

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus”***

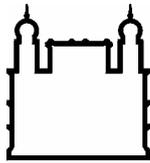
*por*

***Arlete Lima Simões***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas*

*Rio de Janeiro, abril de 2014.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***“Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus”***

*apresentada por*

***Arlete Lima Simões***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Garnelo Pereira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nair Chase da Silva

Prof. Dr. Flavio Ricardo Liberali Magajewski

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas – Orientador

Este trabalho é dedicado aos trabalhadores da saúde, especialmente aos sujeitos que tornaram possível esta pesquisa, proporcionando uma experiência prazerosa de convívio e aprendizado no cotidiano de suas práticas, verdadeiramente sentida quando se está junto.

## ***AGRADECIMENTOS***

A DEUS, pela experiência da vida e pela possibilidade de usufruí-la em toda sua plenitude.

Aos meus pais, Francisco e Raimunda Lima, grandes mestres na minha trajetória de vida.

Aos meus irmãos, Adelson, Arlene, Arlinda, Alice e Adilson pelo convívio, paciência e pelo amor incondicional.

Ao Aguiar Vasconcelos Simões, marido querido e grande parceiro nesta caminhada.

Aos estimados amigos que souberam compreender minha ausência nos momentos de grandes confraternizações, e aqueles com os quais pude compartilhar momentos de felicidades, especialmente, Ade e família, Mara e Família, Nildo e família, Herbert e família.

Ao professor Carlos Machado de Freitas pela disponibilidade em participar da orientação desta tese, sobretudo, por sua serenidade e sabedoria marcantes ao longo do percurso.

Aos colegas do doutorado, pelo compartilhamento de amizades sinceras e muitas angústias, alguns mais próximos por afinidades de temas, outros por afinidades de almas, especialmente, Adenilda, Evangeline, Elsia e Karla, pela parceria e intensidade dos encontros que deram leveza à caminhada.

Às meninas competentes da Secretaria Acadêmica, notadamente, Elen e Rose, sempre solícitas.

Ao Ycaro Verçosa dos Santos, bibliotecário da Fiocruz Manaus pelo seu pronto atendimento às inúmeras e desafiadoras demandas.

Às professoras Luiza Garnelo e Nair Chase que contribuíram sobremaneira na construção desta tese quando no momento da qualificação imprimiram sugestões valiosas que ajudaram a trilhar esse árduo caminho de produção científica. À Prof<sup>a</sup> Nair, importante registrar a conversa ocorrida na Escola de Enfermagem que foi marcante para mim, ajudando muito a enfrentar o campo, por isso, minha eterna gratidão.

À Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) por ter me permitido realizar o curso concedendo-me o direito à licença para qualificação profissional.

Ao Dr. Fábio Manabu, diretor da Policlínica Codajás, pelo apoio incondicional diante da negativa da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), na concessão de licença para estudo e aperfeiçoamento, tornando possível conciliar minhas atividades cotidianas às exigências acadêmicas, em razão da confiança estabelecida.

À Enf<sup>a</sup> Eliane Nogueira, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde pelo seu pronto atendimento às minhas solicitações.

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a política fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da atenção básica, voltada para imprimir mudanças na reorganização e reorientação das práticas de saúde, desenvolvidas na lógica do trabalho em equipes. Nesse modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho assume características peculiares como a definição de território de atuação e o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde, visando interferir no processo saúde-doença da população. Desse modo, para a realização desse conjunto de ações de saúde assume-se que o território de atuação não é só o ambiente das condições de vida e saúde da população, mas também o ambiente do processo de trabalho e saúde dos profissionais da atenção básica. Assim, no contexto do tema da Saúde do Trabalhador, torna-se relevante compreender como os profissionais desenvolvem suas práticas nos territórios sobre os quais assumem responsabilidade sanitária. Com efeito, a presente pesquisa teve como objetivo descrever e analisar as condições de trabalho de equipes de saúde da família, em contextos socioambientais vulneráveis e suas implicações no processo de trabalho e saúde dos seus membros. Trata-se de um estudo de caso, no âmbito da abordagem qualitativa com utilização das técnicas da observação participante, entrevistas e grupo focal. Os resultados revelaram que os trabalhadores desenvolvem suas práticas voltadas para o ambiente interno, considerado a UBSF, sendo que a infraestrutura desta constitui um fator que dificulta a realização do processo de trabalho, portanto, produtor de insatisfação. Dessa forma, embora os trabalhadores reconheçam estar num contexto de importantes vulnerabilidades, os discursos revelaram que os contextos repercutem muito menos em suas práticas laborais do que a infraestrutura inadequada das condições de trabalho, como a falta de materiais e equipamentos necessários para a produção de saúde no território. Em síntese, os profissionais desenvolvem suas práticas em ambientes desfavoráveis, tanto do ponto de vista das condições de trabalho no espaço físico da UBSF, como dos territórios em que atuam. Como proposta para garantir a promoção de ambientes saudáveis em consonância com as ações em Saúde do Trabalhador, apontamos a implementação de um planejamento harmonizado com a realidade concreta desses trabalhadores, isso implica inseri-los nesse processo, assim como, implementar ações no âmbito da UBSF em consonância com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quanto à garantia de infraestrutura necessária à realização das atividades, de forma a minimizar os impactos provocados pelo ambiente no processo de trabalho e saúde desses trabalhadores.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Ambiente de Trabalho; Territorialidade; Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is the fundamental policy of the Unified Health System (SUS) in the context of primary care, focused on print changes in the reorganization and reorientation of health practices, developed in the logic of teamwork. In this model of health care, the work process assumes peculiar features such as the definition of territory and the development of a set of health interventions, aiming to interfere in the health-disease process of the population. Thus, to achieve this set of health interventions is assumed that the territory of activity isn't just the environment of the living conditions and health of the population, but also the environment of the work process and health of the professionals basic attention. So, in the context of the issue of occupational health, it is important to understand how professionals develop their practices in the territories over which assume responsibility sanitary. Indeed, the present study aimed to describe and analyze the working conditions of family health teams in vulnerable social environmental contexts and their implications in the process of work and health of its members. This is a case study within the qualitative approach with the techniques of participant observation, interviews and focus group. The results revealed that workers develop their practices geared to the internal environment, considered the UBSF, being that this infrastructure is a factor that hinders the realization of the work process, therefore, producer of dissatisfaction. On the other hand, although the workers recognize being in a context of serious vulnerabilities, the discourses revealed that the contexts resonate much less in their work practices than the inadequate infrastructure of working conditions, such as lack of materials and equipment needed for the production of health the territory. In short, the professionals develop their practices in unfavorable environments, both in terms of working conditions in the infrastructure of UBSF as the territories in which they operate. As a proposal to ensure the promotion of healthy environments in line with the actions in occupational health, aim to implementing a harmonized planning with the objective reality of these workers, this implies inserting them in this process, as well as implement actions within the UBSF in line with the recommended in national politics of basic attention (PNAB), concerning the guarantee of necessary infrastructure to carry out activities in order to minimize the environmental impacts caused by the work process and health of these workers .

