer alguns testes rápidos, como o de sífilis, HIV, Hepatite. Tem outras Unidades que a gente faz coleta de exames laboratoriais, então tem essa tecnologia dura também, que favorece o cuidado. Não consegue ter isso em 100%, os testes não, tá 100%, também não. Os testes de gravidez é que é 100%. Os outros testes ainda não, então a gente tenta fazer com que a gente fomente isso para eles para poder aumentar a também a resolução, não é? (G1)

A importância das tecnologias materiais para o processo de trabalho em saúde é indiscutível. Trata-se de recursos tecnológicos que auxiliam tanto o diagnóstico quanto o tratamento e o acompanhamento de quadros patológicos já instalados. Como pode ser percebido, para os entrevistados, elas não são as ferramentas exclusivas ou mais utilizadas, porém são necessárias para o trabalho na ESF. De maneira geral, a incorporação das tecnologias duras ao processo de trabalho na ESF não deve ser entendida como uma fragilidade, mas como uma ferramenta que potencializa o escopo de possibilidades de

diagnóstico, intervenção e acompanhamento por EqSF inseridas em territórios mais próximos às comunidades.

O que deve ser considerado é que, historicamente, as tecnologias duras foram supervalorizadas, e isso comprometeu a relação entre o profissional de saúde e o usuário, que é favorecida pelas tecnologias leves. Quando o processo de trabalho em saúde é operacionalizado por um alto grau de dependência das tecnologias duras, tende-se a centrar o foco da atenção exclusivamente no adoecimento biológico, desconsiderando o contexto familiar e os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Assim, é importante que se reconheça a importância do uso combinado das tecnologias, a fim de potencializar a produção de um cuidado integral, resolutivo, humanizado, com vínculo e contextualizado às condições socioculturais dos usuários. Nesse sentido, Merhy (2003) argumenta que devem ser ofertadas aos trabalhadores da saúde todas as tecnologias necessárias para a produção do cuidado dos usuários. Nos casos em que sejam necessários para a abordagem do processo saúde-doença recursos de alta densidade tecnológica, é de fundamental importância que a condução desse processo seja mediada pelas tecnologias leves. Conforme assevera Santos (2010), “há de se considerar o uso adequado e racional das tecnologias leve-duras e duras, a fim de não tornar a relação entre o profissional e usuário, centrada em procedimentos, normas e prescrições”.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a ESF não deve ser entendida como uma alternativa de baixo custo, tampouco que simplifica as técnicas de cuidado, porquanto esta última é uma conquista importante do setor de saúde. Ao articular as tecnologias leves e duras, a ESF avança na possibilidade de reorientar o modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, ampliando a abrangência dos cuidados.

O comprometimento da disponibilização das tecnologias materiais, conforme foi apontado pelos trabalhadores de nível superior entrevistados, representa um entrave para o processo de trabalho das EqSF. E como esse modelo de atenção tem como objetivos, entre outros - que foram apontados pelos entrevistados, conforme poderá ser observado ao longo da apresentação e da discussão dos resultados da finalidade do trabalho na ESF - ser resolutivo e melhorar as condições de saúde da população adscrita, a ausência dessas tecnologias pode comprometer o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos usuários.

Chega agora tensiômetro, não tínhamos tensiômetro. Chegou dia de não ter termômetro. Estamos sem fazer citológico, vieram fazer agora, nos passamos mais de dois meses, eu acho, sem fazer citológico, sabe por quê? Falta papel pra forrar a mesa. (T1)

De acordo com Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011), para efetivar a contento as práticas produtoras de cuidado no âmbito da ABS, é necessário que sejam garantidos aos seus trabalhadores e usuários infraestrutura e equipamentos apropriados, o que confere suporte ao atendimento e qualifica a produção do cuidado. A organização dos serviços de saúde deve incluir tanto condições sociopolíticas e humanas quanto materiais, que viabilizem um trabalho de boa qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. Para esses mesmos autores, a ausência das tecnologias duras impossibilita a execução de ações de forma resolutiva e desgasta o profissional, devido à constante cobrança de respostas para as solicitações de manutenção e reposição.

5.3.3 Síntese dos resultados

Por meio das entrevistas com os trabalhadores de nível superior da ESF e os gestores municipais, foi possível constatar que tanto são empregadas as tecnologias imateriais quanto as materiais no processo de trabalho de EqSF. As tecnologias imateriais foram mencionadas como as mais utilizadas por trabalhadores e as mais estimuladas para ser incorporadas pelos trabalhadores da ESF e pela gestão municipal. Entre essas tecnologias, a escuta qualificada ocupou lugar de destaque entre os entrevistados. Foi apontada também a necessidade de utilizar tecnologias materiais que, no município de João Pessoa, vêm ampliando o escopo de possibilidades de ação no âmbito da ESF. Porém, os trabalhadores de nível superior declararam haver dificuldades no abastecimento de materiais e insumos em seu cotidiano, o que compromete seu processo de trabalho.

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), o objeto e os instrumentos de trabalho só se materializam em ações produtoras de cuidado pela intermediação de uma agente (trabalhadores). Assim, parte-se para a seção final da apresentação dos resultados e discussão, que se refere à finalidade do trabalho na ESF.

5.4. A finalidade do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Os gestores e os trabalhadores do setor de saúde são responsáveis por implantar, implementar, avaliar e executar *in loco* as políticas públicas de saúde (CEZAR-VAZ et al., 2009). Eles devem incorporar, no planejamento e na organização dos sistemas locais de saúde e em seu processo de trabalho, os princípios organizativos e doutrinários do SUS. Assim, pode-se eliminar o descompasso entre a finalidade do trabalho em saúde prescrito nos dispositivos normativos e o realizado no trabalho vivo em ato.

Karl Marx aponta que a finalidade do trabalho, ou como ele define, o trabalho em si, é de adequar uma atividade para se alcançar um fim determinado. Ela orienta a intencionalidade do trabalho para atender a determinadas necessidades humanas (MARX, 1867). No campo da saúde, em específico, o trabalho se materializa por meio da construção conceitual de sua finalidade (CEZAR-VAZ et al., 2009) e se reflete no planejamento e na execução das ações que visam atender às demandas em saúde da população.

Compreender a concepção dos trabalhadores e dos gestores municipais da finalidade da ESF pode contribuir para se entender como o trabalho se materializa nesse modelo de atenção à saúde e identificar mudanças no modo de se produzir cuidado nesse nível de atenção. A seguir, são apresentadas e discutidas as concepções emergentes na categoria analítica “finalidade do trabalho na ESF” entre os trabalhadores de nível superior e os gestores entrevistados nesta pesquisa.

5.4.1 A porta de entrada no Sistema Único de Saúde

A concepção da função da ESF, como porta de entrada no sistema de saúde, foi unânime entre os trabalhadores e os gestores entrevistados. Segundo os relatos, trata-se da entrada principal para os usuários, com ampla cobertura, conforme ilustrado pelos fragmentos a seguir:

Seria uma das portas de entrada desse usuário, e a porta principal, mais aberta [...].
(T3)

Antes de passar por qualquer lugar, ele vai ter que passar pelo Saúde da Família. Então, a porta de entrada vai ser aqui [na ESF]. (T2)

A gente coloca o papel da Saúde da Família como o papel de porta de entrada do acesso à rede, entendeu? (G1)

É onde se dá a articulação e o início da entrada do usuário na rede de atenção à saúde. (G6)

Para Starfield (2002), a porta de entrada é o local onde é realizado o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, onde se encontram profissionais que o orientam quanto ao seu estado de saúde. A ESF, de acordo com a PNAB, configura-se como o acesso preferencial ao SUS, e nela, espera-se que seja oferecida à população uma atenção integral à saúde, com impactos positivos na situação de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde coletivos (BRASIL, 2012).

O conceito de acesso aos serviços de saúde se relaciona a quatro dimensões: as necessidades de saúde da população, a demanda para os serviços de saúde, a oferta e a utilização desses serviços. Assim, pode ser considerada como uma condição para que os usuários utilizem os serviços quando necessário (BONELLO; CORRÊA, 2014). A literatura aponta evidências da consolidação da ESF como porta de entrada preferencial do SUS, é o primeiro local procurado para o cuidado quando os usuários adscritos necessitam de assistência à saúde (BONELLO; CORRÊA, 2014; MENDES et al., 2012, ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Em fevereiro de 2015, de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), 5.296 municípios brasileiros (aproximadamente 95% do total) tinham a ESF implantada, cobrindo cerca de 116.911.056 habitantes (aproximadamente 57% do total). Com esses números, verifica-se que a ESF representa uma importante ferramenta de ampliação e garantia do acesso aos serviços de saúde. No município de João Pessoa, essa questão é expressiva, uma vez que, aproximadamente, 80% de sua população encontra-se adscrita a uma de suas 180 equipes Saúde da Família, percentual superior à média nacional.

Os resultados de um estudo, em quatro capitais brasileiras, que tinham mais de 50% de sua população coberta pela ESF, apontaram que a ESF foi adotada com o objetivo de provocar mudanças no modelo assistencial a partir da Atenção Básica, configurando-se como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, visando construir um complexo integrado de serviços de atenção à saúde (GIOVANELLA et al., 2009).

5.4.1.1 O acolhimento

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o conceito de acolhimento envolve o reconhecimento por parte dos trabalhadores da saúde do que os usuários apresentam aos serviços como legítimas e singulares necessidades de saúde (BRASIL, 2009). De acordo com o que foi referido nas entrevistas, a entrada dos usuários nas USF ocorre, principalmente, por meio do acolhimento.

Neste estudo, o acolhimento foi descrito acontecendo em dois momentos do processo de trabalho das EqSF. O primeiro deles seria no início do turno de trabalho, quando a demanda espontânea é recebida pelos trabalhadores por meio de uma escuta qualificada, que se aproxima da concepção de classificação de risco.

O segundo foi que esse momento de escuta deve acontecer em todos os espaços onde ocorra o encontro do usuário com a EqSF. Isso potencializa a criação de vínculos, o trabalho em equipe e a resolutividade da assistência no âmbito da ESF. Além disso, fica evidente que a demanda espontânea é organizada a partir dessa atividade, orientando o processo de trabalho das EqSF de acordo com as necessidades de seus usuários, conforme ilustrado por estes fragmentos:

Estruturalmente a gente tem o acolhimento, então é uma pessoa que fica ali fazendo a escuta. Ela escuta todas as pessoas que chegam e tenta encaminhar, dentro da Unidade, para uma resolução. (T1)

O acolhimento é a qualquer hora, na maneira como você recebe a pessoa, como você escuta a pessoa, só o fato de você escutar já está agradando as pessoas, você não pode chegar e tratar as pessoas de determinada maneira, tem que ser educado, tem que ser receptivo. E tem que tentar ver o que ela quer, a necessidade da pessoa. Se por acaso há necessidade imediata tenta resolver logo, e se não pode se deslocar para outro dia, desde que a pessoa saia mais ou menos contente com o atendimento que a gente fez. O acolhimento é receber bem a toda hora. (T9)

A PNAB (BRASIL, 2012) prevê que a realização do acolhimento, por meio de uma escuta qualificada capaz de identificar riscos e necessidades de saúde, e a análise de vulnerabilidades visando a uma assistência resolutiva à demanda espontânea é uma atribuição de todos os membros da ESF. Assim, o acolhimento é estruturante da relação trabalhadores/serviços com usuários/populações. Deve ser operacionalizado por meio da escuta qualificada sobre as necessidades dos usuários, principal instrumento de trabalho

apontado pelos entrevistados deste estudo, visando garantir o acesso a tecnologias e a níveis de atenção adequados, ampliando a efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para Coutinho, Barbieri e Santos (2015), o acolhimento é um mecanismo fundamental para a APS, porém, ele não se encontra devidamente sistematizado nos serviços de atenção à saúde. Macedo, Teixeira e Daher (2011) concebem que o acolhimento é capaz de nortear o processo de trabalho e inclui a afetividade, o vínculo e a participação dos usuários. A inserção da prática do acolhimento no cotidiano dos usuários pode contribuir para mudar a cultura em que os serviços de saúde são acionados pela população exclusivamente para o tratamento de agravos, além de promover a conscientização para os usuários da variedade do cardápio de serviços oferecidos pela ESF.

A partir dos resultados de uma revisão sistemática da literatura, Coutinho, Barbieri e Santos (2015) afirmam que, para trabalhadores da saúde, o acolhimento representa uma prática de recepção aos usuários, considerando a integralidade da assistência, ocasionada pela resolubilidade da necessidade apresentada pelo usuário dentro da USF ou por seu encaminhamento adequado. Ele se configura como um dispositivo para atender à demanda espontânea e garantir o acesso dos usuários aos serviços, e quando realizado por uma escuta qualificada, potencializa a capacidade resolutiva da ESF (SILVA; ROMANO, 2015).

Tais questões apresentadas encontram-se também descritas na PNAB (BRASIL, 2012), o que é sugestivo de um alinhamento entre o trabalho prescrito e o trabalho vivo em ato verificado no presente estudo. Com isso, é possível se sugerir que, a partir da escuta qualificada dos usuários realizada durante o trabalho na ESF, que as ações ofertadas por essas EqSF estejam sendo organizadas com base na inversão da lógica oferta-demanda historicamente empregada nos serviços de saúde do Brasil.

Para Lopes et al. (2015), o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado. Conforme apontado por Macedo, Texeira e Daher (2011), ele envolve um conjunto de atividades que objetivam reconhecer as necessidades de saúde da população adstrita e as possibilidades de resolvê-las. De acordo com Rocha e Spagnuolo (2015), não existe um lugar específico destinado ao acolhimento, portanto ele acontece em todos os espaços possíveis, dentro ou fora da USF. O acolhimento efetivado por meio dos dois momentos identificados no estudo desta tese indica que os trabalhadores entrevistados se mantêm sensíveis às necessidades singulares de seus usuários durante todo o seu processo de trabalho, o que contribui para integralizar a assistência.

Silva e Romano (2015), ao analisar o acolhimento em USF do município do Rio de Janeiro, descrevem-no como uma atividade desenvolvida por determinado grupo de profissionais que assumiam a responsabilidade de receber e direcionar os usuários dentro das unidades. Assim, era possível escutar os motivos que levavam o indivíduo a procurar o serviço de saúde naquele momento.

Esse modelo foi o verificado tanto na análise das entrevistas quanto pelas observações descritas no diário de campo para as EqSF deste estudo, no que se refere à atividade realizada no início dos turnos de trabalho. Convém enfatizar que, quando realizado exclusivamente nessa configuração de classificação de risco, o acolhimento assume um caráter pontual, não é transversal a todos os momentos de encontro entre trabalhadores e usuários e diferencia-se do verificado em João Pessoa.

Ressalte-se, porém, que, em uma das EqSF estudadas, o acolhimento dos usuários realizado no início dos turnos de trabalho é feito, exclusivamente, pelo profissional médico. Segundo as entrevistas, o caráter multiprofissional desse momento conta com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) apenas para organizar os usuários para terem contato com o médico, o que fragiliza a potencialidade de mudanças nas práticas em saúde da ESF.

Meu acolhimento, por exemplo, quem faz meu acolhimento? Eu. Enfermeira não vai ao acolhimento, dentista não vai ao acolhimento. Os ACS pegam os nomes dos usuários. Eu vou fazer o que? Vou pra reunião: - Gente, meu acolhimento está assim, está me desgastando muito. Eu saio de lá de 2:30 pra começar a atender, quando é de manhã, aí saio da unidade 6 ou 6:30 da noite! Gente, gente, eu não posso, todo mundo é adulto, eu não posso obrigar você a fazer algo que você sabe que é do seu papel. Então eu assumo, quando eu vejo que não, aí eu assumo. (T5)

Mas a escuta qualificada em si, [nome da EqSF] está restrita a do médico, a enfermeira ela não se coloca no processo, não fala, já até conversei sobre isso com ela e ela já levou um pouco pra enfermeira pra conversar, porque a escuta qualificada é uma atribuição do profissional de nível superior. Mas está acontecendo só com o profissional médico e eles estão tentando conversar e chegar em um acordo. Os ACS vêm junto e auxiliam, mas quem escuta, quem organiza tudo é o médico. (T8)

As principais consequências da escuta qualificada médico-centrada se referem ao empobrecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde e a possível verticalização das relações de poder, o que conduz os demais membros da equipe a se submeterem a uma lógica predominantemente desencadeada pela percepção médica. Essa recepção qualificada das demandas dos usuários deve ser realizada por todos os membros das EqSF, para induzir a mudanças positivas no processo de trabalho através da integralidade e seus dispositivos, entre eles, o acolhimento.