**Keywords:** Occupational Health; Working Environment; Territoriality; Family Health.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
1 JUSTIFICATIVA .....	10
2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	12
<b>CAPÍTULO I – SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA</b>	
<b>SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>14</b>
1.1 Breve panorama sobre Saúde do Trabalhador.....	14
1.2 Saúde do Trabalhador na Atenção Básica .....	16
<b>CAPÍTULO II – O TRABALHO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
2.1 Considerações sobre o trabalho na saúde .....	21
2.2 O processo de trabalho na saúde.....	23
2.2.1 O modelo assistencial Estratégia Saúde da Família .....	25
<b>CAPÍTULO III – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TERRITÓRIO E</b>	
<b>AMBIENTE NA INTERFACE COM O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE....</b>	<b>27</b>
3.1 Concepções sobre território e territorialização .....	27
3.2 Saúde e meio ambiente .....	30
<b>CAPÍTULO IV – VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL E ESTRATÉGIA</b>	
<b>SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>31</b>
4.1 Considerações sobre vulnerabilidades.....	31
<b>CAPÍTULO V – METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
5.1 Tipo de Estudo .....	36
5.2 A escolha do cenário de investigação e dos sujeitos envolvidos.....	36
5.3 As técnicas de abordagem utilizadas na pesquisa .....	37
5.3.1 Da observação participante .....	38
5.3.2 Das entrevistas .....	39
5.3.3 Do Grupo Focal.....	40
6 Análise dos dados.....	41
7 Considerações éticas .....	42
<b>CAPÍTULO VI – RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
6.1 Descrição do contexto social e ambiental .....	43
6.1.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	46
6.2 As condições de trabalho da equipe na perspectiva dos trabalhadores .....	47
6.2.1 Descrição do ambiente de trabalho.....	47
6.2.2 O processo de trabalho da equipe .....	48
6.2.3 O trabalho em equipe .....	49
6.3 Condições sociais e ambientais do território na perspectiva dos trabalhadores ....	49
6.3.1 O contexto socioambiental do território.....	50
6.3.2 A identificação dos problemas e as respostas às questões de saúde no	
território .....	50
6.4 A relação trabalho-saúde nos contextos socioambientais vulneráveis.....	51
<b>CAPÍTULO VII – DISCUSSÕES .....</b>	<b>53</b>
7.1 Condições de trabalho .....	53
7.2 Condições sociais e ambientais .....	57
7.3 A relação trabalho/saúde dos trabalhadores da ESF.....	61
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE 1 – Roteiro de observação participante .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista com os trabalhadores.....</b>	<b>77</b>

<b>APÊNDICE 3 – Roteiro de discussão em Grupo Focal.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Entrevistas com os trabalhadores. ....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para discussão em Grupo Focal. ....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE 6 – Artigo revisão de literatura sobre “Saúde da Família” .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo 1 – Rede de Atenção Básica do Distrito de Saúde Oeste/Manaus .....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo 2 – Área de abrangência da Equipe pesquisada .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo 3 – Situação da ESF em Manaus, setembro/2013 .....</b>	<b>104</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O espaço urbano construído .....	44
Figura 2 – Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), modelo antigo. UBSF pesquisada. ....	45
Figura 3 – Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), modelo antigo. UBSF pesquisada ....	45
Figura 4 – Nova estrutura de Unidade Básica de Saúde da Família.....	46

## INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira desenvolve suas ações considerando níveis de assistência (atenção primária ou básica, secundária e terciária), a partir de múltiplos processos de trabalho. No âmbito da Atenção Básica, primeiro nível de acesso da população ao sistema de saúde, a política de saúde denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), representa a principal proposta de reorientação desse modelo assistencial.

A ESF, como política de saúde, pressupõe o desenvolvimento de ações com equipes multiprofissionais, atuando em territórios específicos, cuja dinâmica socioambiental desses territórios deve ser compreendida por todos os seus trabalhadores, para que possam intervir efetivamente na realidade de saúde da população adscrita.

Como modelo assistencial, essa política tem o desafio de reorganizar o sistema de saúde no nível da atenção básica, por isso, os trabalhadores inseridos nesse processo, devem apropriar-se de tecnologias que possibilitem enfrentar os problemas de saúde das populações sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Paim (2009, p. 168), afirma que os “modelos de atenção à saúde ou ‘modelos assistenciais’ podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde”. Assim, impõe aos trabalhadores o manejo dessas tecnologias quando da organização do processo de trabalho que inclui saberes e instrumentos a serem utilizados em suas práticas cotidianas no âmbito da ESF.

Portanto, os processos de trabalho, entendidos como “modos específicos de trabalhar” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 36), das equipes da ESF, assumem relevância no estudo visto que devem estar voltados na perspectiva de mudanças nos perfis de saúde-doença da coletividade em territórios específicos.

Por isso, repousa sobre esses trabalhadores uma responsabilidade ímpar em relação ao processo saúde-doença das populações adscritas, tornando relevante compreender o trabalho dessas equipes e sua repercussão no processo saúde-doença desses sujeitos, inseridos em ambientes vulneráveis.

Com efeito, o presente estudo tem o propósito de investigar as condições de trabalho de equipes “Saúde da Família”, em contextos socioambientais vulneráveis, para compreender de que maneira o trabalho, incluindo o ambiente no qual é realizado, representa elemento de satisfação, e portanto, definidor de saúde, ou elemento de insatisfação, desse modo, produtor de doenças.

## 1 JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, de forma a impactar nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, MS, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Básica, representa a política de reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo atender os princípios preconizados por este, no sentido de possibilitar a reorganização do processo de trabalho desenvolvido na lógica de equipes.

Nesse modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho entendido como “modos específicos de trabalhar” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 36), possui características peculiares como a definição de território de atuação e o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde, visando interferir no processo saúde-doença da população, tal como definido na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, sobre a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, MS, 2011).

Desse modo, para a realização do conjunto de ações de saúde assume-se que o território de atuação não é só o ambiente das condições de vida e saúde da população, mas também o ambiente do processo de trabalho e saúde dos profissionais da atenção básica, estando estes num processo de transformação recíproca (ANTUNES, 2005).

No contexto do tema da Saúde do Trabalhador, compreender como ocorre a produção da saúde para as populações em territórios concretos torna-se de grande importância (MONKEN, et al., 2011). Ao mesmo tempo, desafia-nos compreender também, como as condições de trabalho, em territórios marcados por importantes vulnerabilidades, repercutem no processo saúde-doença da equipe.

Laurell e Noriega (1989), informam que para entender o processo saúde-doença do trabalhador necessário compreender a partir do seu processo de trabalho, pois é no processo de trabalho que o homem se apropria da natureza transformando-a e transformando a si mesmo. Com efeito, é no processo produtivo que ocorrem os processos de trabalho, por isso, o “objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (MENDES e DIAS, 1991, p. 347).

Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo Capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais *saudáveis*, num

processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade (DIAS, 1994, p. 68).

Os trabalhos científicos têm revelado que na abordagem sobre Saúde do Trabalhador há um predomínio para as análises com foco no trabalhador inserido na indústria e as repercussões inerentes. De igual modo, uma tendência de estudos envolvendo a doença ou o acidente como referenciais (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; LAURELL e NORIEGA, 1989). Para corroborar essa afirmação, Santana (2006), em estudo mais atualizado, apresenta as tendências dos trabalhos produzidos no âmbito dessa temática que envolve as doenças relacionadas ao trabalho e os acidentes.

Diante disso, a relevância do estudo é justificada a partir do ponto de partida da análise que desconsidera um evento específico como doença, mortes ou acidentes, para refletir essa temática no âmbito de uma realidade concreta – territórios vulneráveis social e ambientalmente, assim como, sujeitos determinados – os trabalhadores da ESF que têm nesses espaços seu lócus de atuação, visando compreender as condições laborais de equipes “Saúde da Família” e sua repercussão no processo de trabalho e saúde dos seus membros.

À luz dessas assertivas, importante assinalar que as questões de saúde pública fazem parte do cotidiano profissional desde 1998, quando do ingresso no serviço público estadual – Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), como Assistente Social. No entanto, a aproximação com a temática “Saúde do Trabalhador”, ocorreu por ocasião do ingresso também na Atenção Básica, na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) 2006, especificamente, no ano de 2009, quando realizado trabalho de supervisão junto aos profissionais da ESF.

Durante esse trabalho de visita às equipes localizadas no Distrito de Saúde Sul (DISA SUL), na cidade de Manaus, foi observado que as suas condições de trabalho quase sempre se mostravam desfavoráveis às práticas de assistência à saúde, em razão das carências institucionais que se somavam às carências sociais e ambientais nos espaços de atuação desses trabalhadores.

Dessa forma, a partir de uma aproximação com a realidade das condições laborais de equipes da ESF, temos como finalidade compreender o processo de trabalho e sua repercussão no cotidiano da prática laboral e no processo saúde-doença dos trabalhadores, suscitando discussões sobre trabalho e saúde em contextos vulneráveis, de forma a contribuir para ações voltadas à promoção de ambientes de trabalhos saudáveis.

## 2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

No campo de atuação do SUS, está o de promover ações voltadas para a Saúde do Trabalhador (ST). Assim, a Lei nº 8.080/90, art. 6º, §3º, traz como definição de saúde do trabalhador, um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como, recuperação e reabilitação destes, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, estabelece como objetivos a promoção da saúde do trabalhador e a melhoria de sua qualidade de vida, buscando prevenir os riscos de acidentes e danos à saúde advindos da sua relação com o trabalho, ou que ocorram no curso deste, visando eliminar ou reduzir os riscos nos ambientes de trabalho.

De igual modo, a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, aponta para a necessidade de uma articulação conjunta visando mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

Com efeito, dentre os objetivos preconizados nessa política está o de identificar as necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território, cabendo responsabilidades a todos os entes federativos. Nesse sentido, como competência dos gestores municipais está o de promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

O tema da Saúde do Trabalhador (ST) embora incorporado nas ações do SUS desde 1988, com a Constituição Federal, teve sua inserção recente na agenda da atenção básica, no município de Manaus, em 2006, tendo como marco legal a Portaria nº 653, de 19 de setembro de 2006, habilitando o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-Manaus). Portanto, oportuno frisar que a promoção de ambientes saudáveis constitui num dos escopos das ações em ST, por isso, torna-se necessário “o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais” (Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, art. 6º, III).

Nessa perspectiva, dada a amplitude que esse tema remete, optamos por compreender o processo de trabalho dos trabalhadores inseridos em equipes “Saúde da Família”, a partir da vivência destes nos territórios vulneráveis onde ocorrem suas práticas cotidianas, visando contribuir para a visibilidade desses sujeitos nos seus contextos, mas não somente, como

contribuição acadêmica, envolve suscitar reflexões que colaborem na promoção de ambientes favoráveis ao trabalho e saúde dessas equipes.

Como pergunta norteadora de pesquisa busca-se responder como as condições de trabalho de equipes de saúde da família, em contextos socioambientais vulneráveis, moldam os processos de trabalho e saúde dos seus membros?

Dessa forma, o presente estudo teve como **objetivo geral**: Descrever e analisar as condições de trabalho das equipes de saúde da família, em contextos socioambientais vulneráveis e suas implicações no processo de trabalho e saúde dos seus membros. Para tanto, foram delineados como **objetivos específicos**: Mapear e descrever os contextos socioambientais vulneráveis dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família; Compreender a dinâmica dos contextos socioambientais vulneráveis e sua repercussão na saúde dos trabalhadores; Identificar e analisar os processos de trabalho de uma equipe “Saúde da Família”, no âmbito do distrito de saúde oeste.

## **CAPÍTULO I – SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **1.1 Breve panorama sobre Saúde do Trabalhador**

A Saúde do Trabalhador (ST), historicamente como um campo de conhecimento surge no cenário nacional no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, sendo incorporada pela saúde coletiva nos discursos do movimento de reforma sanitária. Desse modo, ganha contornos de “campo de conhecimentos e de intervenção ligados aos determinantes do processo saúde-doença oriundos nos processos produtivos e suas implicações sociais diretas e indiretas sobre os trabalhadores, suas vidas e suas famílias” (VASCONCELLOS, 2007, p. 145; MENDES e DIAS, 1991).

Vasconcellos (2007, p. 161), apontando algumas singularidades conceituais identifica como característica e/ou paradigma da ST: “a objetivação do trabalhador como sujeito e protagonista da ação político-institucional, inclusive da construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção”.

A saúde do trabalhador [...] transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. A ST invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais "direitos" estão subordinados. A saúde do trabalhador arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito. Para essa missão a ST é ungiada pela Constituição Federal/88 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde (VASCONCELLOS, 2007, p. 162).

No clássico texto “Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador”, Mendes e Dias (1991, p. 347), abordando o tema no âmbito da saúde pública, afirmam que a saúde do trabalhador “rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho”. Portanto, esse conceito transcende a ideia de uma saúde do trabalhador baseada na medicina do trabalho e saúde ocupacional, superando essa lógica para buscar explicar sobre o adoecer e morrer das pessoas, particularmente, dos trabalhadores a partir dos seus processos de trabalho.

Com efeito, é nessa perspectiva que os aludidos autores afirmam que “a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico”. Outrossim, assinalam que nesse fazer histórico “os

trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade”.

Dias (1994, p. 68) conceitua Saúde do Trabalhador nos termos seguintes:

Saúde do Trabalhador surge enquanto uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade da saúde dos trabalhadores, e por extensão a da população como um todo, a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprios deste momento da história humana.

Desse modo, a ideia de saúde do trabalhador volta-se para os processos produtivos, os ambientes de trabalho e as relações que os sujeitos trabalhadores travam no interior dos espaços de produção, que em última instância, contribuem no processo de transformação social. Contudo, o “mundo do trabalho” tem vivenciado muitas transformações devido a crescente precarização nas condições de emprego e de trabalho, determinando em grande parte o modo de vida e saúde dos trabalhadores (SANTOS-FILHO, 2009).