Quando realizado por equipe multiprofissional, desloca o eixo de ação final da escuta qualificada da consulta médica, amplia a incorporação dos conhecimentos de todos os trabalhadores da EqSF e potencializa a qualidade da assistência. Nesse sentido, é de *mister* relevância que o profissional médico reconheça as limitações de seu olhar sobre o processo-saúde e a importância do trabalho interprofissional (GARUZI et al., 2014).

A análise das entrevistas foi capaz de demonstrar que a principal tecnologia imaterial utilizada pelos trabalhadores das equipes investigadas neste estudo foi a escuta, conforme os fragmentos a seguir. De acordo com os relatos, a escuta qualificada se apresentou como estratégia estruturante das ações produtoras de cuidado, e isso evidenciou a criação de vínculos e de relações de confiança, de onde emergem as reais necessidades de saúde do usuário.

Eu trabalho mais a parte de escutar. Ouvir a necessidade do paciente. Às vezes o paciente vem com um objetivo aqui, e quando você abre o espaço pra diálogo, a gente descobre outras coisas. É mais a escuta. (T2)

A gente [EqSF] procura trabalhar no sentido de utilizar tecnologias leves, desde uma conversa, em uma palestra, em uma ação [...] Uma escuta qualificada, desde uma sala de espera, então a gente procura enfatizar a tecnologia leve. (T4)

Ao se colocarem como ouvintes das demandas oriundas dos usuários, os trabalhadores da ESF podem potencializar a configuração de um novo modelo assistencial em saúde, adequando suas respostas às verdadeiras necessidades de saúde dos sujeitos e contextualizadas a sua família e comunidade. A escuta possibilita então o rompimento com as práticas em saúde baseadas nas técnicas e instrumentos para uma prática relacional.

A PNAB (2012) menciona como uma das atribuições das EqSF a realização do acolhimento com a escuta qualificada dos usuários que procuram as USF, visando à assistência resolutiva e humanizada, com a criação de vínculo e compromisso de acompanhamento longitudinal. Conforme apontado pela Política Nacional de Humanização – PNH, a escuta qualificada é aquela capaz de proporcionar uma análise da demanda espontânea a partir das queixas, das angústias e das preocupações dos usuários, para garantir a atenção à saúde integral, resolutiva e responsável por meio da articulação da rede interna de serviços da ESF ou das redes externas, com outros serviços de saúde, para continuar a assistência quando necessário. Além disso, ela aproxima a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação aos seus cuidados com a saúde (BRASIL, 2012).

Raimundo e Cadete (2012) investigaram as representações sociais de “escuta” em profissionais de nível de superior de um hospital de Belo Horizonte/MG e constataram que o “escutar”, sob o ponto de vista dos entrevistados, transcendia o “ouvir”, porquanto as palavras ditas eram contextualizadas, e os usuários lhes atribuíam sentido. Para os autores, os profissionais do estudo tinham algum conhecimento acerca dos atributos e das habilidades da escuta qualificada e reconheciam que ela potencializa a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, promovendo a interação humanizada com usuários, familiares e a comunidade, e a escuta qualificada é condição fundamental para uma intervenção ética e política, tanto em relação aos problemas de saúde quanto à efetivação do SUS.

Embora o presente estudo não tenha entrevistado usuários das EqSF, evidências apontam contradições entre a percepção destes e as de trabalhadores e gestores. Lira (2014) realizou uma pesquisa avaliativa quantitativa no município de São Luís – MA - que envolveu 882 usuários, 80 profissionais da área de saúde e 32 gestores da ESF. De acordo com seus resultados, para os usuários, não há escuta qualificada, uma vez que eles não se sentem ouvidos. Para os profissionais e gestores, ela é satisfatória. A autora discute que o fato de o usuário não ser percebido como um ser humano completo, a não participação dos profissionais da ESF nos casos de encaminhamento para outros serviços, o baixo interesse na opinião do usuário sobre seu tratamento e sobre suas condições de vida e família contribuem para que o estabelecimento do diálogo com a criação de vínculos e de responsabilização não ocorra, e isso compromete a qualidade da escuta qualificada. Logo, esta questão merece ser aprofundada em novos estudos no município de João Pessoa.

5.4.1.2 A ordenação do fluxo de usuários na rede de assistência à saúde

Uma característica dessa função de porta de entrada fortemente apontada pelos entrevistados foi a de ser responsável pela ordenação do fluxo de usuários na rede e da coordenação do cuidado. Essa finalidade se materializou em falas que apontaram o papel do trabalho da ESF na articulação entre os pontos da rede, favorecendo o cuidado contínuo e integral da população adscrita, realizada por trabalhadores instalados em unidades de saúde próximas ao contexto sociocultural dos usuários e de suas famílias.

[A função da ESF] é ser a porta de entrada das pessoas daquela comunidade. Então, eu acho que é organizar o atendimento de saúde praas pessoas que estão regionalizadas, territorializadas naquela unidade de saúde. É possibilitar que esse

acesso seja oportuno, tentar tratar de uma maneira equânime os problemas, tentar agilizar problemas que são muito graves e não vão ser resolvidos aqui. Tentar fazer essa articulação. (T7)

Desde a Atenção Básica, há essa comunicação com a rede, que é proporcionada dentro do Município de João Pessoa, que a gente sempre busca essa comunicação no sentido de que o cuidado seja contínuo, desde o usuário dentro da nossa Unidade do Saúde da Família até o seu direcionamento para a própria rede que o município oferece, como também o retorno para nós, já que a gente tem esse contato, e estando no nosso território, esse contato contínuo através dos profissionais, sejam eles médicos, enfermeiro e agentes de saúde, que fazem esse acompanhamento. (T12)

É onde se dá a articulação e o início da entrada do usuário na rede de atenção à saúde. Então, hoje eu visualizo a Saúde da Família como o eixo estruturante da saúde como um todo. (G6)

A rede de atenção à saúde é conceituada por Mendes (2010) como uma organização poliárquica de grupos de serviços de saúde, unidos por uma finalidade única e que operam de maneira cooperativa e interdependente. Para esse autor, ela permite a oferta de um cuidado à saúde contínuo e integral e deve ser coordenada pela atenção primária à saúde. A coordenação, em sua essência, refere-se à disponibilidade de informação a respeito de situações e serviços de saúde utilizados pelo usuário, uma vez que ela está intimamente ligada às necessidades atuais (STARFIELD, 2002).

Institucionalizando esses conceitos na organização da rede de atenção à saúde no SUS, a PNAB estabeleceu como uma das funções da ESF a ordenação das redes de cuidado, através do reconhecimento das necessidades de saúde. A partir daí, elas são organizadas em relação aos demais pontos da rede, e isso contribui para que a programação dos serviços de saúde seja elaborada de acordo com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

Ao se considerar o acesso aos serviços de saúde pela população, a ESF se apresenta tanto como porta de entrada quanto como serviço de primeiro contato com a rede de assistência à saúde próximo ao contexto sociocultural onde vivem os seus usuários. Assim, a ESF “tornou-se um posto avançado do SUS, lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam” (CECILIO et al., 2012). Para que a atenção primária alcance resultados positivos em relação às condições de saúde dos usuários, deve atuar em todos os determinantes do processo saúde-doença, ou seja, no meio físico e social onde os sujeitos vivem e trabalham (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, a PNAB prevê que a ESF deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2012), o que corrobora os resultados encontrados neste estudo.

Fausto et al. (2014) enunciam que, a partir da análise do banco de dados nacional do PMAQ-AB, as EqSF estão atuando no território nacional cada vez mais como porta de entrada preferencial no SUS, com a finalidade de organizar as demandas para a atenção especializada. Para que se alcance a integralidade no cuidado, é importante que a APS reconheça as múltiplas necessidades de saúde de seus usuários. Porém, deve-se também compreender que ela é apenas um dos componentes da rede de atenção à saúde e, a partir dos recursos de que dispõe, presta assistência para os problemas mais comuns e encaminha os usuários, quando necessário, para outros serviços (STARFIELD, 2002).

Um estudo de caso em quatro capitais brasileiras que representavam experiências consolidadas de implantação da ESF verificou que, para os entrevistados (gestores, gerentes, trabalhadores e usuários), o acesso aos pontos da rede de assistência com serviços especializados acontecia, principalmente, através do encaminhamento pela ESF. Esse resultado foi considerado como um indicador positivo de integração da rede, visto que organiza o fluxo para a atenção especializada (ALMEIDA et al., 2010).

Uma barreira apontada para a devida organização do fluxo de demandas pela ESF pelos trabalhadores entrevistados foi a dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção quando os usuários são referenciados, o que resulta em longos períodos de espera para a continuidade do acompanhamento, possivelmente consequência da oferta restrita de alguns serviços, o que impacta negativamente no trabalho na ESF. A partir desse resultado, é possível afirmar que a ampliação do acesso no nível primário não foi acompanhada pelos demais níveis de atenção.

Às vezes a gente tem dificuldade para encaminhar para um serviço especializado. Não é com muita rapidez. (T6)

[...] na saúde da família eu acho que nós temos uma porta ampla hoje. Mas a porta ela se afunila. E isso é um grande problema. Se bem que, se a gente pensar mesmo, ela é pra afunilar, mas dando apoio e dando tudo que aquele usuário precisa, não é? Então se afunila e dali só vão sair alguns casos pra nível secundário e terciário da rede de atenção á saúde. Mas só que a nossa rede é estreita demais e não dá essa governabilidade, não dá essa integralidade, ela não contempla com tudo o que o usuário precisa. E aí ela encharca. (T1)

É de certa forma uma rede um pouco ampla, mas que na sua totalidade quando a gente, os usuários precisam, falta ainda muita vaga. Acho que precisa ainda se ampliar mais, porque a gente tira isso pela marcação, problema de marcação. A gente vê muito usuário reclamando da demora, tem muito exame, muita consulta especializada, passa três meses, tem uns já passando seis meses. Tem gente que já passou um ano esperando uma consulta. Então, eu acho que precisa se ampliar mais, precisa surgir mais vagas, mais profissionais, para que consiga atender a demanda, a necessidade da população. (T2)

O acesso aos serviços de atenção secundária é considerado um importante entrave para a efetivação do SUS e caracterizado como um “gargalo” da rede de atenção à saúde. A partir do entendimento de que o SUS se organiza por meio de uma rede integrada e interdependente, os serviços secundários são de fundamental importância para a resolubilidade e a integralidade do cuidado, razão por que é urgente que se ampliem as formas de acesso a consultas e a procedimentos nesse nível de atenção (ERDMANN et al., 2013).

Conforme apontado por Sousa et al. (2014), o descompasso entre a oferta e as demandas para os serviços de saúde é um fator que favorece a ampliação das iniquidades em saúde. Além disso, o acesso restrito e fragmentado aos serviços especializados pode revelar uma incipiente configuração de rede de atenção à saúde.

Essa realidade desvelada neste estudo não pode ser considerada uma característica isolada para a cidade de João Pessoa. Segundo entendem Fausto et al. (2014), a PNAB encontra desafios para se consolidar, entre outros, em questões relacionadas à integração da ESF à rede de atenção à saúde em seus diversos níveis. Esses autores, a partir do banco nacional do PMAQ-AB, sinalizam que ainda “persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada”. Macedo e Martin (2014), ao investigar os significados de integralidade para trabalhadores da APS, evidenciaram que um dos entraves apontados em seu estudo para a efetivação do acesso no SUS foi a falta de vagas nos serviços do nível secundário e do terciário.

Outra dificuldade enfrentada pelos trabalhadores para a efetivação da ESF como porta de entrada estruturante da rede de atenção à saúde e capaz de garantir a continuidade do cuidado foi a falta de um sistema de referência e contrarreferência entre os serviços que a constituem.

Eu vou lhe dizer que eu tenho em 10 anos de PSF, eu tenho guardado, duas contrarreferências, que eu digo que são troféus, duas. [...] Cadê? Ele mandou alguma coisa? – Não doutora, só passou isso mas não disse nada e disse que eu continuasse aqui o acompanhamento. Isso é rede? (T1)

A gente gostaria que a contrarreferência viesse, para dar continuidade. Tem que ouvir a opinião de um especialista, pra continuar o processo em termos de tratamento, coisa desse tipo. (T6)

A gente nunca tem a contrarreferência. É um problema porque pré-natal mesmo, a gente encaminha pro alto risco, mas a gente nunca sabe o que é que está acontecendo. A gestante uma vez ou outra volta aqui, vem fazer uma consulta, aí tem que estar perguntando Mas, e aí, está conseguindo fazer, está fazendo pré-natal?. Pelo menos no cartão eles ainda anotam uma consulta, mas aí eles não mandam uma contrarreferência pra a gente: Olha, recebi a gestante, está assim, assim, foi feita uma ultrassom, ela apresenta isso, isso e isso, vai continuar a ser acompanhada aqui,

a gente não recebe essa contrarreferência. A gente consegue se chegar a eles, mas a gente não consegue ter o retorno. (T2)

Tal realidade indica um comprometimento no mecanismo de funcionamento e comunicação entre os pontos da rede, que dificulta a coordenação do cuidado pela ESF. Embora os trabalhadores da ESF tenham reconhecido seu papel no funcionamento da rede, os resultados sugerem que os demais níveis de atenção ainda operam suas práticas de maneira isolada, fragmentando o cuidado dos usuários.

A informação é um fator fundamental para a coordenação do cuidado. Nesse contexto, a referência e a contrarreferência desempenham um papel fundamental, porque garantem o trânsito de dados sobre o usuário, suas condições de vida e saúde e as intervenções e orientações realizadas pelos profissionais que o abordaram (BRASIL, 2012). Esse fluxo organizado e formal de informações parece ser um problema histórico para consolidar a atenção integral e continuada no SUS.

Escorel et al. (2007), ao estudarem dez municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes, verificaram a necessidade de melhorias no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde. Azevedo e Costa (2010) também apontaram fragilidade no sistema de referência e contrarreferência no município de Recife/PE. Para Machado, Calomé e Beck (2011), esses dois sistemas ainda não se encontram consolidados no SUS, o que coloca o usuário a mercê de um sistema de saúde ineficiente.

Essa característica, também encontrada no presente estudo, sinaliza a persistência em práticas assistenciais típicas do modelo biomédico e a necessidade de induzir mudanças de concepção acerca da organização em rede dos serviços de saúde pelos trabalhadores dos níveis secundário e terciário. Assim, reflexões acerca da continuidade do cuidado ao usuário, no âmbito da ESF, devem ser conduzidas, para que os trabalhadores se comprometam mais e compreendam que devem visualizar o funcionamento integrado da rede de assistência à saúde sem se limitar a uma abordagem isolada de cada profissional.

Para Costa et al. (2013), os trabalhadores da média e da alta complexidade da rede de atenção à saúde podem, em muitos casos, não reconhecer a relevância do funcionamento articulado em rede e da ESF como coordenadora do cuidado, fruto de uma formação especializada e, acrescentam os autores, descontextualizada dos princípios e das diretrizes do SUS. Nesse sentido, Escorel et al. (2007) sugerem que devem ser implementadas estratégias eficazes de comunicação entre os níveis primário, secundário e terciário, que visem ampliar a

relação de confiança e de credibilidade dos trabalhadores da ESF nos especialistas, para que o usuário possa retornar ao generalista e garantir a continuidade do cuidado.