A despeito disso, observa-se uma expansão do emprego na saúde pública brasileira nas décadas de 80 e 90, creditada em grande medida pelo processo de transição demográfica e epidemiológica (ROLLO, 2009).

Afirmam Viana e Dal Poz (2005, p. 227), que “as mudanças demográficas e epidemiológicas se entrecruzam, no Brasil, sendo que a transição demográfica tem nítida relação com a transição epidemiológica, em virtude da rápida transformação da estrutura etária da população”. Essas mudanças alteraram de forma significativa a demanda por serviços de saúde que conforme os autores, exigiram e continuam a exigir novos tipos de ações, intervenções e equipamentos.

Por essa razão, a ST representa um campo privilegiado “para a construção de um novo modo de entender e analisar a saúde-doença coletiva enquanto processo social”, sendo importante frisar o nosso entendimento de que os trabalhadores estão inseridos nesse contexto (LAURELL, 1989, p. 21). Nessa linha de raciocínio, “a saúde e o trabalho são experiências humanas decisivas e, portanto, é necessário entender como prioridade a afirmação da vida e a luta pela saúde a partir dos locais de trabalho” (BARROS; MORI; BASTOS, 2009, p. 101).

No escopo das ações de ST, o SUS assume a competência de empreender um conjunto de atividades voltadas para a promoção e proteção dos trabalhadores, devendo buscar garantir a recuperação e reabilitação da saúde desses sujeitos quando submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Lei nº 8.080/90, art. 6º, §3º). Isso aponta para uma complexidade a exigir respostas do setor saúde, por isso, como uma das instâncias

responsáveis por conduzir a política de ST, o SUS necessita de articulação com outros setores dentro do próprio sistema e para além deste, visando a garantia efetiva da promoção da saúde dos trabalhadores e de ambientes saudáveis, sendo que a atenção básica como primeiro nível de assistência à saúde da população, revela-se uma promissora alternativa.

Por essa razão, o nosso foco está voltado para o processo de trabalho dos trabalhadores da ESF, por entender que estes podem sinalizar respostas para o enfrentamento dos problemas relacionados às condições de trabalho, ao revelar suas vivências e práticas cotidianas no âmbito da atenção básica.

## **1.2 Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**

Dias e Silva (2013, p. 26), contextualizando o tema da ST, apresentam de forma pormenorizada como podem ser incorporadas ações de ST no contexto da atenção primária à saúde (APS), merecendo destaque a afirmação de que “é recente e incipiente a retomada da organização, de modo sistemático, de ações de cuidado integral à saúde dos trabalhadores no âmbito da APS”. Apesar dos avanços das ações com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, permitindo ampliar a visibilidade da área e da interlocução com gestores, essas autoras apontam como importantes dificuldades, ao se discutir a organização do cuidado à saúde dos trabalhadores na APS:

A desvalorização social traduzida na ausência de um plano de carreira, responsável por alta rotatividade dos profissionais, particularmente dos médicos; a deficiência da infraestrutura, refletida na precariedade da rede física; a inadequação das condições de trabalho; a ausência de fluxos bem definidos e eficientes de regulação; a hegemonia das ações assistenciais, que ocupam a maior parte do tempo de trabalho das equipes; as deficiências na formação e no suporte técnico para o enfrentamento de situações mais complexas; a sobrecarga de trabalho das equipes; a necessidade de mudanças no processo de trabalho das equipes, entre outras (DIAS e SILVA, 2013, p. 36).

Na verdade, para Vasconcellos, et al., (2013, p. 73-78), com a inclusão das ações de ST no SUS desde a CF/88 e Lei nº 8.080/90, “as relações entre saúde e trabalho passaram a compor o elenco de atribuições da Atenção Básica (AB)”. No entanto, esses autores afirmam que “as relações entre saúde e trabalho, historicamente marcadas por políticas contributivas, [...] sempre tiveram dificuldade de receber acolhimento nas políticas sanitárias distributivas e universalistas que o SUS inaugurou para o campo”.

Por essa razão, assinalam que as aproximações da ST com a atenção básica até hoje não foram totalmente alcançadas, o que não se justifica, pois a ST tendo seu objeto o

“trabalho” como conteúdo transversal a todas as ações de saúde, de outro lado, a atenção básica, com o desafio da reorientação do modelo assistencial, a categoria trabalho deveria estar presente como determinante primordial (VASCONCELLOS, et. al., 2013).

Na década de 90, a perspectiva de inclusão das ações de saúde do trabalhador no rol das atividades da atenção básica, não constava na agenda da área de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, vindo a compor somente no ano de 2000, efetivamente com a elaboração de um plano de ação em saúde do trabalhador (PAST).

O avanço da integralidade da atenção no SUS depende da incorporação pelos profissionais da Atenção Básica, principalmente da categoria “trabalho” como elemento fundamental na compreensão do processo saúde-doença da população e de seus impactos no ambiente. A institucionalização mais perene das ações de saúde do trabalhador necessita de ampliação da capacitação das equipes de atenção básica, especialmente dos ACS (VASCONCELLOS, et al., 2013, p. 89).

A despeito de todo arcabouço legal em ST, os profissionais do SUS, notadamente no nível da atenção básica, ainda não incorporaram em suas práticas o papel que o trabalho ocupa na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos e coletividades, sobretudo, os trabalhadores sujeitos que “se encontram praticamente fora do escopo da atenção básica à saúde” (LACAZ, et al., 2013, p. 76-81; DIAS e SILVA, 2013).

Essa afirmação pode ser corroborada pela incipiente literatura que discute o tema no âmbito da atenção básica, pois numa busca junto a base de dados da SciELO Brasil – *Scientific Electronic Library Online*, com os descritores saúde do trabalhador e atenção primária à saúde foi possível encontrar somente 13 artigos, mas com densidade científica suficiente para refletir sobre a relevância do assunto na sua relação com esse nível assistencial de cuidado à saúde (LACAZ, et al., 2013; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DIAS, et al, 2009; DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011; DIAS, 2013; PESSOA, et al., 2013; PESSOA, et al., 2013; SHIMIZU e ALVÃO, 2012; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; TRINDADE e PIRES, 2013; COSTA, et al, 2013; BECK, et al., 2010; GARCIA e FACCHINI, 2008).

Na atenção básica que exige um trabalhador multifacetado em suas habilidades, compreender e manejar as ações em ST constitui numa questão importante, visto que as condições laborais, quase sempre inadequadas, estão a interferir no processo de trabalho com repercussões importantes no processo saúde-doença desses trabalhadores.

A propósito, no âmbito desses estudos, um destes revelou que as demandas psicológicas elevadas no trabalho contribuíram para a ocorrência de Transtornos Mentais

Comuns (TMC) em trabalhadores da atenção básica. Os TMC são caracterizados por “sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010, p. 1586).

Dias, et al (2009, p. 2062 e 2068), introduz o tema da saúde do trabalhador na atenção primária afirmando que “as questões de saúde decorrentes de processos socioambientais, objeto dos campos da saúde ambiental (SA) e da saúde do trabalhador (ST) têm sido tratadas superficialmente e reduzidas à dimensão médico-assistencial. Por isso, um dos desafios a ser enfrentados no âmbito da atenção primária no sentido de incorporar ações de saúde do trabalhador, consiste em requalificar as ações existentes, “na perspectiva das relações produção/trabalho-ambiente e saúde”, tornando-se imperioso preparar os profissionais para “reconhecer os processos produtivos que ocorrem no seu território e suas repercussões sobre o viver e o adoecer das pessoas”.

De igual modo, como porta de entrada do sistema de saúde é necessário que a atenção primária esteja preparada para oferecer atenção adequada aos trabalhadores. Por isso, um importante desafio para as ações de Saúde do Trabalhador é que o conjunto de trabalhadores, neste incluídos também os gestores do SUS, “incorpore na sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e de que é necessário o envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores” (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011, p. 138).

Ao reforçar a importância do tema, Dias (2013, p. 71) afirma que ao incorporar as ações de saúde do trabalhador no âmbito da atenção primária, necessário incluir os trabalhadores da saúde e o trabalho que desenvolvem, pois “incorporar o trabalho no processo de cuidado é uma amplificação e qualificação deste, o que traz resultados positivos aos usuários e aos profissionais da saúde”.

Nesse sentido, propondo metodologias participativas Pessoa, et al., (2013), trazem uma discussão sobre ambiente e trabalho, desenvolvida junto aos trabalhadores e comunidade no sentido de compreender o processo saúde-doença no território. Noutro trabalho, Pessoa, et al (2013, p. 312), discute a importância da metodologia pesquisa-ação no planejamento de ações no âmbito da atenção primária, focando sobretudo as questões de saúde do trabalhador e saúde ambiental, afirmando que esse tipo de abordagem “favorece a percepção ecossistêmica dos problemas de saúde e o avanço na proposição de políticas públicas de saúde”.

Shimizu e Alvão (2012), trazem discussões sobre processo de trabalho e as repercussões no processo saúde-doença de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, propondo modelos de gestão mais democráticos. Ao lado disso, foi possível encontrar análises

sobre o processo de trabalho do ACS voltadas para compreender sua percepção sobre a relação trabalho-saúde-doença, revelando que as ações de saúde do trabalhador, por exemplo, no caso concreto dessa pesquisa, são incorporadas ao processo de trabalho de forma pontual, dependendo em grande medida de iniciativas pessoais, assim como, a insuficiente capacitação dos trabalhadores sobre as questões envolvendo a relação trabalho-saúde-doença (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Trindade e Pires (2013, p. 37), abordando sobre o tema da saúde do trabalhador no âmbito da atenção básica, trazem à discussão o processo de trabalho e as cargas inerentes, entendendo como cargas de trabalho os elementos que estão presentes no cotidiano laboral que “interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, podendo desencadear desgaste e adoecimento dos profissionais”. Assim, revelam um distanciamento entre o trabalho prescrito e o real preconizado pelo SUS e para esse modelo assistencial, ocasionando cargas de trabalho que impactam negativamente no processo de trabalho dos profissionais e porque não dizer no seu processo saúde-doença.

Garcia e Facchini (2008), estudaram a vacinação contra hepatite B entre os trabalhadores da atenção básica, considerando que a maioria dos estudos voltam-se para os trabalhadores no âmbito hospitalar. Corroborando seus achados, Costa, et al (2013, p. 7), investigaram a prevalência e os fatores associados à vacinação contra a hepatite B entre os trabalhadores da atenção primária à saúde, assim como, os fatores que determinam essa vacinação por parte dos trabalhadores. Entre outros fatores, o estudo revelou que houve prevalência de vacinação entre os profissionais com melhor escolaridade, os mais jovens e com participação em cursos na área de saúde do trabalhador, sugerindo haver maior percepção destes quanto aos riscos ocupacionais. Por outro lado, esse estudo também evidenciou baixa prevalência entre aqueles trabalhadores com vínculos precários de trabalho, sugerindo que “o emprego precário pode estar associado à deterioração da saúde do trabalhador em termos de acidentes, risco de doença, exposições perigosas e conhecimento sobre segurança e saúde ocupacional”.

Beck, et al (2013, p. 494), estudaram fatores que favorecem e dificultam o processo de trabalho de enfermeiros no âmbito da atenção primária à saúde, estando a valorização, o reconhecimento e a capacitação como fatores associados ao favorecimento, enquanto falta de recursos humanos, materiais e de equipamentos, assim como, a extensa cobertura territorial, os fatores associados às condições que dificultam o processo de trabalho. No cotidiano desses trabalhadores os entraves se apresentaram como de difícil solução, podendo comprometer a saúde do trabalhador, conseqüentemente, o desenvolvimento de suas atividades. Desse modo,

dizem os autores que “executar o trabalho na tentativa de burlar essas dificuldades, [...] além do descontentamento da comunidade, é uma tarefa árdua e pode contribuir para a sobrecarga física e mental do trabalhador”.

Diante disso, a organização do cuidado à saúde dos trabalhadores na atenção primária enfrenta muitos desafios, sendo apontadas algumas dificuldades que precisam ser consideradas ao se discutir esse assunto, como a “desvalorização social traduzida na ausência de um plano de carreira, [...] a deficiência da infraestrutura, refletida na precariedade da rede física; a inadequação das condições de trabalho, [...] a hegemonia das ações assistenciais, que ocupam a maior parte do tempo de trabalho das equipes [...]” (DIAS e SILVA, 2013, p. 36).

Assim, resta evidenciada a importância de discutir o tema da ST na atenção primária de forma a “penetrar e explorar a relação trabalho-saúde, para poder compreender como se articula e expressa a saúde-doença enquanto um processo social” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 21).

## **CAPÍTULO II – O TRABALHO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

### **2.1 Considerações sobre o trabalho na saúde**

Na perspectiva marxista o trabalho constitui o lugar sobre o qual repousa o universo de realização da atividade humana, representa um componente essencial para compreender as determinações sociais, porquanto “a vida humana não poderia configurar-se como tal se a própria humanidade não tivesse se apropriado das forças exteriores a ela e compreendido os elementos causais internos à realização dessas forças” (RANIERI, 2011, p. 131).

[...] a produção é a realização e incorporação social da necessidade tornada consciente, uma apropriação originada na atividade. [...] toda atividade humana está determinada por certo gradiente de intencionalidade – a consciência é responsável tanto pela reprodução conceitual (a abstração que coloca no centro da atividade, ao mesmo tempo, a conexão entre meios e fins e também a ideiação prévia a respeito do objeto), como pela produção espiritual, esta resultante da atividade mais complexa do ser humano, na esfera de criação já distanciada da relação imediata entre o homem e a natureza, mas cuja complexificação só tornou-se possível graças à sociabilização primeira do elemento natural (RANIERI, p. 130).

Com efeito, sob esse prisma, para compreender a sociedade é necessário entendê-la no contexto do desenvolvimento do próprio trabalho, pois este determina o conjunto da vida humana, satisfazendo necessidades, mas ao mesmo tempo, criando necessidades.