Os gestores entrevistados, embora reconheçam, assim como os trabalhadores, a insuficiência de vagas para determinados serviços, atribuíram as restrições de acesso aos demais níveis de atenção mais fortemente a um excesso de encaminhamentos desnecessários dos trabalhadores da ESF. Este resultado pode ser considerado uma consequência da hegemonia de décadas de formação superior em saúde fragmentada, que supervalorizava a especialidade e os exames complementares.

Algumas especialidades a gente identifica que têm mais dificuldade em relação a vagas do que outros. E aí a gente vai começar um movimento agora de diálogo com esses profissionais da Atenção Básica no sentido de estar ressignificando até os nossos encaminhamentos [...]. Será que realmente todos esses encaminhamentos que eu faço serão efetivamente necessários? A gente está fazendo um mapeamento de todos os encaminhamentos da nossa rede e identificar onde existe acúmulo de certos especialistas e por que tal equipe encaminha muito mais pra um certo especialista enquanto que outra equipe tem o número de encaminhamentos muito menores e é muito mais resolutiva. (G6)

[A ESF] deve ter uma resolutividade evitando que os usuários cheguem aos outros níveis de complexidade sem a real necessidade. (G2)

A literatura especializada aponta que, historicamente, a formação de profissionais para o setor de saúde foi baseada em uma concepção tecnicista do cuidado, tendo como foco a cura e o tratamento de doenças, desconsiderando a realidade social dos indivíduos. Esse modelo de formação favorece uma prática hospitalocêntrica e especializada (SILVA; SANTANA, 2015). Apesar dos avanços na organização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, ainda prevalece no Brasil o curativista e médico-centrado “sob uma forte influência do complexo médico-industrial, o que ocasiona uma demanda crescente e irracional de serviços de alta densidade tecnológica” (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Tais evidências destacam a influência do ultrapassado modelo de formação flexneriano na organização e na efetivação das práticas na ESF.

Franco e Júnior (2004) referem que parte dos encaminhamentos realizados pelos trabalhadores médicos da ESF para os serviços especializados são prescritos sem que se esgote a capacidade resolutiva assistencial no âmbito da APS. Albuquerque et al. (2011) verificaram que o excesso de encaminhamentos oriundos da ESF foi também uma questão apontada por gestores do município de Recife. Essa realidade pode ser o reflexo de “um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos exames, medicamentos e consultas especializadas” (FRANCO, JÚNIOR, 2004). Além disso, coloca

em questão a discussão acerca do grau de resolubilidade esperado para o trabalho na ESF e o apresentado no cotidiano das EqSF.

5.4.1.3 A capacidade resolutiva da Estratégia Saúde da Família

Tanto os trabalhadores quanto os gestores entrevistados reconheceram a relevância da capacidade resolutiva esperada da ESF. De acordo com as falas a seguir, existe a expectativa de que as ações, nesse nível de atenção, sejam capazes de resolver, aproximadamente, 80% das necessidades de saúde apresentadas por seus usuários. Porém, os gestores, de maneira mais expressiva, também afirmam que esse percentual ainda representa um desafio, visto que ainda não foi possível alcançá-lo no município.

[...] seria tentar fazer a resolução dessa grande porcentagem dos problemas desse processo saúde-doença da população. [...] as vezes não é tão alta, mas a gente tenta dar o subsídio necessário para que ela tenha uma perspectiva de pelo menos maior que 60% de resolutividade, apesar de que a gente tem toda a questão do Ministério de colocar 80, 85%, mas a gente pelo menos se chegar a 60, 70% de resolutividade, para a gente, já..., já é um bom ganho. (G1)

Que a estratégia de saúde da família consiga dar resolutividade a pelo menos o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que seria de 80%, né. Nossa expectativa é essa, mas na realidade, hoje, isso não vem acontecendo. (G2)

[...] porque há casos que a gente resolve aqui e casos que não resolve lá. A grande maioria dos casos a gente resolve aqui. (T11)

[...] acho que oitenta a noventa por cento mais ou menos da atenção básica tem como dar resolução aos problemas de saúde da comunidade. (T2)

Teoricamente, eu deveria resolver oitenta por cento das coisas que passam por mim. (T9)

Para Turrini, Lebrão e César (2008), a resolutividade é um indicador de avaliação dos serviços de saúde construído com base nos resultados obtidos do encontro entre usuário e trabalhador da saúde. Embora o percentual de resolução de aproximadamente 80% das demandas que chegam às Unidades de Saúde da Família tenha sido apontado pelos entrevistados neste estudo, no Brasil, não há consenso sobre qual seria a resolutividade esperada dos serviços de APS (ALMEIDA, FAUSTO, GIOVANELLA, 2011).

A PNAB (BRASIL, 2012) não sugere nenhum número percentual para a resolutividade da ESF. Esse documento define que a ESF deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da sua população adscrita ou se responsabilizar pela resposta

adequada para eles por outros pontos da rede. Porém, como, neste estudo, esse percentual de resolutividade de cerca de 80% também foi apontado por trabalhadores de outras capitais brasileiras - Aracaju, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Tem-se observado, na literatura especializada, a utilização da avaliação das internações por causas sensíveis à APS (ICSAP) como um indicador da efetividade das ações desse nível de atenção. Elas são um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiu o risco de internações (AFRADIQUE et al., 2009). Assim, os resultados desses estudos podem sugerir, por meio de indicadores objetivos e robustos, o grau de resolutividade da ESF. Os estudos mencionados a seguir ilustram a associação entre a cobertura pela ESF e a redução das ICSAP, o que sugere a resolutividade de suas ações.

Maciel, Caldeira e Diniz (2014), com o objetivo de verificar se o aumento da cobertura da ESF impactava nas taxas de ICSAP, conduziram um estudo ecológico, de análise longitudinal retrospectiva, com dados documentais de fontes oficiais do estado de Minas Gerais no período entre 2003 e 2012. Seus resultados indicaram que, em Minas Gerais, no período estudado, houve uma redução no número de internações gerais e uma redução significativa nas ICSAP. Os autores destacaram que a redução das ICSAP ocorreu simultaneamente ao aumento da cobertura populacional pela ESF. Então, foi possível atribuir alguma correlação, mesmo que indireta, do impacto da ESF sobre a redução das internações hospitalares no Estado.

Pitilin et al. (2015), ao analisar as ICSAP específicas da mulher, em um município de médio porte do estado do Paraná, concluíram que grande parte das internações das mulheres do estudo era considerada sensível à atenção primária e que a organização local da rede dos serviços de saúde relacionada à baixa cobertura populacional pela ESF resultou em associação com elevadas ICSAP. Marques et al. (2014), ao analisar a evolução temporal da internação de idosos por condições sensíveis à APS do estado do Rio de Janeiro, verificaram importante queda das ICSAP entre esse grupo populacional e a correlação negativa entre as internações e os indicadores de acesso à atenção primária.

Uma questão referente à dificuldade de efetivar sua finalidade de ser resolutiva verificada neste estudo foi a expectativa dos usuários baseada no modelo hospitalocêntrico em relação ao trabalho em saúde. A não reprodução desse modelo pela ESF acarreta em alguns usuários e trabalhadores o sentimento de descrédito das ações nesse nível de atenção, que,

muitas vezes, não encontram nesse espaço as respostas idealizadas para suas demandas assistenciais.

Às vezes, eu não tenho a anuência do paciente pra resolver o problema dele, porque ele não confia no que eu faço. E não é só ele, é todo um sistema que não confia no trabalho da Saúde da Família, que acha que é só um paliativo, que quem vai resolver mesmo é um grande centro ou um hospital, e eu acho que essa é uma visão muito disseminada, tanto na mídia quanto na carreira da saúde, quanto nas pessoas que são atendidas pelo serviço. (T9)

E a gente vê que eles [usuários] não levam muito a sério isso [o trabalho da ESF], entendeu? Estou lhe dizendo que eu estou com uma vitória no aleitamento materno, porque eu estou conseguindo ele agora, [depois de] dez anos. Mas também eu me empenhei muito mais, confesso. (T1)

É muito complexo a gente lutar para que esse modelo se efetive, uma vez que a gente trabalha com toda uma cultura mesmo da população, que ainda está focada no atendimento médico, naquele modelo hospitalocêntrico de consultas, onde procuram aquelas unidades quando a doença está instalada. (G7)

Infelizmente a comunidade, a população ainda não percebe muito qual a diferença entre a atenção básica e a atenção secundária, a gente nota que às vezes chega casos aqui que eles querem que a gente resolva, mas de uma complexidade um pouco maior, então infelizmente eles ainda não sabem muito bem lidar com isso. (T2)

A percepção dos usuários sobre a resolutividade do cuidado em saúde ainda é baseada no modelo biologicista e fragmentado, construída, em parte, pelo que é oferecido na prática pelos serviços e profissionais na rede de atenção à saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011), conforme já discutido antes. Estudos corroboram esse resultado da cidade de João Pessoa.

Nery et al. (2010), a partir dos resultados de um estudo qualitativo com usuários da ESF no município de Jequié, na Bahia, apontaram que sujeitos da pesquisa evidenciaram também dificuldade de entender o funcionamento da ESF. Marqui et al. (2010), por meio de um estudo qualitativo com trabalhadores da ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul, objetivando caracterizar as EqSF e identificar as dificuldades enfrentadas em seu processo de trabalho, identificaram que uma fragilidade apontada pelos sujeitos da pesquisa se referia à falta de compreensão da população quanto à proposta de produção do cuidado pela ESF. Os autores atribuem esse resultado à:

[...] não-politização da população, ao não conhecimento de seus direitos de cidadão, à não participação dos usuários nos processos decisórios em saúde, à carência ou inexistência de atividades de sensibilização e educação em saúde quanto à proposta da estratégia, à ansiedade dos profissionais em enquadrar as queixas dos usuários em

condutas biomédicas e, ainda, à inflexibilidade na gestão (MARQUI et al., 2010, p.960).

A implantação da ESF não garante a reorganização da rede de atenção à saúde, por isso é preciso considerar as especificidades de cada município, onde se destacam, entre outras, as expectativas médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com os serviços de saúde e seus modelos anteriores de acesso e consumo à assistência.

Esta parece ser outra questão histórica relacionada à ESF, já apontada por estudos anteriores (CAETANO; DAIN, 2002). Para Almeida et al. (2011), o investimento em capacitação profissional é de fundamental importância para se potencializar a capacidade resolutiva e a qualificação da ESF, o que contribui para melhorar o *status* e a reputação dos trabalhadores da APS perante a população e os trabalhadores dos demais níveis de atenção da rede. Para esses autores, é necessária e urgente a implementação de estratégias locais e nacionais que visem aumentar a visibilidade do trabalho e valorizar os trabalhadores da ESF.

5.4.2 Melhorar as condições de saúde da população

Outra finalidade do trabalho da ESF que emergiu pela análise das entrevistas dos trabalhadores e dos gestores foi a melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos usuários adscritos. Essa percepção já era esperada, porque é uma finalidade do trabalho em saúde de maneira geral, e não, uma característica exclusiva do que é desenvolvido na APS.

Melhorar a qualidade de vida das pessoas, melhorar a saúde das pessoas e contribuir não só em relação à saúde, até para abrir os olhos para orientar como melhorar, até ensinar um caminhozinho que você pode chegar lá para descobrir certos atalhos para conseguir melhoras pra seu bairro e sua comunidade de maneira geral. (T5)

[Quanto às expectativas do Distrito Sanitário em relação à ESF] A responsabilização pelos usuários que estão naquela adscrição das Unidades deles. E aí, essa responsabilização, que eu acho que é a mais fundamental, é em relação a tudo que se dê naquela comunidade. Seja todas as questões envolvendo a saúde, a questão da gente pensar na melhoria de moradia, de educação, porque tudo isso vai influenciar na questão da saúde, ou de até fazer o seu autocuidado. (G1)

Este resultado contextualiza as melhorias das condições de saúde da população extrapolando a concepção reducionista da saúde, como ausência de doença, incorporando em suas falas e práticas questões do modelo de determinação social da saúde. Além disso, sugere

que o cuidado produzido nesse nível de atenção deve estimular os usuários a terem autonomia em relação aos seus problemas de saúde e da comunidade onde vivem.

Merhy et al (2004) asseveram que a finalidade de qualquer trabalho em saúde é o “ato de cuidar”. Vasconcelos (2008) define o cuidado como o comprometimento a partir da identificação das necessidades passíveis de ser enfrentadas de acordo com suas exigências. Para Anéas e Ayres (2011), o tema cuidado em saúde tem sido abordado no campo da Saúde Coletiva, com base em duas concepções aparentemente antagônicas: uma baseada na instrumentalidade, centrada em procedimentos e no tecnicismo técnico, e outra, nos aspectos relacionais no encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

A partir da análise dessas vertentes, esses autores defendem que a possibilidade de o cuidado em saúde se efetivar na prática é possível com a incorporação do seu sentido ontológico: o homem sempre cuida. Então, considerando o exposto, a produção do cuidado, a partir de ações realizadas durante seu trabalho na ESF apresentadas e discutidas ao longo da apresentação e da discussão dos resultados deste estudo, tem para os entrevistados a intenção de melhorar as condições de saúde da população adscrita em seus territórios.

No Brasil, a Atenção Básica se caracteriza por ser um conjunto de ações (materialização da finalidade do trabalho) individuais e coletivas, cuja finalidade é de oferecer à população atendida uma atenção integral capaz de impactar positivamente nas condições, nos determinantes e nos condicionantes de saúde e na autonomia das pessoas (BRASIL, 2012). Cezar-Vaz et al. (2009), ao fazer uma descrição qualitativa do sistema de significados atribuídos por médicos e enfermeiros da cidade de Pelotas/RS sobre a finalidade do trabalho na ESF, verificaram que os sujeitos entrevistados concebem a finalidade de seu trabalho como melhoria das condições e da qualidade de vida, o que também foi verificado por este estudo e é corroborado pela PNAB (BRASIL, 2012).

5.4.2.1 A determinação social do processo saúde-doença e autonomia

Dois aspectos relevantes que emergiram nas falas dos entrevistados merecem ser discutidos teoricamente: a incorporação do conceito de determinação social da saúde e de geração de autonomia aos usuários na definição da finalidade do trabalho na ESF. Trata-se de questões que sinalizam fortemente uma mudança de paradigma de produção do cuidado, que rompe com a concepção instrumental, tecnicista, autoritária e vertical da produção do cuidado em saúde.

Buss e Almeida Filho (2007) definem os determinantes sociais da saúde como sendo a relação das condições de vida e de trabalho com a situação de saúde de indivíduos e grupos populacionais. Para Sant'anna et al. (2010), eles são uma complexa rede multifatorial que “condiciona o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo” e reflete sua inserção em um tempo e um espaço. Assim, o paradigma de determinação social da saúde rompe com o modelo biologicista e incorporando aspectos, entre outros, sociais, culturais e econômicos no processo saúde-doença.

Para mim, trabalhar Saúde da Família é você ter uma perspectiva de você não trabalhar só o indivíduo. É você trabalhar com a família no contexto social, econômico, o que vai influenciar na saúde e na doença, e que isso vai estar assentado no processo de trabalho. A saúde da família pra mim é isso, não ver o indivíduo individual, assim, você tem as suas subjetividades, mas você vê dentro do contexto familiar, com uma história, com o processo que vai influenciar todo aquele contexto. (T3)

A concepção de autonomia diz respeito à possibilidade de reconstruir, por meio das práticas em saúde, da significação do modo de viver dos sujeitos para satisfazerem às suas necessidades de forma ampliada (CECÍLIO, 2001). A PNAB indica que às EqSF o desenvolvimento de autonomia individual e coletiva, visando melhorar a qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2012). Assim, conforme apontado por Santos (2010), ao estudar o processo de trabalho das ESF na produção do cuidado dispensado aos usuários com hipertensão arterial, o trabalho das ESF deve favorecer a corresponsabilização dos sujeitos e suas famílias, durante o enfrentamento de agravos à saúde, na perspectiva de superar as práticas cuidadoras fragmentadas e densamente tecnológicas, protocolares. Nesse sentido, emergem novas formas de pensar, planejar e executar as ações de saúde, a fim de fortalecer a autonomia dos usuários e modificar a postura e a conduta dos trabalhadores da área de saúde.

O papel da Saúde da Família não é resolver todos os problemas das pessoas, mas é dar ferramentas pra que essas pessoas consigam resolver. Porque mesmo que eu tiver duas mil pessoas aqui pra atender, se elas não sabem gerir o seu próprio cuidado, eu não vou conseguir atender as duas mil. Então, eu acho que é uma autonomia mesmo pra que elas consigam entender que nem sempre o médico é necessário para elas resolverem um problema simples de saúde. Acho que isso é o principal. [...] Elas falam: “Oi, doutora, eu só vim pra te falar ‘oi’, mas eu tô bem, tá tudo certo”. Elas criam esse vínculo com você. É quando você consegue fazer o seguimento de uma pessoa, você percebe que ela consegue alcançar essa medida de autonomia. Ela já não te procura para tudo. (T9)

Logo, os trabalhadores da ESF devem realizar atividades que valorizem o compartilhamento de experiências, saberes, expectativas e sentimentos, por meio do encontro de sujeitos balizado pela confiança e pelo respeito. Assim, o trabalho na ESF “estará se aproximando de um cuidado que valoriza o outro em sua singularidade e autonomia, na perspectiva de se construir novas formas de se produzir o cuidado” (SANTOS, 2010), conforme ilustrado no fragmento anterior.

Nesse contexto, os trabalhadores da área de saúde, em especial, os da ESF precisam se comprometer, por meio de fortes laços comunitários e ações intersetoriais, com sua população adscrita, considerando sempre a “intrínseca correlação entre desigualdade social e saúde, motivando a luta pelos direitos à cidadania, à saúde de qualidade, o acesso à escolarização, a terra, ao trabalho digno, a salário e moradia, entre outros” (SANTANA et al., 2012), o que foi apontado pelos trabalhadores entrevistados.

5.4.2.2 A prevenção e a promoção da saúde

As ações de prevenção e promoção da saúde foram veementemente indicadas pelos entrevistados deste estudo como as principais formas do trabalho na ESF para melhorar as condições de saúde da população, assim como o descrito por Cezar-Vaz et al. (2009) e definido como atividades a serem desenvolvidas pelas EqSF pela PNAB (BRASIL, 2012).

A ESF assumiu para os entrevistados o acompanhamento dos usuários para além do manejo de doenças já instaladas e inseriu-se no campo da promoção e da prevenção da saúde, lançando mão de estratégias de educação em saúde e reconhecendo a amplitude do escopo dessas atividades, opondo-se ao modelo curativista e biologicista, conforme ilustrado pelos fragmentos abaixo.

[A finalidade do trabalho na ESF] é bem amplo mesmo, assim, é bem amplo mas a finalidade principal é prevenir e promover a saúde das pessoas de forma bem integral. (T4)

[...] promover... uma promoção à saúde e uma prevenção pra solucionar o que for aqui na Unidade. (T10)

A gente tenta muito conscientizar, fazer um trabalho em saúde mesmo, está educando mesmo aquelas pessoas, fazendo a promoção, não só a prevenção, mas a promoção de saúde. (T12)

É o desafio que nós assumimos a partir exatamente dessa compreensão da percepção da mudança do modelo assistencial. Hoje o desafio que nós temos em pauta é atuarmos na perspectiva da prevenção e promoção da saúde. (G7)

Campos (2003) assevera que a prioridade dada, durante o período de implantação da ESF no Brasil às atividades de prevenção e promoção da saúde, tem uma forte conotação política. Atribui esse fato à necessidade de alterar a trajetória histórica da atenção à saúde, no Brasil, até então hegemônica, o que justifica a percepção dos sujeitos desta pesquisa.

Porém os resultados quantitativos deste estudo apontaram que o percentual médio de tempo semanal dedicado pelos trabalhadores de nível superior às atividades de prevenção e promoção da saúde ainda é insipiente (média de 32,5% do tempo/semana). Não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais para essa variável ($p=0,621$).

Tabela 6: Percentual médio de tempo semanal dedicado a atividades de prevenção e promoção da saúde (n=342) - João Pessoa – 2014

Percentual	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentistas		Médicos	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Até 20%	205	59,9	73	57,5	70	59,3	62	63,9
De 21% a 50%	67	19,6	30	23,6	25	21,2	12	12,4
De 51 a 100%	70	20,5	24	18,9	24	19,5	23	23,7

Fonte: Elaboração própria.

Este resultado verificado entre os trabalhadores de João Pessoa pode ser uma consequência da expressiva demanda por atendimento curativista individual para a ESF. Horta et al. (2009), ao investigar as atividades de promoção da saúde em Contagem/MG, concluíram que as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores para efetivarem essa prática se relacionavam a uma importante demanda espontânea associada a uma prática curativista hegemônica nas USF. Apontam, ainda, o número insuficiente de profissionais inseridos nas EqSF, o que gera uma sobrecarga de trabalho. Outro aspecto foi referente à própria resistência dos usuários a participarem de tais atividades.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo mais participação no controle desse processo. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo objetivo geral é de melhorar a qualidade de vida e reduzir situações

de vulnerabilidade e de riscos à saúde associados aos seus determinantes e condicionantes, como, por exemplo, o estilo de vida, as condições de trabalho, moradia, meio ambiente, educação, lazer, cultura e o acesso a bens e serviços essenciais. Logo, trata-se de uma estratégia de articulação, que visa criar ações que diminuam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social (BRASIL, 2010).

Para alcançar o conceito ampliado de saúde, os indivíduos e os grupos devem ser capazes de identificar seus desejos, satisfazer às suas necessidades e modificar positivamente o meio ambiente. Nessa definição, a saúde assume uma conotação positiva e que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em síntese, a promoção da saúde, de acordo com esse documento, não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Czeresnia (2003) afirma que a promoção da saúde, em suas múltiplas dimensões, não pode ser delegada exclusivamente a uma área de conhecimento, o que reforça seu caráter intersetorial.

As atividades de prevenção são aquelas cuja intenção é de evitar o aparecimento/estabelecimento de acometimentos à saúde. Assim, buscam reduzir a incidência e a prevalência de determinadas doenças, baseando-se, predominantemente, no conhecimento epidemiológico moderno (CZERESNIA, 2003), que é construído a partir da história natural da doença e intervém em diversos fatores de risco para o aparecimento de doenças. Atualmente, utiliza-se uma classificação em quatro níveis para a prevenção.

A mais conhecida recentemente - a *prevenção primordial* – recomenda que se devem evitar o surgimento e a consolidação de padrões de vida social, econômicos e culturais que aumentam o risco de adoecer; a *prevenção primária* objetiva controlar a incidência de agravos mediante intervenções em suas causas e fatores de risco; já a *prevenção secundária* relaciona-se com a cura e o acompanhamento de casos de doenças já instaladas, reduzindo as sequelas por meio do diagnóstico e do tratamento precoce dos usuários, e a *prevenção terciária*, cujo objeto de intervenção é a redução do progresso e das complicações de uma doença já estabelecida com a aplicação de medidas orientadas para reduzir sequelas e deficiências (OPAS, 2010).

A partir das conceituações apresentadas, é possível identificar as diferenças entre promoção da saúde e prevenção. Porém, evidências sugerem que existe uma dificuldade de se distinguirem claramente essas estratégias na prática cotidiana (CZERESNIA, 2003), o que pode representar uma fragilidade dos trabalhadores da ESF de um modo geral e deve ser

considerado para a realidade pessoense. Tesser et al. (2010) identificaram que os integrantes de EqSF de Florianópolis/SC não definiam adequadamente os dois termos. Grande parte dos profissionais entendia a promoção de saúde como prevenção de doenças. Resultado semelhante foi descrito por Santos et al. (2012), ao investigarem os sentidos atribuídos às práticas de promoção da saúde do adolescente por trabalhadores da ESF, em Fortaleza/CE, e por Horta et al. (2009), em uma pesquisa qualitativa realizada em Belo Horizonte e em Contagem - Minas Gerais .

Essa confusão conceitual é consequência da inclusão da promoção da saúde no nível de prevenção primária no livro de Medicina Preventiva (LEAVELL, CLARCK, 1976) e das próprias políticas relacionadas ao tema, como o caso da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) e a PNAB (BRASIL, 2012). Essas políticas públicas propõem ações de promoção da saúde que podem ser caracterizadas como de prevenção de doenças.

Como estratégia para preencher essa possível lacuna conceitual, sugere-se o investimento em educação permanente e que se definam com mais clareza os termos e as estratégias para suas efetivações, na prática, em documentos orientadores do trabalho em saúde. Para Tahan e Carvalho (2010), além de capacitar adequadamente os trabalhadores, é necessário que eles se comprometam em planejar e implementar essas atividades e considerem sempre os aspectos intersetoriais e multidisciplinares para manejar a complexidade das questões relacionadas ao processo saúde-doença. Moura et al. (2014) apontam que a educação permanente é a principal ferramenta para a capacitação dos trabalhadores da rede de atenção a saúde.

5.4.2.3 A educação em saúde

A educação em saúde, que emergiu nas falas dos entrevistados associada às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, pode ser considerada uma estratégia metodológica de realização dessas atividades. Para Oliveira e Wendhausen (2014), a educação em saúde é uma potente ferramenta, com a qual se pode modificar o modelo assistencial e impactar e transformar positivamente as condições de saúde da população.

Alves (2005) concebe que a prática educativa em saúde contemporânea deve visar ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Ela abandona os métodos de transmissão vertical e autoritária de conhecimentos técnicos e científicos pelos trabalhadores da saúde e incorpora trocas interpessoais de diálogo que

favorecem o desenvolvimento de uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de conquistas e enfrentamento positivo dos problemas de saúde.

A proximidade entre os trabalhadores da ESF com os usuários e sua comunidade favorece o estabelecimento de vínculos e de corresponsabilização, que se configuram como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde nas ações produtoras de cuidados preventivos e de promoção de saúde (ROCHA; COSTA; OLIVEIRA, 2012). Para Tahan e Carvalho (2010), a participação de idosos em um grupo de promoção da saúde em uma USF possibilitou para esses usuários um espaço de convivência e de troca de experiências, que, segundo relatos dos sujeitos participantes, transformaram, de modo significativo, tanto suas relações sociais quanto suas condições de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de sua vida (TAHAN, CARVALHO, 2010).

Oliveira e Wendhausen (2014), ao investigar a concepção de educação em saúde de três EqSF do litoral paranaense, constataram que os discursos dos sujeitos revelavam as dificuldades em diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas e fortes resquícios de uma prática bancária, preventiva e medicalizada. De acordo com esses autores, as EqSF do município estudado precisavam romper com essa característica de produção do cuidado em atividades educativas verticalizadas e incorporar o diálogo entre trabalhadores e usuários, por meio de um discurso e de uma prática transformadores, com a inserção dos usuários em todo o processo. Concluem que não basta implantar a ESF, mas também investir em formação e capacitação de gestores e trabalhadores da saúde, visando ao estímulo da adoção de práticas reflexivas e dialogadas.

A partir de uma revisão sistemática da literatura, Junqueira e Santos (2013) verificaram que as atividades de educação em saúde, na ESF, eram efetivadas, majoritariamente, por meio de grupos e palestras. Os resultados quantitativos novamente sinalizaram uma inconsistência entre a elaboração conceitual e a prática, no que se refere à inserção dos trabalhadores de nível superior em atividades de grupo.

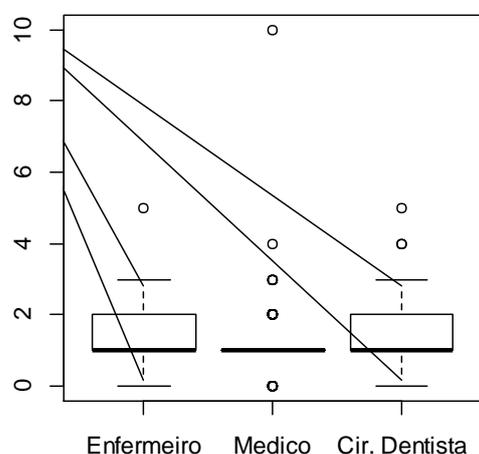
Foi verificada, para a amostra, a participação em uma média de 1,3 atividades de grupo ($dp=0,9$) por semana. A distribuição das respostas nessa variável foi estatisticamente significativa ($p=0,042$), pois diferenciou os cirurgiões-dentistas dos médicos ($p=0,011$).

Tabela 7 - Número de participação em atividades em grupo por semana ($n=342$). João Pessoa, 2014.

Número de atividades em grupo/semana	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentistas		Médicos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	33	9,7	12	9,5	8	6,8	13	13,4
1	199	58,2	73	57,5	64	54,2	62	63,9
2 ou mais	110	32,1	41	33,1	46	39,0	17	22,7

Fonte: elaboração própria.

Figura 4 - Boxplot do número de participação em atividades de grupo por semana. João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

Na variável “número de atividades de grupo desenvolvidas semanalmente”, embora a mediana das três categorias profissionais tenha sido a mesma ($=1$), as respostas dos enfermeiros e dos cirurgiões-dentistas se concentraram no terceiro quartil (75%), o que sugere que essas categorias participam mais dessa atividade.

Este estudo verificou que a maioria dos trabalhadores de nível superior se envolve em, pelo menos, uma atividade de intervenção em grupo por semana. De acordo com Escorel et al. (2007), elas são novas práticas assistências incorporadas pela ESF e foram desenvolvidas em proporções semelhantes em seu estudo por médicos e enfermeiros, diferenciando-se do verificado em João Pessoa.

O menor envolvimento dos médicos em atividades de grupo na ESF verificadas neste estudo pode ser uma consequência da visão biologicista com ênfase no atendimento individual e curativo adotada por parte desses trabalhadores. Quando as atividades em grupo e

educativas são ofertadas à população sob essa concepção, tendem a ser centradas em relações autoritárias de prescrição de tratamentos, condutas e mudança de comportamentos por meio da transmissão vertical de conhecimentos (ALVES, AERTS, 2011).

5.4.2.4 O tratamento de doenças instaladas

Além da prevenção e da promoção da saúde, os entrevistados apontaram, ainda, o papel fundamental da ESF no tratamento de doenças já instaladas. Essa realidade indica uma importante demanda por assistência curativista, o que pode fragilizar a efetivação das atividades de prevenção, promoção e proteção da saúde e contribuir para perpetuar a representação social da função da ESF como um serviço de pronto-atendimento ou ambulatorial.

É onde a gente poderia estar trabalhando para prevenir essas doenças, e ter essa parte curativa, mas é nesse contexto. Hoje essa um pouquinho desvirtuado porque chega muita doença. (T3)

O povo é cura, cura, cura, né? Remédio, remédio, remédio, mas eu gostaria muito de promover saúde. (T1)

Eles [usuários] chegam aqui com uma febre muito alta e quer que a gente resolva, acham ruim se a gente encaminhar pra uma UPA. (T2)

Olha, da questão da saúde, da doença é imediato, uma pessoa chega doente não dá pra esperar, então ele se torna uma prioridade pra a gente. E aí o outro, a prevenção a gente vai fazendo com mais calma. (T4)

Embora as atividades de cura e reabilitação, no âmbito da Atenção Básica, sejam previstas na PNAB (BRASIL, 2012) e, indiscutivelmente, necessárias e inerentes ao trabalho em saúde, a predominância dessas práticas nesse nível de atenção deve servir de um sinal de alerta para a possível manutenção do modelo curativista. De acordo com Fortuna et al. (2012), evidências na literatura especializada apontam que “a reprodução na ESF do modelo de atenção hegemônico, centrado em ações prescritivas e curativas, é um risco e uma possibilidade iminente”. Mesmo reconhecendo os avanços alcançados com a criação do SUS, ainda é possível perceber a perpetuação da polarização entre uma produção de cuidado curativa e uma de prevenção e promoção da saúde (LIMONGI, MENEZES, MENEZES, 2008). Assim, a concepção curativista ainda parece estar presente tanto na operacionalização

da rede de atenção à saúde quanto no imaginário popular, como a resposta esperada dos serviços de saúde para os problemas de saúde da população.