No setor saúde, a organização do trabalho apresenta um forte componente gerencial taylorista/fordista, caracterizado por postos de trabalho separados, mas encadeados, tarefas simples e rotineiras, geralmente prescritas, intensa divisão técnica do trabalho com a separação entre concepção e execução, com possibilidades mínimas de intervenção autônoma no processo de trabalho (DELUIZ, 2001, p. 10-11).

Nessa perspectiva, os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do trabalho em razão do parcelamento das tarefas, ficando restritos a operações mínimas, tendo como consequência, uma parcela menor encarregada de pensar o processo de trabalho para um número crescente de trabalhadores que devem tão somente executar as atividades (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No âmbito da ESF, impõe-se a superação dessa lógica de trabalho parcelar para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva do trabalho em equipes, estando estas inseridas em territórios determinados, sobre os quais devem atuar na produção da saúde de populações. Assim, nos termos da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são características do processo de

trabalho dessas equipes, o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, com recomendação de evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias para não dificultar o acesso dos usuários. Além disso, as equipes devem implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão no sentido de fomentar a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, assim como, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado (item 5, II, VIII).

Nesse sentido, como uma estratégia de reorganização da atenção básica brasileira essa política, ESF, visa também favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (item 7, PNAB).

Feuerwerker (2005, p. 501) afirma que “o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, por essa razão, está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática”. Também, uma outra característica do trabalho em saúde diz respeito ao alto grau de imprevisibilidade com possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem (FARIA e ARAÚJO, 2010).

Nessa perspectiva, Merhy e Feuerwerker (2009), ampliando a discussão sobre o trabalho, assinalam sobre o trabalho vivo (trabalho criador) e trabalho morto (produtos-meio) envolvidos no processo de trabalho, nos termos seguintes:

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem). A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Dessa forma, afirmam esses autores que as práticas de saúde como toda atividade humana constituem atos produtivos, porquanto tem o condão de modificar algo, além disso, produzem, ou devem produzir, algo novo. Assim, as práticas de saúde configuram trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Outrossim, essas práticas são constituídas a partir de sua finalidade social historicamente construída.

O trabalho em saúde na perspectiva de prestação de serviços assume algumas características:

[...] o trabalho em saúde como prestação de serviços traz a característica especial de presença humana em todos os componentes do processo, isto é, o ser humano e suas necessidades encarnando-se como 'objetos' de intervenção, com a finalidade de produzir ações de saúde ou, mais precisamente, de 'produzir saúde'. Esse processo traz ainda outra característica especial: a de se instituir como interferência mútua através da interação entre o ator que demanda e o que presta os serviços (utilizando-se de diversos saberes/recursos), cada ator com história e conhecimentos singulares, vivos, que devem ser 'acolhidos' e interagirem constituindo-se ambos os atores como sujeitos na ação. Todos, portanto, interferindo no processo e no resultado final (BARROS; SANTOS FILHO; GOMES, 2012, p. 36).

Dessa forma, com a finalidade de produzir saúde, na interação com os sujeitos, as práticas de saúde são desenvolvidas obedecendo a um certo rito, visto que o processo de trabalho em saúde assume um caráter prescritivo, normativo que perpassa todas as esferas institucionais.

O trabalho prescrito diz respeito ao planejamento, dando idéia de antecipação, isto é, pressupõe uma concepção teórica do que se deve fazer, em que uma organização prescreve os meios e as condições disponíveis para execução da atividade. Assim, grosso modo, encontram-se a disponibilidade de materiais e as condições de trabalho como parte do trabalho prescrito.

Por outro lado, “os trabalhadores no contato com o meio de trabalho modificam-no, subvertem-no com o intuito de dar conta das variabilidades, das infidelidades que se apresentam incessantemente”. Nesse caso, trata-se do trabalho real que abarca todas essas alterações presentes no cotidiano, exigindo dos trabalhadores o gerenciamento da distância que há entre o que está prescrito e o trabalho real manifesto na prática cotidiana (BARROS; SANTOS FILHO; GOMES, 2012, p. 42 e 44).

## **2.2 O processo de trabalho na saúde**

Laurell e Noriega (1989, p. 36), trazem importantes contribuições sobre o processo de trabalho e as características que assume em diversos momentos históricos do capitalismo, entendendo que “na sociedade capitalista, o processo de produção organiza toda a vida social”, conformando as relações sociais e ordenando os processos de trabalho, estes entendidos como “modos específicos de trabalhar”.

Esses “modos específicos de trabalhar” – os processos de trabalho, assumem características peculiares no setor saúde, pois o “trabalho em saúde é hoje, majoritariamente,

um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho”. Assim, inserido na esfera da produção não material, se completa no ato de sua realização, sendo o seu produto a própria realização da atividade (RIBEIRO, 2004, p. 438-439; PIRES, 2000).

Desse modo, os trabalhadores da saúde, no cotidiano profissional são confrontados entre o trabalho prescrito e o real, sendo reforçada essa ideia por Faria e Araújo (2010, p. 432), quando afirmam que trabalho prescrito “refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores”.

Nesse cenário, os trabalhadores da saúde convivem com práticas de gestão que parecem desconhecer as suas necessidades para o desenvolvimento de suas tarefas, pois as práticas tradicionais de gestão dos serviços focam-se na otimização do uso dos recursos em detrimento das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores (ASSUNÇÃO e JACKSON FILHO, 2011).

Por isso, na sociedade capitalista o processo de trabalho se define como “o conjunto das condições de produção, nas quais a força de trabalho e o capital se transformam em mercadoria e lucro” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 83-84).

Para Antunes (2005, p. 68) é por meio do seu processo de trabalho que o homem transforma o ambiente e a si mesmo, sendo que “esse processo de transformação recíproca faz com que o trabalho social se converta em elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana”.

Com efeito, para compreender o processo saúde-doença dos trabalhadores da saúde na sua relação com o trabalho, torna-se necessário considerar os espaços sociais nos quais estão inseridos, assim como, os seus “modos específicos de trabalhar” no contexto da sociedade capitalista.

Na concepção da Medicina Social, o processo saúde-doença deve ser entendido “não somente como um processo biopsíquico, mas antes de tudo, como um processo social”. Significa afirmar que o nexos biopsíquico deve ser entendido na concretude do processo histórico, num momento determinado, pois o trabalho em si, tem que ser entendido como processos corporais, mas também como uma expressão concreta da relação de exploração, através de sua organização e divisão (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 100).

os perfis de saúde-doença de um determinado grupo populacional estão determinados pelos processos de reprodução social de suas condições objetivas de existência (nível particular), os quais estão determinados pelos processos que regem a reprodução geral dessa sociedade e que estabelecem a forma particular de inserção do referido grupo em tais processos gerais (CASTELLANOS, 1990).