Caetano e Dain (2002) discutem, a partir da perspectiva de implantação da ESF em grandes cidades brasileiras, que as regiões metropolitanas são marcadas por conflitos no setor da saúde. Para esses autores, nos centros urbanos, emergem questões como as desigualdades entre a oferta de serviços e as demandas assistências e entre os valores profissionais e as necessidades de saúde da população, além de tensões entre práticas em saúde curativistas e a produção do cuidado integral. Santos et al. (2012), ao analisar as práticas assistências desenvolvidas por trabalhadores médicos e enfermeiros da ESF em Vitória/ES, Florianópolis/SC, Aracaju/SE e Belo Horizonte/MG, verificaram que a maior parte das atividades rotineiras desenvolvidas nesses municípios eram majoritariamente as ações individuais voltadas para grupos específicos e a demanda espontânea. Já as atividades de educação em saúde foram apontadas como sendo realizadas diariamente por menos de um terço dos entrevistados.

Essa questão, de acordo com os resultados deste estudo, refletiu-se no processo de trabalho das EqSF deste estudo, na verificação da expressiva demanda por assistência curativista, gerando a necessidade de realização de consultas individuais. O número de consultas realizadas é um indicador capaz de refletir a capacidade da ESF em oferecer assistência individual.

A PNAB (BRASIL, 2012) prevê como atribuição dos membros das EqSF a realização de consultas clínicas de acompanhamento a grupos específicos e a demanda espontânea emergencial e de urgência, o que foi declarado pelos entrevistados das três categorias profissionais. Logo, a ESF representa, em João Pessoa, uma importante possibilidade de acesso a cuidados individuais multidisciplinares de saúde, contrapondo-se à assistência médico-centrada.

A equipe vai fazer o acolhimento. E dependendo da necessidade daquele paciente, ou ele vai pra o enfermeiro, ou ele vai pro médico, vai pro dentista ou vai pra os técnicos em enfermagem. (T11)

Os dados quantitativos confirmaram a realização de consultas individuais pelas três categoriais profissionais de nível superior da ESF. Os médicos declararam realizar uma média de 115,3 (dp=47,6), enfermeiros 70,0 (dp=32,2) e cirurgiões-dentistas 49,1 (dp=21,1) consultas semanais.

Conforme pode ser observado na tabela 8, o número médio de consultas realizadas semanalmente foi reproduzido na variável percentual médio de tempo dedicado ao atendimento da demanda espontânea, como esperado. Logo, foi maior entre médicos, seguidos dos cirurgiões-dentistas, quando comparados aos enfermeiros.

Tabela 8 - Número de consultas semanais e percentual médio de tempo dedicado ao atendimento da demanda espontânea (n=342). João Pessoa, 2014.

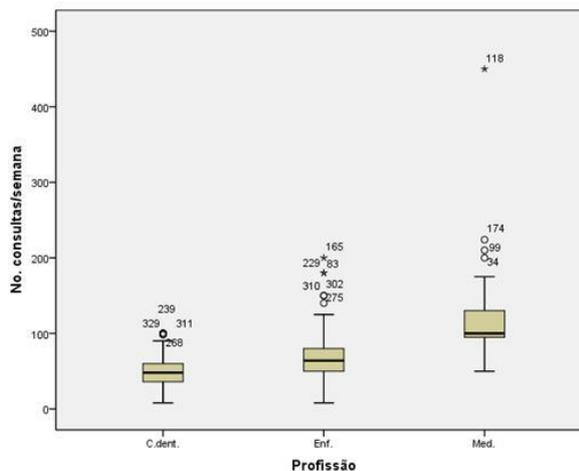
	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentista		Médicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de consultas semanais								
Até 50	116	33,9	42	33,1	71	60,2	3	3,0
De 51 a 100	163	47,7	69	57,3	47	39,8	47	48,5
Mais de 100	63	18,4	16	12,6	0	0,0	47	48,5
Percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento de demanda espontânea								
Até 25%	51	14,9	25	19,7	19	16,1	7	7,2
De 26% a 50%	83	24,3	46	36,2	19	16,1	18	18,6
De 51 a 100%	208	60,8	56	24,1	80	67,8	72	74,2

Fonte: Elaboração própria.

As diferenças de distribuição das respostas nas variáveis número médio de consultas semanais ($p < 0,000$) e na percentual médio de tempo dedicado ao atendimento da demanda espontânea ($p < 0,000$) foram estatisticamente significantes. O número médio de consultas semanais diferenciou os médicos dos enfermeiros ($p < 0,000$), os médicos dos cirurgiões-dentistas ($p < 0,000$) e os enfermeiros dos cirurgiões-dentistas ($p < 0,000$).

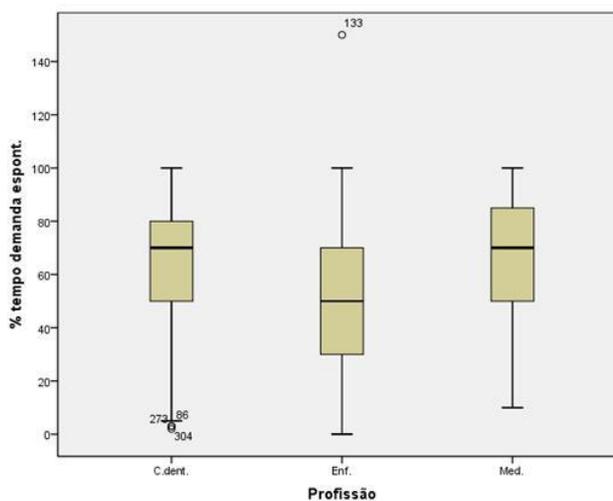
O percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento da demanda espontânea diferenciou enfermeiros de médicos ($p = 0,000$) e de cirurgiões-dentistas ($p = 0,008$). A média nesta variável foi menor para enfermeiros (51,8) quando comparada a dos médicos (68,3) e cirurgiões-dentistas (61,7).

Figura 5 - Boxplot do número médio de consultas semanais. João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 6 - Boxplot do percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento da demanda espontânea. João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados das diferenças dessas duas variáveis entre as categorias profissionais podem sinalizar a persistência de traços do modelo hospitalocêntrico em diferentes graus entre essas categorias, já que elas declararam que despendem parcelas de tempo importantes para o atendimento dessa clientela por meio de consultas individuais. Conforme apontam Pimentel et al. (2012), esse modelo de acesso aos serviços de saúde, em que o usuário o procura quando já se encontra com a doença instalada, é hegemônico historicamente e se opõe à lógica assistencial da ESF.

Essa questão emergiu na análise das entrevistas como uma questão cultural da população, conforme discutido, como uma fragilidade para efetivar a capacidade resolutiva da ESF.

Ainda tem muita busca do atendimento médico – mesmo fazendo essa conversa, ainda tem muita busca do atendimento médico. (T9)

Diga moço, o que que o senhor deseja? – Eu quero minha receita. – Receita de que? – Não, eu quero minha receita olhe, porque eu sou diabético e eu quero minha receita. – Certo, mas não é assim não senhor, eu preciso conversar, eu não lhe conheço. - Ah mas eu não quero fazer consulta não. – O senhor não quer fazer consulta não? – Quero não, eu só quero minha receita. Aí eu disse: - Pois o senhor vai precisar aguardar. A cultura é de antigamente ainda. O que é que eu digo, que quando foi implantado o PSF, as pessoas não foram preparadas. (T1)

É necessário considerar que a prática clínica na ESF tem particularidades e deve se diferenciar das dos formatos tradicionais da atenção ambulatorial e hospitalar e incorporar novas formas de organizar e registrar em seu processo de trabalho, centrando-se nas necessidades das pessoas contextualizadas à família e à comunidade (DEMARZO et al., 2011). Essa ampliação do olhar, durante as consultas, foi apontada pelos trabalhadores, inclusive por reconhecerem que é preciso despender um tempo importante para fazer as consultas.

Mas que a gente tenha um algo a mais [além da medicalização]. – Ah doutora, mas a senhora demora muito na sua consulta, ave Maria! O que que vocês estavam fazendo lá esse tempo todinho? Tava só conversando? (T1)

Aqui é diferente, não adianta eu só trabalhar uma pulpita se eu não ver o contexto social, familiar, então, ele mais ampliado esse cuidado. Às vezes vem com aquilo porque é o cuidador que não tem tempo de cuidar porque essa cuidando de outra pessoa. (T3)

Saparolli e Adami (2007) apresentam que a prática das consultas individuais, no contexto da ESF, quando realizada de maneira integrada entre os trabalhadores da equipe, possibilitam um diagnóstico ampliado das necessidades de saúde. Isso favorece a adoção de intervenções resolutivas e qualificadas e fortalece o trabalho em equipe, tanto por meio da organização de agendas em comum quanto pela discussão de casos, o que foi apontado pelos entrevistados.

O pré-natal tem funcionamento em equipe, porque eu e a T trabalhamos conjugado. A gente faz atendimentos no mesmo dia. (T5)

Então assim, faz esse acompanhamento, a gente fica intercalando, mês uma, mês outra. E a gente vai discutindo os casos, eu gosto muito! (T10)

5.4.2.5 A vigilância em saúde

A vigilância em saúde também foi declarada como instrumento de melhoria nas condições de saúde da população e apontada como possibilidade de reduzir situações de risco às quais os usuários estão expostos. No contexto da ESF, essa vigilância em saúde acontece no ambiente sociocultural dos usuários, uma vez que as EqSF são alocadas dentro da comunidade onde os sujeitos vivem.

Qual a finalidade? É proporcionar, com certeza, uma melhor qualidade de vida, dentro das nossas condições, para os pacientes, reduzir o número de óbito materno-fetal, diminuir um monte de situações de risco que acontecem. Por exemplo, pacientes hipertensos e diabéticos que estão por aí tomando medicação, que não sabem nem que também são hipertensos e diabéticos [...]. Depois que a gente começou, a identificou vários pacientes que estão por aí soltos e perdidos. É assim, na medida do possível tentar prestar uma melhor assistência de saúde pra eles, enquanto atenção primária, no que a gente pode. (T10)

A função é você estar mais próximo daquela comunidade e você entendendo o contexto. Então é assim, cada território tem uma individualidade, uma história e um contexto diferente. Então quando a gente essa mais próximo daquela família, e a gente consegue identificar situações que a gente pode reverter determinados quadros em lócus, é mais fácil. (T3)

As Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde apresentam como vigilância em saúde a contínua observação e análise da situação de saúde da população, visando ao desenvolvimento de ações de controle de determinantes do processo saúde-doença, dos riscos e dos danos à saúde de população de territórios específicos direcionadas a abordagens individuais e coletivas.

Constitui-se, então, como um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, inserido em todos os níveis de atenção à saúde do SUS e capaz de promover a adoção de um processo de trabalho contextualizado para as necessidades e as realidades locais (BRASIL, 2010). A PNAB (BRASIL, 2012). Isso indica que as ESF devem realizar a vigilância em saúde visando garantir uma atenção integral à saúde, o que corrobora o resultado verificado neste estudo.

De acordo com Limongi, Menezes e Menezes (2008), a incorporação da vigilância em saúde no âmbito da ESF representa um importante avanço no sentido de reorientar práticas assistenciais. Ela permite o planejamento de ações de saúde a partir de dois componentes básicos da Atenção Básica brasileira: a corresponsabilização sanitária e a participação social. Para Cezar-Vaz et al. (2009), a partir das contribuições teóricas de Ágnes Heller, relacionadas à teoria das necessidades de Marx, a finalidade do trabalho assume um caráter organizativo, portanto, é uma dimensão operacional. Associada a ela, encontra-se a dimensão ética, caracterizada pela produção do cuidado (realização do trabalho em si) inserido em realidades específicas, como, por exemplo, contextos histórico-culturais, individuais e coletivos, e considerando necessidades múltiplas e específicas, o que foi declarado pelos entrevistados deste estudo.

A incorporação das ações de vigilância em saúde pelas EqSF, em seu território de atuação, contribui para adequar a produção do cuidado ao contexto sociocultural específico daquela área geograficamente definida (SANTOS; RIGOTTO, 2010), que responde, de maneira adequada, aos problemas específicos daquela comunidade. Essa organização do cardápio de atividades das EqSF baseada no atendimento a grupos específicos foi verificada também em João Pessoa, onde os entrevistados declararam que em média, 31% de sua agenda semanal é destinada para o acompanhamento de grupos específicos (gestantes, Hiperdia, puericultura, etc.). Essa variável foi capaz de diferenciar as três categorias profissionais de nível superior envolvidas neste estudo ($p < 0,000$).

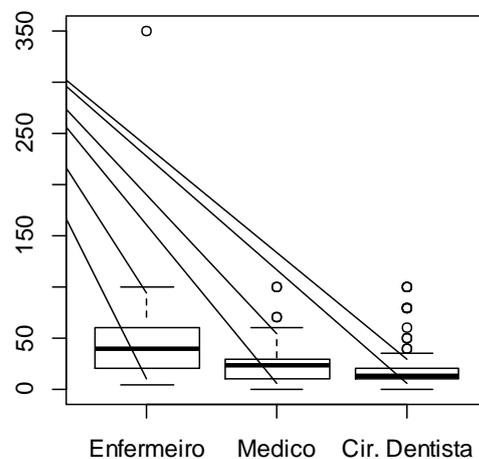
Tabela 9 - Percentual médio de tempo semanal dedicado ao acompanhamento de grupos específicos - gestantes, HiperDia, puericultura, etc. (n=342). João Pessoa, 2014.

	Amostra		Enfermeiros		Cirurgiões-dentistas		Médicos	
<i>Até 25%</i>	190	55,6	41	32,3	98	83,1	51	52,6
<i>De 26% a 50%</i>	103	30,1	52	41,0	11	9,3	40	41,2
<i>De 51 a 70%</i>	37	10,8	29	22,8	5	4,2	3	3,1
<i>De 71 a 100%</i>	12	3,5	5	21,3	4	3,4	3	3,1

Fonte: elaboração própria.

Cirurgiões-dentistas dispõem uma parcela menor de seu tempo para tal atividade ($md=15$), seguidos dos médicos ($md=24$) e enfermeiros ($md=40$). A diferença entre esses valores foi estatisticamente significativa entre médicos e enfermeiros ($p=0,000$), médicos e cirurgiões-dentistas ($p=0,000$) e cirurgiões-dentistas e enfermeiros ($p=0,000$).

Figura 7 - Boxplot do percentual médio de tempo semanal dedicado ao acompanhamento de grupos específicos (gestantes, Hipertensão, puericultura, etc.). João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

Os enfermeiros destacaram-se no que se refere à atenção prestada a determinados grupos específicos, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, o que reforça a característica histórica dessa profissão na promoção do cuidado longitudinal. A menor participação declarada pelos cirurgiões-dentistas e pelos médicos no atendimento dos grupos específicos pode ser atribuída também à organização de seu processo de trabalho, baseada no atendimento da demanda espontânea dos usuários. Os resultados qualitativos apontaram esse maior envolvimento dos enfermeiros nessa atividade, que pode ser considerada como de cunho “cuidador” e se opõe à lógica curativista.

De acordo com Sarapolli e Adami (2007), a ESF potencializou a prática da consulta de enfermagem de forma contínua, caracterizando-se como uma ferramenta de atendimento generalista, focalizada nos ciclos vitais e na família. A ESF ampliou o escopo de ações do enfermeiro e estimulou mudanças em seu modo de pensar e de agir. Essa profissão, historicamente, contribuiu significativamente para a construção de saberes interdisciplinares e oportuniza a criação de laços de comunicação afetivos, que possibilitam estratégias eficazes e resolutivas de cuidado (BACKES et al., 2012), características coerentes com a proposta da ESF.

Costa (2009), ao analisar as práticas de vigilância em saúde de EqSF na região metropolitana de Salvador/BA, verificou que a maioria das ações identificadas eram organizadas por grupos prioritários estabelecidos pela PNAB e outras políticas e programas

do Ministério da Saúde, provocando uma organização do cardápio de serviços nas USF a partir da oferta de programas, e não, das reais necessidades das comunidades. Esse modelo de vigilância empregado nas ESF pode representar uma fragilidade para reorientar o modelo assistencial, incorporando uma prática nova no âmbito da AB, porém, embasada em velhos paradigmas.

5.4.3 Síntese dos resultados

A análise do conteúdo das entrevistas com os trabalhadores de nível superior e gestores do município de João Pessoa permitiu a elaboração de duas categorias analíticas acerca da finalidade do trabalho na ESF.

A primeira, de caráter organizacional, foi a percepção da função de porta de entrada no SUS, visando à garantia de acesso aos serviços de saúde, operacionalizada no cotidiano dos trabalhadores entrevistados pelo acolhimento. Além de receber as necessidades de saúde dos usuários, a porta de entrada se apresentou como uma estratégia de ordenação do fluxo da população adscrita para a rede de assistência à saúde. Porém, essa concepção de finalidade enfrentava entraves, como a dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção, o funcionamento da rede de maneira fragmentada e, segundo os gestores, um excesso de encaminhamentos por parte dos trabalhadores da ESF. Ser a porta de entrada no SUS também se configurou como tendo a finalidade de ser um serviço resolutivo para a maioria dos problemas de saúde dos usuários.

A segunda, de caráter ontológico do trabalho em saúde, foi a função de melhorar as condições de saúde da população, ampliando a percepção do processo saúde, incorporando, nessa finalidade, o conceito de determinação social e de geração de autonomia nos usuários. Essa finalidade se concretizou por meio de ações de prevenção, promoção, cura e vigilância em saúde.

Embora as ações de prevenção, promoção e educação em saúde tenham sido fortemente indicadas pelos entrevistados, os resultados quantitativos apontaram que os trabalhadores de nível superior ainda dispensam pouco tempo de sua jornada de trabalho semanal para tais atividades. Em contrapartida, foi verificado que a maior parte do tempo da agenda semanal de trabalho dos sujeitos deste estudo era dedicada ao atendimento da demanda espontânea, que gerou, conseqüentemente, um expressivo número de consultas semanais realizadas semanalmente. A vigilância em saúde era operada, principalmente, pelo

atendimento a grupos específicos, em que a participação dos trabalhadores da Enfermagem se destacou.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi capaz de alcançar seus objetivos. Com isso, foram identificados elementos que podem orientar a resposta para a pergunta condutora desta tese: “o processo de trabalho na ESF atende a sua proposta de reorientar o modelo assistencial em saúde que rompe com o modelo tradicional biomédico?” Foram verificados diversos fatores que sinalizam o potencial da ESF na reorientação do modelo assistencial e algumas fragilidades enfrentadas para tal.

Os resultados construídos a partir da abordagem quantitativa e qualitativa evidenciaram que, para a realidade da ESF de João Pessoa:

- a) Existem elementos que caracterizam os trabalhadores de nível superior da ESF em João Pessoa que são comuns aos de outros municípios brasileiros e a realidade mundial da força de trabalho em saúde. Entre estes, pode-se destacar que foi verificada a predominância de mulheres nos postos de trabalho; profissionais médicos atuando na ESF no início e no fim de suas carreiras, investimento em capacitação após a conclusão da graduação por meio de cursos de especialização *lato sensu*, vínculos trabalhistas para a atuação na ESF por meio de contratos temporários de trabalho; trabalhadores se dedicando integralmente à ESF, satisfeitos com seu trabalho e insatisfeitos com a remuneração recebida.
- b) Existem elementos que diferenciaram os trabalhadores de nível superior da ESF em João Pessoa da realidade verificada por estudos anteriores. Entre estes, pode-se apontar que a força de trabalho possuía experiência acumulada na ABS, com idade e tempo de graduação maior que o verificado por outros estudos; fixação de trabalhadores na ESF e médicos atuando sem a flexibilização de carga horária permitida por meio do decreto 2.027 para esta categoria profissional.
- c) Algumas características oriundas dos resultados quantitativos diferenciaram por meio da estatística inferencial as três categorias profissionais investigadas neste estudo. Enfermeiros e cirurgiões-dentistas têm mais orgulho de seu trabalho na ESF quando comparados aos médicos. Os trabalhadores médicos declararam estarem mais satisfeitos com seu salário e realizar um número menor de atividades em grupo quando

comparados aos cirurgiões-dentistas e enfermeiros. Os médicos declararam realizar um número maior de consultas individuais, seguidos dos cirurgiões-dentistas e enfermeiros. Estes últimos, dados quantitativos dedicavam parcelas de tempo semanal maiores ao atendimento de grupos específicos e menores ao atendimento da demanda espontânea.

- d) A percepção dos trabalhadores de nível superior da ESF acerca do objeto de trabalho da ESF rompe com o modelo assistencial que considera a doença como foco de planejamento e intervenção da assistência a saúde. Para os entrevistados, o objeto de trabalho na ESF trata-se do sujeito e suas necessidades singulares, contextualizado ao seu núcleo familiar e ao contexto comunitário ao qual se encontra inserido.
- e) As tecnologias imateriais são as mais utilizadas durante o trabalho na ESF pelos entrevistados e as mais incentivadas para serem incorporadas em seu processo de trabalho pela gestão. Entre essas tecnologias, a escuta qualificada se destacou como principal ferramenta para operacionalização do trabalho no âmbito da ESF.
- f) As tecnologias materiais também se apresentaram como ferramentas importantes para o processo de trabalho na ESF e que gradualmente, encontram-se em processo de incorporação pelas EqSF de João Pessoa. Trabalhadores relataram que dificuldades de abastecimento de materiais e insumos comprometem a qualidade da assistência prestada aos usuários no âmbito da ESF.
- g) As tecnologias imateriais e materiais são utilizadas de maneira combinada, contrapondo-se às práticas em saúde baseadas na utilização de recursos de alta densidade tecnológica, modelo historicamente hegemônico no Brasil.
- h) O trabalho na ESF possui duas finalidades coerentes com a sua proposta de reorientação do modelo assistencial em saúde. A primeira, de caráter organizacional, foi a percepção da função de porta de entrada no SUS, visando a garantia de acesso aos serviços de saúde. A segunda, de caráter ontológico do trabalho em saúde, foi a função de melhorar as condições de saúde da população adscrita em seu território.

- i) A ESF, para além de ser resolutive da maioria das necessidades de saúde dos seus usuários, ordena e coordena o fluxo de usuários na rede de atenção à saúde, contribuindo assim para a construção de uma assistência integral no SUS.
- j) A porta de entrada é organizada por meio do acolhimento, que acontecia em dois momentos. O primeiro, no início do turno de trabalho, com características de classificação de risco e organização da demanda espontânea. O segundo, por meio da escuta qualificada em todos os momentos de encontro entre trabalhadores e usuários, o que favorece a criação de vínculos e a identificação das reais necessidades de saúde.
- k) A assistência integral por meio da ordenação e coordenação do fluxo de usuários na rede de atenção à saúde enfrentava entres como a dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção, funcionamento da rede de maneira fragmentada e segundo os gestores, um excesso de encaminhamentos por parte dos trabalhadores da ESF.
- l) Os trabalhadores da ESF ampliam a finalidade de melhorar as condições de saúde dos usuários por meio da incorporação do conceito de determinação social e de geração de autonomia ao nível individual, familiar e comunitário.
- m) A finalidade de se melhorar as condições de saúde dos usuários se concretizava por meio de ações de prevenção, promoção, cura e vigilância em saúde.
- n) As ações de prevenção, promoção e educação em saúde estão presentes nos discursos dos trabalhadores da ESF, porém os resultados quantitativos sinalizaram que estas ainda são pouco incorporadas na jornada de trabalho semanal das EqSF de João Pessoa.
- o) Existe uma importante demanda de atendimento à doenças instaladas e quadros agudos de urgência/emergência. Com isso a maior parte do tempo da agenda semanal de trabalho dos sujeitos deste estudo era dedicada ao atendimento da demanda espontânea, que gerou, conseqüentemente, um expressivo número de consultas individuais sendo realizadas semanalmente.

- p) A vigilância em saúde é operacionalizada no âmbito da ESF principalmente pelo atendimento a grupos específicos, onde a participação dos trabalhadores da enfermagem se destacou.
- q) A construção conceitual e a efetivação de práticas do processo de trabalho na ESF se apresentaram, de maneira geral entre os entrevistados, articuladas e coerentes.

A partir destas evidências, é possível que sejam propostos alguns encaminhamentos. O primeiro deles trata-se da qualificação da graduação da área de saúde e da educação permanente e continuada e no investimento na manutenção e aumento do número de vagas em programas de residência em saúde da família. Com isso, tanto serão formados novos trabalhadores quanto capacitados os já inseridos na rede de atenção à saúde, alinhando-os com os princípios e diretrizes do SUS e conseqüentemente, qualificando o trabalho na ESF. Com isso, fragilidades encontradas neste estudo poderão ser superadas, como por exemplo, as dificuldades de comunicação entre os níveis de atenção à saúde e os excessos de encaminhamentos para os demais níveis de atenção.

O segundo se refere ao estabelecimento de carreira para a ESF por meio de concursos públicos, baseados por meio de critérios que contemplem toda a complexidade do perfil para o trabalho neste nível de atenção, acompanhados de um Plano de Cargos e Salários e garantias da disponibilidade das tecnologias materiais e imateriais necessárias no processo de trabalho em Saúde. Além disso, é de *mister* importância políticas de valorização dos trabalhadores da ABS, incluindo adequações salariais que visem reduzir as discrepâncias entre as categorias profissionais envolvidas na ESF.

A partir da compreensão de que as mudanças no modelo assistencial não podem ocorrer de maneira isolada, fragmentada e sendo de responsabilidade exclusiva da ESF, torna-se fundamental que toda a rede de assistência à saúde seja repensada. Entre os pontos críticos verificados neste estudo, destaca-se a importância do devido planejamento da oferta de vagas aos demais níveis de atenção à saúde e a devida capacitação dos seus trabalhadores para a execução do trabalho em rede, onde seja destacada a função de coordenação do cuidado atribuída a ESF.

As práticas de educação, prevenção, promoção e abordagens em grupo devem ser estimuladas e incorporadas ao cotidiano das EqSF. O maior envolvimento dos diversos profissionais nestas atividades poderá qualificar a assistência prestada à população por meio

da abordagem interprofissional e também favorecer o rompimento com as práticas médico-centradas nos serviços de saúde. Cabe destacar que esta questão deve ser trabalhada tanto para os profissionais já em serviço quanto durante a graduação para a área de saúde.

Cabe ainda destacar a necessidade da realização de novos estudos que contemplem os trabalhadores não incluídos nesta tese. A ESF se insere em universo complexo, marcado por diversas características objetivas e subjetivas e ampliar o entendimento do processo de trabalho na ESF por meio da percepção de outros trabalhadores inseridos em realidades diferentes das quais os eleitos para esta tese se encontravam e com outras abordagens metodológicas e de seleção de amostra em muito poderá contribuir para o entendimento do objeto de estudo.

Em síntese, os resultados apresentados na análise do processo de trabalho na ESF desvelaram uma realidade complexa, contribuindo assim, na construção de elementos que possibilitam e potencializam o planejamento, organização e execução de redes de atenção à saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, apontaram para a necessidade de reflexões acerca de problemas historicamente consolidados no setor saúde brasileiro pelas diversas esferas interessadas na construção e consolidação de um sistema de saúde público, universal, equânime, integral e hierarquizado.

REFERÊNCIAS

- ADUE, I. M. et al. Las controversias entre cuantificación y cualificación em investigación. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: OPAS, 2008. p. 55-67.
- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2007. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2007.
- ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.
- ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Saúde Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ALVES, G. Terceirização e acumulação flexível do capital: notas teórico-críticas sobre as mutações orgânicas da produção capitalista. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v.16, n.31, p.409-420, 2011.
- ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- AMBONI, V. O trabalho na idade média: a reprodução da vida material nas cidades medievais. In: JORNADA DE ESTUDOS ANTIGOS E MEDIEVAIS, 2010, Londrina. **Anais ...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em: <www.ppe.uem.br/ixjeam/pdf/02.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

AMORIM, A. C. C. L. A.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 539-554, 2014.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. A atenção primária á saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836.

ANTUNES, R. As configurações do trabalho na sociedade capitalista. **Katálysis**, Florianópolis, v.12, n.2, p.131-132, 2009.

ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.229-237, 2003.

ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.107, p.405-419, 2011.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health program on infant mortality in brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, Washington, v.99, n. 1, p.88-93, 2009.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Praxis** [online], Volta Redonda, n.6, p. 59-62, 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

ARCE, V. A. R; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 62-68, 2014 .

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EdUfba, 2010. 180 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> . Acesso em: 21 out. 2015.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.1, p.7-15, 2008.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface: Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu , v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010 .

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da historia sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.111-117, 2009.

BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre a concepção do processo saúde-doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Revista Eletrônica Polidisciplinar Vôos** [Online], Guarapuava, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/viewArticle/17>>. Acesso em: 21 out. 2015.

BALSANULFO, S. F. B.. O trabalho humano, a sociedade e o direito do trabalho. **Revista da Faculdade de Direito da UFG**, Goiânia, v.17, n.1, p.217-231, 2010.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2012.

BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. et al. Sobre o Trabalho, o Trabalhador e a Teoria das Organizações: Uma Leitura Crítica. **Qualit@s Revista Eletrônica** [online], Campina Grande, v.9, n.3. 2009. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/971/505>>. Acesso em: 21 out. 2015.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.p.51-86.

BEAUD, M. A. **História do capitalismo de 1500 até os nossos dias**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BONELLO, A. A .L. M.; CORREA, C. R. S. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4397-4406, nov. 2014 .

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** [online], Florianópolis, v.2, n.1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 21 out. 2015.

BRAGA, K. S. Aspectos relevantes para a seleção de metodologia adequada à pesquisa social em Ciência da Informação. In: MUELLER, S. P. M. **Métodos para pesquisa em Ciência da Informação**. Brasília: Thesaurus, 2007. p.17-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que

dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 90, ago. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 23 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 23 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica: SIAB**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2000**. 3. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0793_M.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_atencao_basica_siab2006_p1.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRESSER-PEREIRA, L. C. As duas fases da história do capitalismo. **Crítica e Sociedade**, Uberlândia, v.1, n.1, p.168-189, 2011.

BUSS, P. M.; ALMEIDA FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAETANO, R; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 11-21, 2002.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 2011, v.35, n.4, p.477-485, 2011.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CANO, I. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, v.14, n.31, p.94-119, 2012.

CARMO, P. S. **A ideologia do trabalho**. 9. ed. São Paulo: Moderna, 1997.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. Precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória, v. 5, n. 1, p. 236-256, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CEZAR-VAZ, M. et al. Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na Saúde da Família: uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.43, n.4, p.915-922, 2009.

COHEN, Y. O século de Taylor, Lênin e Freud. **Tempo Social**, São Paulo, v.24, n.2, p.211-232, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011. (Coleção para Entender a Gestão do SUS).

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p.113-118, 2009.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1865-1873, 2010.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p. 514-524, 2015.