Barata (2005, p. 14), corroborando esse entendimento a partir da teoria da produção social da doença afirma que a reprodução social é o movimento de conformação, consolidação e transformação das organizações sociais. Nesse sentido, os sujeitos sociais conformam uma realidade, consolidam e/ou transformam a partir do seu processo de trabalho, por isso, importante compreender como isso ocorre, pois os “modos de fazer” têm relação sobre os determinantes da saúde do trabalhador.

Como determinantes no processo saúde-doença do trabalhador há de se considerar sobretudo, as condições de trabalho em que estão incluídas as atividades corporais e mentais dos trabalhadores, mas também, estão presentes os elementos “materiais, físicoquímicos, *ambientais*, temporais e também as *relações de trabalho*” (ABRAMIDES e CABRAL, 2003, p. 7, *grifamos*).

No caso em estudo, os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), têm como espaço de atuação territórios diversificados, com problemas socioambientais heterogêneos, por isso, torna-se fundamental conhecer a prática social desses sujeitos, para compreender como suas condições de trabalho moldam sua práxis e a saúde.

### **2.2.1 O modelo assistencial Estratégia Saúde da Família**

A Atenção Básica, primeiro nível de assistência à saúde da população, considerada a “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde (SUS), tem um importante papel no processo saúde-doença da população, inclusive quando editado o documento “*Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*”, em 2006, pelo Ministério da Saúde (MS), elegeu-se 6 (seis) prioridades, estando entre estas, a Promoção da Saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2007, p. 11).

Esse nível de assistência à saúde tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua política fundamental e prioritária para sua organização, sendo que o território representa uma das características dos processos de trabalho pelo qual as equipes assumem responsabilidades. Essa forma de organização visa imprimir mudanças significativas no processo de saúde-doença da população assistida visto que a equipe de trabalhadores, em tese, tem o conhecimento da população presente num território específico.

Para Teixeira (2002, p. 156), quando se busca imprimir mudanças no modelo assistencial, a exemplo da proposta da ESF, deve-se construir “modelo (s)” que levem em conta a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos populacionais. Essa autora conceitua modelos de atenção à saúde nos termos seguintes:

Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

A ESF em termos teóricos visa a construção desse novo “modelo” de assistência à saúde das populações, demandando para isso, uma redefinição do objeto de trabalho o qual exige a utilização de saberes e tecnologias que precisam ser apropriadas pelos trabalhadores, individualmente, como pelos sujeitos coletivos, estes entendidos como a equipe multiprofissional e população organizada em torno da promoção da saúde (TEIXEIRA, 2002, p. 157).

No Brasil, esse modelo assistencial foi concebido como Programa de Saúde no ano de 1994, “inicialmente voltado à extensão de cobertura”, adquirindo centralidade na agenda do governo, transformou-se na principal estratégia para a reorganização do sistema de saúde no nível da atenção básica, denominando-se a partir de 2006, oficialmente, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (GIOVANELLA, et al, 2009, p. 784).

Dessa forma, como deve ser a todo sistema de saúde, ao SUS, por meio da ESF, impõe atingir pelo menos duas metas, de acordo com Starfield (2002, p. 19), a primeira a de “otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde”. Ao lado disso, a segunda meta, igualmente importante consiste em “minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde”.

É nessa direção que o modelo de prestação de serviços de saúde, baseado no trabalho em equipes Saúde da Família se mostra como uma possibilidade real de garantia do acesso de populações inseridas em territórios adscritos à equipe de trabalhadores.

## **CAPÍTULO III – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TERRITÓRIO E AMBIENTE NA INTERFACE COM O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE**

### **3.1 Concepções sobre território e territorialização**

A categoria território assume diversos significados a depender do seu uso em determinadas áreas do conhecimento, visto que o termo território tem caráter interdisciplinar e polissêmico. No entanto, uma questão fundamental sobre território é que o seu conceito expressa sempre relações de poder (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Nesse sentido, Haesbaert (2007), afirma que a concepção de território guarda relação com poder, mas não apenas ao tradicional ‘poder político’, pois diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação. Em outros termos, afirma esse autor que todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar ‘funções’ quanto para produzir ‘significados’.

O território, portanto, se apresenta sob múltiplas expressões, como expressão do olhar cultural ou simbólico-cultural diz respeito à valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido. Do ponto de vista econômico, o território é concebido enquanto dimensão espacial nas relações econômicas, ou seja, o território passa a existir quando consiste em fonte de recursos. E finalmente, na visão naturalista o território se fundamenta nas relações entre a sociedade e a natureza, entre o homem e o ambiente físico para exercer sua territorialidade (HAESBAERT, 2007).

No setor saúde o território assume um papel importante, sobretudo, no âmbito da atenção básica com as equipes de Saúde da Família, cujas práticas assistenciais devem estar voltadas para uma população em territórios adscritos, de forma que as intervenções sobre os problemas de saúde, sejam também sobre as condições de vida das populações.

As práticas de saúde no bojo desse modelo assistencial são mediadas pelos chamados distritos sanitários cuja concepção inerente remete à ideia de território, sendo a micro-área um espaço privilegiado, mas não o único, para o enfrentamento dos problemas de forma contínua, através de ações direcionadas onde se concentram, relativamente, os problemas de saúde (MENDES, 1993).

Becker (2010), estabelecendo distinção entre território e territorialidade, afirma que o território representa o espaço da prática, implica a noção de limite, manifestando a intenção de poder sobre um determinado espaço no qual as práticas e vivências dos atores são estabelecidas. Por outro lado, a essa relação com o intuito de influenciar e controlar uma área geográfica específica, ou seja, o território, a autora denomina territorialidade humana.

O processo de territorialização na atenção básica representa o principal desafio para a realização do trabalho das equipes de trabalhadores da ESF que envolve suplantar a ideia de identificar no território os agravos prevalentes, para abordar e compreender as vulnerabilidades e os determinantes no território. Nesse sentido, Monken e Barcellos (2005, p. 902), abordando o tema da vigilância em saúde, definem o processo de territorialização como o “reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários”.

Para Dias (2009, p. 2066), a ideia de território “transcende a dimensão de espaço geográfico fixo”, em razão de sua permanente construção e por apresentar características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas.

Com efeito, para uma análise sobre a situação de saúde de uma população é importante considerar essa dinamicidade do território e sua lógica, pois são nesses espaços que estão distribuídas populações humanas conforme suas similaridades culturais e socioeconômicas, visto que “o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, processo que tem importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos” (BARCELLOS et al, 2002, p. 130-131).

Nessa perspectiva, o território, seria mais do que um depositário de atributos da população, como também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (SANTOS e RIGOTTO, 2010). Com efeito, a ideia proposta por Barcellos et al., (2002, p. 131) sobre *espaço-lugar* está definida nos termos seguintes:

(...) um conjunto de lugares, resultado da interação singular de grupos sociais com seu entorno mais próximo, ou a coexistência de “grupos socioespaciais particulares” que, apesar de compartilhar o mesmo espaço, possuem diferentes modos de vida, relações de trabalho e relações com o ambiente.

Esse entendimento remete-nos à relação dos trabalhadores da ESF com o território em que atuam, pois embora compartilhem o mesmo espaço, possuem modos de vida e relações de

trabalhos diferenciados, por isso, a maneira de interagir com o ambiente e a influência deste na saúde e trabalho pode ocorrer de modo diferenciado para os membros da equipe.