CUMMINGS, S. R.; STEWART, A. L.; HULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: CUMMINGS, S. R. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 265-279.

DA SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.

DEMARZO, M. M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. **Prática clínica na estratégia saúde da família: organização e registro**. São Paulo: UNIFESP, 2011. Material institucional Una-Sus. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 4. ed. Londres: Sage Publication, 2011.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. [Orgs.]. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Larousse, 2009.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 131-139, 2013. Número especial.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise do processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.19, n.2, p. 439-449, 2010.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 13-33, 2014. Número especial.

- FERLA, G. B.; ANDRADE, R. B. A transição do feudalismo para o capitalismo. **Synergismus scyentifica** [online], Pato Branco, v.2, n.2, s.p, 2007. Disponível em: <<http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/SysScy/article/view/240/24>>. Acesso em: 27 ago. 2015.
- FERREIRA, A. B. H. Trabalho. In: _____. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0**. [Edição eletrônica]. 3. ed. [S. l.]: Positivo Informática, 2004.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.965-971, 2007.
- FIUZA, H. S. et al. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta Bioethica**, Santiago, v.18, n.1, p.101-109, 2012.
- FLEGELER, D. S. et al. O trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 10, n. 4, p. 17-23, 2008.
- FLORENZANO, M. Sobre as origens e o desenvolvimento do estado moderno no ocidente. **Lua Nova**, São Paulo, n.71, p.11-39, 2007
- FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.
- FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.5, p.812-820, 2006.
- FORTUNA, C. M. et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.3, p.657-664, 2012.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS, IMS, UERJ:ABRASCO, 2006.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- FRIAS, I. M. **Platão, leitor de Hipócrates**. 1. ed. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v.35, n.2, p. 144-149, 2014.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 160-165, 2012.

GRAZIANO, A. P; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.3, p.650-656, 2012.

GUEDES, S. A. G. et al. Análise da satisfação dos profissionais de saúde da família com as condições de trabalho. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v.12, n.1, p 121-130, 2013.

GUIMARAES, N. A.; HIRATA, H. Apresentação: Controvérsias desafiadoras. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 9-16, 2014.

GUTIERREZ, P. R; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI-JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

HORTA, N. C. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p. 524-529, 2009.

JUNQUEIRA, M. A. B.; SANTOS, F. C. S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 66-80, 2013.

JUNQUEIRA, V. et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro. 2011, v.21, n.2, p.675-693, 2011.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEAVELL, S., CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.17-24, 2014.

LIMA, M. B. et al. Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **Revista de pesquisa: cuidar é fundamental** [online], Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3259-3266, 2013.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C. M.; MENEZES, A. C. Vigilância em saúde no programa saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v.4, n.7, p.35-44, 2008.

LINS, A. M; CECILIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 483-499, 2008.

LIRA, M. R. S. **Avaliação do Acolhimento nas unidades de saúde da família em São Luís**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)- Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2014.

LOPES, M. C. R. Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.91-113, 2009.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, 2011.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface : Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-660, 2014.

MACHADO, L. M., COLOMÉ, J. S., BECK, C. L. C. estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrareferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p.31-40, 2011.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011. p. 103-116.

MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 319-330, 2014. Número especial.

MACIEL, R. H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MANOEL, R. A. et al. O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 595-614, 2014.

MANOEL, V. A teoria clássica e a antítese Keynesiana do pleno emprego. **Perspectiva Sociológica**, Rio de Janeiro, v. 2, n.3, p.1-8, 2009.

MARQUES, A. P. et al . Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p.817-826, 2014.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, 2013.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação com o trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005.

MARQUI, A. B. T. et al . Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010 .

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, 2004.

MARX, K. **O Capital**: edição condensada. 3. ed. São Paulo: Edipro, 2012. Original, 1867.

MATOS, F. V. et al. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, 2014.

MEKSENAS, E. Importância e atualidade da obra de Karl Marx. **Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 86, 2008. Número especial. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/086/86Eemeksenas.htm>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENDES, A. C. G. **Delicadeza esquecida**: avaliação da qualidade das emergências. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.447-48, 2004.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e História**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E. et. al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 106-116, 2000.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-326, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, s.1, p. 965-972, 2011.

MONTEIRO, R. B. As reformas religiosas na Europa moderna: notas para um debate historiográfico. **Varia História**, Belo Horizonte, v.23, n.37, p.130-150, 2007.

MORAES, B. et al. A categoria trabalho em Marx e Engels: uma análise introdutória de sua legalidade onto-histórica. **Arma Crítica**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 36-47, 2010.

MORIN, E. Da necessidade de um pensamento complexo. In: MARTINS, F. M.;

- MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- MOURA, M, E. B. et al. The family health strategy and health technologies: a reflective analysis. **Revista de Enfermagem da UFPE** [online], Recife, v.8, n.7, p. 2155-9, 2014.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- NILO, T. Um estudo a respeito da crítica Arendtiana ao conceito de trabalho em Karl Marx. **Seara Filosófica** [online], Pelotas, v. 2, p. 123-133, 2010.
- NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: FILHO, A. A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.
- NUNES, A. A. et al . Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 452-467, 2014.
- NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 909-916, 2008.
- OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Recife, v. 4, n. 11, p.820-829, 2009.
- OLIVEIRA, A. A. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. **Revista FACEVV**, Vila Velha, n. 4, p. 22-27, 2010c.
- OLIVEIRA, A. K. S. et al . Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 953-959, 2012.
- OLIVEIRA, G. F. A relação entre a Pré-História, História e Arqueologia em Gordon Childe: Em busca de “uma recuperação do passado” humano. **Paradeschâ** [online], [S. l.], p. 43-46, 2010a.
- OLIVEIRA, R. A. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas. **Kinesis**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p-72-88, 2010b.
- OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro , v.12, n.1, p.129-147, 2014 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

ORNELLAS, T. C. F.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n 4, p.552-555, 2006.

PALANGANA, I. C.; INUMAR, L. Y. A individualidade no âmbito da sociedade industrial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n. 2, p.21-28, 2001.

PEDROSA, I. C. F.; CORREA, C. P. C.; MANDÚ, E. N. T. Influência da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções dos enfermeiros. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v.10, n.1, p.58-65, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (doutorado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.75- 91, 2003.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 22 out. 2015.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. 5, p. s146-s157, 2012.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.36, p.185-198, 2011.

PIRES, D. E. Divisão social do trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 22 out. 2015.

PITILIN, E. B. et al. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 441-448, 2015.

PUTTINI, R. F; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.753-767, 2010.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. s.2, p.61-67, 2012.

REZENDE, J. P. B. **A ética protestante e o espírito capitalista: ética do trabalho ou ética da educação? Estudo de caso dos protestantes de Santa Catarina.** 2008. Monografia (Graduação em Curso de Economia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p. 658-664, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, A. A.; FAVARO, N. A. L. G. A contribuição do pensamento de karl marx para a compreensão da estruturação do sistema educacional. In: SEMINÁRIO DO TRABALHO: TRABALHO, EDUCAÇÃO E SOCIABILIDADE, 7., 2010, Marília. **Anais ...** Marília: [s. n], 2010.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.2, p. 345-351, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, A. N. (Org.). **Epidemiologia e saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.

SANTANA, F. R. et al. Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], Recife, n. 14, v. 2, p. 248-56, 2012.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p.1275-1284, 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2687-2702, 2012.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, L. **Sociologia do Trabalho**. Inhumas: IFG; Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2012. Disponível em: <http://redeetec.mec.gov.br/images/stories/pdf/eixo_prd_industr/tec_acucar_alcool/161012_soc_trab.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p. 721-725, 2009.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.14, p. 7-12, 1996.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, n.17, v.1, p.29-41, 2007.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 187-192, 2000.

SILVA, J. M. (Org.). **Para navegar no século XXI: tecnologias do imaginário e cibercultura**. Porto Alegre: Sulina: EdiPucrs, 2003.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.5, p. 762-769, 2010.

SILVA, M. C. L. S. R. et. al. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 607-612, 2012.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 692-705, 2014.

SILVA, V. O. ; SANTANA, P. M. M. A.. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface: Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v.19, n.52, p. 45-56, 2015.

SIQUEIRA, H. S. G. A globalização sob a ótica da acumulação flexível. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v.22, p.1-21, 2009.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014 .

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, n.12, v.3, p.449-55, 2010.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

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

SUÁREZ, J. E. A.; CASTRILLÓN, A. A Comunidade Indígena Emberá–Chamí de Cristianía no Departamento de Antioquia na Colômbia: Sociedade Primitiva ou Sociedade Camponesa? In: ENCONTRO DA ANPPAS, 3., 2006, Brasília. **Anais**. Brasília: [s.n.], 2006.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.4, p. 878-888, 2010 .

TENORIO, F. G. A unidade dos contrários: fordismo e pós-fordismo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.4, p.1141-1172, 2011.

TEÓFILO, T. J. S. et al. Satisfaction and satisfaction factors related to the job: perspective of workers in the family health strategy. **Revista de Enfermagem da UFPE** [online], Recife, v.7, n. 8, p.5239-5249, 2013.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011

TESSER, C. D; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, pp. 627-633, 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, 2005.

TURRINI, R. N. T; LEBRAO, M. L; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008 .

VANZELLA, E; LIMA NETO, E. A. L.; SILVA, C. C. A terceira idade e o mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 4, p. 97-100, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

VIANA, S. V. Perspectiva relacional no estudo do processo de trabalho em saúde: contribuição para uma nova abordagem a partir do estudo da prática do nutricionista no campo da alimentação institucional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.616-620, 1995.

VIZEU, F. (Re)contando a velha história: reflexões sobre a gênese do Management. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 5, p.780-797, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.3, p.448-455, 2011.

APÊNDICE A – Questionário autoaplicado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

B1. Sexo do respondente: 1. Feminino 2. Masculino

B2. Qual a sua data de nascimento?

B3. Qual a sua idade: anos.

B4. Atualmente, você está:

1. Casado(a) / Tem companheiro(a) / Vive junto
 2. Separado(a) / Divorciado(a)
 3. Solteiro(a) / Vive sozinho(a) 4. Viúvo(a) 97. Não respondeu

B5. Qual a profissão que você exerce nesta Unidade de Saúde da Família (USF):

1. Enfermagem 2. Medicina 3. Odontologia

C – A INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE

Considerando a **INTERDISCIPLINARIDADE** como sendo a interação entre diferentes disciplinas/profissionais que se envolvem em um projeto com objetivos, métodos e linguagens comuns, interagindo durante o seu trabalho e realizando um trabalho de forma integrada e compartilhada, dividindo experiências, e assim tornando o conhecimento mais amplo (JAPIASSU, 1976), responda as questões a seguir com base na sua prática profissional na Estratégia de Saúde da Família.

Marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 - Discordo Totalmente** e **10 - Concordo Totalmente**.

C1. Durante o planejamento, as atividades do serviço são discutidas de maneira horizontalizada pela Equipe de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C2. A troca de conhecimento e o diálogo entre os profissionais são realizados pela Equipe de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C3. É fácil compreender a linguagem empregada pelos profissionais da equipe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.4. No meu trabalho, procuro respeitar as crenças e valores das pessoas (colegas de trabalho e usuários) bem como as demais expressões da sua cultura.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.5. No meu trabalho, procuro reconhecer minhas limitações e entender que posso ser ajudado por colegas da equipe (considerar todos os membros da equipe).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque em cada afirmativa abaixo a frequência que realizou as seguintes atividades, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa nunca e 10 sempre.**

C.6. Na unidade de saúde, costumo desenvolver atividades em conjunto com estudantes/profissionais de outros núcleos profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.7. Na organização de grupos operativos e/ou campanhas, existe um acordo prévio quanto aos conceitos e a metodologia a serem utilizados, tendo como base o objetivo do trabalho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.8. Na realização de grupos operativos, cada profissional participa expondo os conhecimentos relativos ao seu núcleo profissional, sem que haja interseção entre os saberes:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.9. No meu trabalho, procuro respeitar opiniões e sugestões dos outros profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.10. Existe uma hierarquia quanto às responsabilidades estabelecidas dentro do meu local de trabalho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.11. Durante as atividades de grupo considero necessário que todos os profissionais da equipe contribuam para sua execução.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.12. Dentro da minha carga horária disponho de tempo para planejar com a equipe as atividades de grupo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.13. Dentro da minha carga horária disponho de tempo para realizar atividades em grupo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.14. O cronograma das atividades do Hiperdia, Pré-Natal e Puericultura é cumprido por todos os profissionais de minha equipe (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.15. Em dias de Hiperdia, Pré-Natal e Puericultura costumo interagir com os colegas da equipe sobre alguns casos atendidos na Unidade de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.16. No espaço das reuniões de equipe consigo participar das discussões juntamente com os colegas de trabalho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.17. Durante o planejamento das atividades do serviço há troca de conhecimento com profissionais de outros núcleos profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.18. A equipe de saúde da família que participo, realiza Projeto Terapêutico Singular.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.19. Quando me deparo com uma situação de difícil enfrentamento com relação ao processo de trabalho de minha equipe informo a situação para o/a apoiador/a/gerente da unidade, solicitando um momento de diálogo quanto às questões vivenciadas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.20. Em uma visita domiciliar, após identificar a necessidade de encaminhamento, o caso é compartilhado com outros profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.21. No meu trabalho realizo consultas compartilhadas (com outros profissionais).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.22. No caso em que as visitas domiciliares são realizadas com atendimento compartilhado existe discussão/troca de experiências entre os núcleos profissionais que se encontram na visita.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.23. No meu trabalho avalio o estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene, de moradia, a relação familiar, com o objetivo de identificar aspectos que possam influenciar no processo de saúde-doença e discuto isso com os demais profissionais da equipe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.24. No momento das consultas em que verifico a necessidade de apoio da rede especializada, há comunicação entre estes profissionais e a Equipe de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.25. Quando me deparo com uma situação de difícil enfrentamento busco interagir com os outros profissionais da equipe e com o/a apoiador/a/gerente para que o caso seja melhor solucionado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.26. Ao identificar um caso complexo, utilizo o momento da reunião com a equipe de saúde da família para obter informações que ajudem a compreender melhor a situação a fim de traçar um Projeto Terapêutico Singular.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.27. No processo de acolhimento, o momento da escuta qualificada é realizado juntamente com outros profissionais da equipe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E – PROCESSO DE TRABALHO

Marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 - Discordo Totalmente e 10 - Concordo Totalmente.**

E11. A Saúde da Família é o local onde eu gostaria de exercer minha prática profissional:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E12. Estou satisfeito com o meu trabalho nesta Equipe de Saúde da Família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E13. Estou satisfeito com o gestor do serviço de saúde:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E14. Estou satisfeito com a articulação do trabalho entre os membros da equipe:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E15. Estou satisfeito com o meu relacionamento pessoal com os membros da equipe:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E16. Estou satisfeito com o meu relacionamento com a comunidade:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E17. Estou orgulhoso do trabalho que realizo na Saúde da Família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E18. Acredito no meu trabalho na Saúde da Família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E19. As atividades que realizo na Saúde da Família alcançam sua finalidade:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E20. Disponho da estrutura física para realizar meu trabalho na saúde da família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E21. O serviço me oferece os recursos necessários para realização do meu trabalho na saúde da família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E22. Disponho dos conhecimentos necessários para realizar meu trabalho na saúde da família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E23. Estou satisfeito com o reconhecimento de meu trabalho na Saúde da Família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E24. Estou satisfeito com a remuneração por meu trabalho na Saúde da Família:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D – DADOS DE FORMAÇÃO ACADÊMICA

D1. Qual o ano que você se formou na profissão que você exerce nesta USF?

D2. Você concluiu algum curso de especialização: 1. Sim 2. Não

D3. Qual(is) curso(s) de especialização você concluiu? Em qual ano?

Especialização em:

Ano de conclusão:

Caso **você não tenha** cursado especialização, marque esta opção: 99. Não se aplica

D4. Você concluiu algum curso de residência: 1. Sim 2. Não

D5. Qual(is) curso(s) de residência você concluiu? Em qual ano?

Residência em:

Ano de conclusão:

Caso **você não tenha** cursado residência, marque esta opção: 99. Não se aplica

D6. Você possui o título de mestre? 1. Sim 2. Não

D7. O seu curso de mestrado foi: 1. Acadêmico 2. Profissional

Caso **você não tenha** mestrado, marque esta opção: 99. Não se aplica

D8. Qual a área de seu curso de mestrado? Em qual ano você conclui?

Mestrado em:

Ano de conclusão:

--	--

Caso **você não tenha** cursado mestrado, marque esta opção: 99. Não se aplica

D9. Você possui o título de doutor? 1. Sim 2. Não

D10. Qual a área de seu curso de doutorado? Em qual ano você conclui?

Doutorado em:

Ano de conclusão:

--	--

Caso **você não tenha** cursado doutorado, marque esta opção: 99. Não se aplica

D11. Você participou de algum Congresso e ou Seminário no último ano?

1. Sim 2. Não

D12. Qual a área ou grande área do(s) Congresso(s) e ou Seminário(s) que você participou no último ano?

<i>Área</i>	<i>Congresso? Seminário?</i>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

D13. Qual foi o ano do último Congresso/Seminário que você participou?

D14. Qual a área do último Congresso ou Seminário que você participou?

<i>Área</i>	<i>Congresso? Seminário?</i>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Caso **você tenha** participado no último ano, marque esta opção: 99. Não se aplica

D15. Você participou de algum curso de capacitação no último ano?

1. Sim 2. Não

D16. Qual a área do(s) Curso(s) de capacitação que você participou no último ano?

<i>Área</i>	<i>Oferecido pela SMSJP?</i>
<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

Caso **você não tenha** cursado no último ano, marque esta opção: 99. Não se aplica

D17. Qual foi o ano do último curso de capacitação que você participou?

D18. Qual a área do último Curso de capacitação que você participou? Caso **voce tenha** cursado anteriormente ao último ano, preencha as lacunas abaixo.

<i>Área</i>	<i>Oferecido pela SMSJP?</i>
	1 <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

E – DADOS DE SEU TRABALHO

E1. Em quantos locais você trabalha atualmente? locais.

E2. Quais são esses locais que você trabalha atualmente? Indique também se eles são do setor público ou do privado:

<i>Local</i>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Público	2. Privado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Público	2. Privado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Público	2. Privado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Público	2. Privado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Público	2. Privado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Público	2. Privado

E3. Considerando todos os locais em que você trabalha, a sua carga horária de trabalho semanal é de: horas/semana:

E4. Há quanto tempo, **EM MESES**, você trabalha na Saúde da Família? Considere também, se houver, as experiências anteriores à sua inserção na Saúde da Família em João Pessoa. meses.

E5. Há quanto tempo, **EM MESES**, você trabalha **NESTA** Unidade de Saúde da Família? meses.

E6. Quantas **consultas individuais** você realiza **SEMANALMENTE** nesta Unidade de Saúde da Família? Pense em sua agenda e calcule uma média.

consultas/semana.

E7. De quantas **atividades de grupo** você participa **SEMANALMENTE** nesta Unidade de Saúde da Família?

grupos/semana.

E8. Considerando todas as atividades que você desenvolve na Equipe de Saúde da Família durante uma semana, qual o percentual médio do total de seu tempo dedicado a cada uma das atividades listadas a seguir:

E8a- Atendimento de demanda espontânea %

E8b- Atividades de acompanhamento de grupos específicos %
(gestantes, RN, Hipertensão, etc.)

E8c- Atividades de prevenção e promoção da saúde %

E9. Novamente, considerando todas as atividades que você desenvolve na Equipe de Saúde da Família durante uma semana, qual o percentual do total de seu tempo é dedicado a cada uma das atividades listadas a seguir.

E9a- Atividades realizadas apenas por mim %

E9b- Atividades realizadas com outros membros da equipe %

E10. Qual é o tipo de seu contrato para trabalhar nesta Unidade de Saúde da Família?

1. Estatutário

2. CLT

3. Contrato temporário

4. Prestador de Serviços

5. Outros

**APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com trabalhadores cirurgiões-dentistas,
enfermeiros e médicos.**

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome: _____	
Idade: _____	Sexo: _____
Formação: _____	
Residência, especializações, etc: _____	
Tempo de formação: _____ Tempo na Saúde da Família: _____	
Equipe de Saúde da Família: _____ Tempo na equipe: _____ meses	

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1- O QUE É TRABALHAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA VOCÊ? COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO AQUI NA UNIDADE?

2- PARA VOCÊ, QUAL É O PAPEL, A FUNÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA DENTRO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE JOÃO PESSOA?

3- VOCÊ PODERIA FALAR UM POUCO COMO É O TRABALHO AQUI NA SAÚDE DA FAMÍLIA, NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

4- E O SEU TRABALHO EM ESPECÍFICO?

5- A PARTIR DO QUE VOCÊ ME RELATOU, QUAL ENTÃO SERIA A FINALIDADE DO TRABALHO REALIZADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

6- QUAL OBJETO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA, QUER DIZER, SOBRE O QUE A SUA AÇÃO INCIDE?

7- QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE DURANTE A SEMANA NA SAÚDE DA FAMÍLIA?

8- QUAIS AS TECNOLOGIAS QUE ESTA EQUIPE UTILIZA DURANTE SEU TRABALHO?

9- COMO ESSAS TECNOLOGIAS CONTRIBUEM PARA QUE A FINALIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA SEJA ALCANÇADA?

10- E A QUESTÃO DOS INDICADORES E METAS? COMO ISSO ACONTECE AQUI NA UNIDADE?

11- COMO VOCÊ VISUALIZA A REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE AQUI EM JOÃO PESSOA?

12- COMO É A RELAÇÃO ENTRE A REDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA?

13- COMO É A O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA?

14- QUAIS AS POTENCIALIDADES DO TRABALHO AQUI NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

15- E QUAIS SERIAM AS FRAGILIDADES?

16- VOCÊ GOSTARIA DE FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DO QUE CONVERSAMOS?

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com trabalhadores NASF.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome: _____	
Idade: _____	Sexo: _____
Formação: _____	
Tempo de formação: _____	Tempo na Saúde da Família: _____
Formação complementar:	
Equipe de Saúde da Família: _____	
Tempo na equipe: _____ meses	
NASF? () Sim () Não	

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1- O QUE É TRABALHAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA VOCÊ?
COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO AQUI NA UNIDADE?

2- PARA VOCÊ, QUAL É O PAPEL, A FUNÇÃO INSTITUCIONAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA DENTRO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE JOÃO PESSOA?

3- QUAIS SÃO AS EXPECTATIVAS INSTITUCIONAIS ACERCA DO TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA AQUI NO MUNICÍPIO?

4- VOCÊ PODERIA FALAR UM POUCO COMO É O TRABALHO AQUI NA SAÚDE DA FAMÍLIA, NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

5- E O SEU TRABALHO EM ESPECÍFICO?

6- A PARTIR DO QUE VOCÊ ME RELATOU, QUAL ENTÃO SERIA A FINALIDADE DO TRABALHO REALIZADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? (EXPLORAR A FINALIDADE DE NÚCLEO E DE CAMPO, CASO O ENTREVISTADO NÃO ABORDE CLARAMENTE)

7- QUAL OBJETO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA, QUER DIZER, SOBRE O QUE A SUA AÇÃO INCIDE?

8- QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE DURANTE A SEMANA NA SAÚDE DA FAMÍLIA? QUAIS DESSAS ATIVIDADES SÃO EM EQUIPE?

9- QUAIS AS TECNOLOGIAS QUE ESTA EQUIPE UTILIZA DURANTE SEU TRABALHO?

10- COMO ESSAS TECNOLOGIAS CONTRIBUEM PARA QUE A FINALIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA SEJA ALCANÇADA?

11- E A QUESTÃO DOS INDICADORES E METAS? COMO ISSO ACONTECE AQUI NA UNIDADE?

12- COMO VOCÊ VISUALIZA A REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE AQUI EM JOÃO PESSOA?

13- COMO É A RELAÇÃO ENTRE A REDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA?

14- QUAIS AS POTENCIALIDADES DO TRABALHO AQUI NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

15- E QUAIS SERIAM AS FRAGILIDADES?

16- VOCÊ GOSTARIA DE FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DO QUE CONVERSAMOS?

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com gestores.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome: _____	
Idade: _____	Sexo: _____
Formação: _____	
Tempo de formação: _____	Cargo: _____ tempo no cargo: _____
Formação complementar: _____	

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1- QUAL É O PAPEL, A FUNÇÃO INSTITUCIONAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA DENTRO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE JOÃO PESSOA?

2- QUAIS SÃO AS EXPECTATIVAS INSTITUCIONAIS ACERCA DO TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA AQUI NO MUNICÍPIO?

3- VOCÊ PODERIA FALAR UM POUCO COMO É O TRABALHO AQUI NA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO?

4- A PARTIR DO QUE VOCÊ ME RELATOU, QUAL ENTÃO SERIA A FINALIDADE DO TRABALHO REALIZADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

5- QUAL OBJETO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA, QUER DIZER, SOBRE O QUE A SUA AÇÃO INCIDE?

6- QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE DURANTE A SEMANA NA SAÚDE DA FAMÍLIA? QUAIS DESSAS ATIVIDADES SÃO EM EQUIPE?

7- QUAIS AS TECNOLOGIAS QUE A GESTÃO ESTIMULA QUE SEJAM UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO NA ESF?

8- COMO ESSAS TECNOLOGIAS CONTRIBUEM PARA QUE A FINALIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA SEJA ALCANÇADA?

9- E A QUESTÃO DOS INDICADORES E METAS? COMO ISSO ACONTECE AQUI NO MUNICÍPIO?

10- COMO VOCÊ VISUALIZA A REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE AQUI EM JOÃO PESSOA?

11- COMO É A RELAÇÃO ENTRE A REDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA?

12- QUAIS AS POTENCIALIDADES DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

13- E QUAIS SERIAM AS FRAGILIDADES?

14- VOCÊ GOSTARIA DE FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DO QUE CONVERSAMOS?

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você esta sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada: “O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTÊNCIAL BRASILEIRO: UM ESTUDO DE CASO”. O seu objetivo é analisar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família e as suas contribuições para a mudança do modelo assistencial. Está sendo realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao programa de pós-graduação em Saúde Pública, como parte da tese de doutorado de Geraldo Eduardo Guedes de Brito, sob a orientação do Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes.

Farão parte do estudo os profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e gerentes que estão atuando nas equipes da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você foi selecionado (a) considerando sua prática profissional e a importância desta para a Saúde da Família no município de João Pessoa. Sua participação nesta pesquisa compreenderá a participar de uma entrevista e da observação direta do trabalho em sua unidade de saúde. A entrevista será gravada em mídia de áudio e a observação do trabalho na sua unidade será registrada em um diário de campo. A entrevista e a observação direta serão realizadas no seu próprio ambiente de trabalho.

O principal risco relacionado à sua participação é algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém os benefícios são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre a prática profissional na saúde da família. As informações obtidas serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão da mesma.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na unidade de saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o(a) Senhor(a) e a outra com a pesquisador responsável (Geraldo Eduardo Guedes de Brito), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (083) 9917-7070 e email (dudugjf@yahoo.com.br).

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM – órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz)- Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE- Cidade Universitária Fone: (81) 2101.2516, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas.

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Participante

Geraldo Eduardo Guedes de Brito (pesquisador responsável)

ANEXO A - Certidão de aprovação pelo CEP da pesquisa “A interdisciplinaridade na formação e no trabalho em saúde”, fonte dos dados quantitativos.

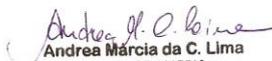


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião realizada no dia 27/02/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE”** da pesquisadora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro. Prot. Nº 0030/14. CAAE: 25443413.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO B - Declaração de cessão e autorização para a utilização de banco de dados do projeto “A interdisciplinaridade na formação e no trabalho em saúde”.



LE P A S C
Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva
Departamento de Fisioterapia – UFPB

**DECLARAÇÃO DE CESSÃO E AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE
BANCO DE DADOS**

Eu, Dra. Kátia Sueely Queiroz Silva Ribeiro, docente do Departamento de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, **cedo e autorizo a utilização** do banco de dados do projeto de pesquisa intitulado: **“A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE”** para o desenvolvimento do projeto de pesquisa **“O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO: UM ESTUDO DE CASO”**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE, de responsabilidade do doutorando Geraldo Eduardo Guedes de Brito sob orientação do Dr. Antonio Gouveia da Cruz Mendes.

Informo ainda que o projeto **“A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE”** já foi submetido e aprovado (CAAE: 25443413.2.0000.5588) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, conforme certidão em anexo.

João Pessoa, 06 de maio de 2014.

Dra. Kátia Sueely Queiroz Silva Ribeiro

**ANEXO C - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para a
realização da pesquisa.**



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 29 de abril de 2014

Processo Nº: 09.456/2014

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência da Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto "O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL: UM ESTUDO DE CASO.", a ser desenvolvida pelo pesquisador Geraldo Eduardo Guedes de Brito, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz PE, sob orientação do professor Dr. Antonio Gouveia da Cruz Mendes, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa Rede de Serviços.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Ana Paula Vasques Nogueira
Técnica da Gerência de
Educação na Saúde
Matr. 66.93940

Cristiane Mélo Poletto
Gerente da Educação na Saúde

ANEXO D - Aprovação pelo CEP da pesquisa “ O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e a reorientação do modelo assistencial: um estudo de caso”, fonte dos dados qualitativos.

plataformabrasil/visao/publico/indexPublico.jsf

Público	Pesquisador	Alterar Meus Dados
-------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL: UM ESTUDO DE CASO
 Pesquisador Responsável: Geraldo Eduardo Guedes de Brito
 Contato Público: Geraldo Eduardo Guedes de Brito
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 15/12/2014



- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
 Cidade: RECIFE

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5190 - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ
 Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Telefone: (81)2101-2639
 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior)

ANEXO E – Comprovação de submissão do artigo à Revista de APS.

The screenshot shows a web browser window with the URL `aps.uff.emnuvens.com.br/aps/author/submission/2691`. The page header includes logos for NATEX, REDEPOP (Rede de Educação Popular e Saúde), and the Ministério da Saúde. The main title is "REVISTA DE APS".

The page is divided into several sections:

- USUÁRIO:** Logged in as `dudugjf`. Links for [Perfil](#) and [Sair do sistema](#) are provided.
- AUTOR:** Shows submission statistics: [Ativo \(1\)](#), [Arquivo \(0\)](#), and [Nova submissão](#).
- CONTEÚDO DA REVISTA:** Includes a search bar, a dropdown menu for "Escopo da Busca" (set to "Todos"), and a "Pesquisar" button. Below are search filters for "Por Edição", "Por Autor", and "Por Título".
- TAMANHO DE FONTE:** Font size adjustment controls.
- IDIOMA:** Language selection dropdown set to "Português (Brasil)" with a "Submeter" button.
- INFORMAÇÕES:** Links for [Para Leitores](#) and [Para Autores](#).

The main content area displays the article details:

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #2691 > **Resumo**

#2691 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores	Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Antonio da Cruz Gouveia Mendes, Pedro Miguel dos Santos Neto, Danyelle Nóbrega de Farias
Título	PERFIL DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL
Documento original	2691-13457-2-SM.DOC 30-09-2015
Docs. sup.	Nenhum(a) INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Sr Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Data de submissão	30 de setembro de 2015 - 12:57
Seção	Artigos Originais
Editor	Isabel Leite - Editora Executiva

Situação

Situação	Em avaliação
Iniciado	30-09-2015
Última alteração	30-09-2015

Metadados da submissão

[EDITAR METADADOS](#)