A dinâmica do território abordada por Viana et al., (2008, p. 80), reforça a ideia de que “as condições de vida e saúde advindas da dinâmica urbana têm uma influência cada vez maior e mais importante sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde, sobretudo, em relação à Atenção Básica”.

Santos e Rigotto (2010, p. 403)), numa abordagem sobre relações entre o trabalho, ambiente e saúde apontam algumas alternativas possíveis no sentido de ampliar o olhar dos profissionais da atenção básica sobre o território, como a superação dos limites da unidade de saúde e do modelo tradicional, (re) construindo vínculos com o lugar e adequando as ações de saúde à singularidade de cada contexto.

De igual modo, o território como elemento dinâmico deve ser considerado, sobretudo porque as ações desenvolvidas no âmbito da “Saúde da Família” exigem conhecimento desses espaços onde devem ocorrer intervenções no processo saúde-doença da população (VIANA et al., 2008; SILVA JÚNIOR, et al., 2010).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que trata da Política Nacional de Atenção Básica, estabelece em seus fundamentos e diretrizes que o território deve ser adscrito às ações de saúde da população correspondente aquele espaço territorial, de maneira a impactar nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território. Essa adscrição dos usuários constitui num processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos aos profissionais de saúde, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

No enfrentamento dos problemas de saúde que impedem a sua efetiva realização como direito humano fundamental, está a questão da territorialidade dos problemas que significa focar os problemas de saúde em seus vínculos territoriais, incluindo os aspectos geográficos, políticos, federativos, comunitários, culturais, respeitando as especificidades locais e regionais que se revelam quando da vinculação dos problemas ao território (RIBEIRO, 2007, p. 1530).

Dessa forma, as características de um território podem ser assim resumidas:

- sempre tem limites que podem ser político-administrativos;
- contém as relações entre seus habitantes;
- é uma construção social em permanente mudança;
- é relativamente homogêneo internamente, com uma identidade que vai depender da história de sua construção;
- e o mais importante: ele é portador de poder. Nele se constroem e se exercitam os poderes de atuação tanto do governo como de seus habitantes (MONKEN; BARCELLOS; PORTO, 2011, p. 165).

Para esses autores, “a identificação de problemas de saúde no território deve, portanto, suplantiar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis por meio de notificações, para abordar e contemplar a *compreensão das vulnerabilidades* e dos determinantes” (MONKEN; BARCELLOS; PORTO, 2011, p. 174, *grifo nosso*).

A ideia de território neste trabalho abarca também a de ambiente que em perspectiva ampliada, considera-se ambiente como resultante das relações do ser humano com o mundo natural no decorrer do tempo. Nesse contexto, inclui-se o meio ambiente do trabalho que constitui o local onde as pessoas desempenham suas atividades laborais cujo equilíbrio está baseado na salubridade do meio, de forma a não comprometer a incolumidade físico-psíquica dos trabalhadores (FERNANDES, 2009).

### **3.2 Saúde e meio ambiente**

Freitas (2005, p. 691), a partir de uma análise sobre a produção científica com foco no tema ambiente e sua incorporação pela saúde coletiva, afirma que há “predominância de uma produção que qualitativamente pouco associa os problemas de saúde e ambiente às suas dimensões sociais, políticas e econômicas”. Essa afirmação sugere que “pode estar relacionada à predominância das noções de saúde e ambiente centradas nos aspectos biológicos e biofísicos simultaneamente, em detrimento das noções centradas nos processos históricos e sociais”.

Para corroborar essa afirmação, na literatura sobre “Saúde da Família”, do universo de 422 artigos, foi possível extrair somente quatro trabalhos envolvendo ambiente na sua relação com a saúde, sendo que Cohen et al., (2004), abordaram o tema da habitação saudável para refletir sobre a sua relação com as questões de saúde e ambiente. Nessa mesma linha, Azeredo et al., (2007), avaliaram as condições habitacionais e de saneamento básico de famílias assistidas por equipes do PSF como fatores determinantes e condicionantes de saúde e qualidade de vida. Nesse compasso, Sant’Anna, et al., (2010) e Addum, et al., (2011), corroboram a importância das questões ambientais no cotidiano da prática profissional das equipes. Com efeito, esses estudos apontam para a necessidade de ações que considerem o ambiente como um elemento importante na produção de saúde da população.

## CAPÍTULO IV – VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### 4.1 Considerações sobre vulnerabilidades

De acordo com Ayres, et al (2009), o termo vulnerabilidade emerge no campo da saúde na década de 1990 com a questão da AIDS. Nesse contexto, o conceito se desenvolve no sentido de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Desse modo, os autores alertam para diferenças existentes entre os termos vulnerabilidade e risco, afirmando não serem expressões sinônimas. Assim, apontam vários aspectos que os diferenciam entre si, dentre os quais, o caráter não-probabilístico da vulnerabilidade. Por outro lado, risco epidemiológico, grosso modo, dizem que “é a probabilidade de que um indivíduo qualquer pertencente a um dado grupo identitário (expostos) venha também a pertencer a um outro grupo identitário (afetados)”. Em outros termos, “se o risco busca expressar as chances matemáticas de adoecimento de um indivíduo qualquer, desde que portador de um certo traço identitário específico, a vulnerabilidade quer expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e cada um dos indivíduos que viva em um certo conjunto de condições” (AYRES, et al., 2009, p. 131-132).

A vulnerabilidade tem uma dimensão relacional, pois uma situação vulnerável está sempre relacionada a uma responsabilidade bilateral. Portanto, “as pessoas não *são* vulneráveis, elas *estão* vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço” (AYRES, et al., 2009, p. 138, *grifo nosso*).

Na definição da Estratégia Internacional para Redução de Desastres das Nações Unidas (UNISDR), tendo a sigla correspondente em português EIRD – Estratégia Internacional de Redução de Desastres, o termo vulnerabilidade consiste em “condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais, que aumentam a suscetibilidade de uma comunidade ou sociedade ao impacto de ameaças”.

Nesse documento salienta-se ainda que “dentre os processos que integram a vulnerabilidade encontram-se, por exemplo, a construção de habitações ou instalações de modo inadequado e não seguro, a ausência de informação e conscientização pública, assim como, a gestão ambiental insuficiente”. Por outro lado, risco consiste na “probabilidade de conseqüências prejudiciais ou perdas esperadas, resultado de interações entre ameaças

naturais ou tecnológicas e *condições de vulnerabilidade*” (*grifamos*). (UNISDR, 2009; <<http://www.ensp.fiocruz.br/desastres/>>).

Com efeito, reitera-se a necessidade de se fazer a distinção entre o risco e vulnerabilidade, pois embora pareçam imbricados entre si, as dimensões que cada termo comporta tem repercussões diferentes na realidade concreta. Dizendo de outro modo, o olhar para a realidade na perspectiva da vulnerabilidade carrega um sentido de apreender essa realidade que é dinâmica, numa abordagem que pressupõe e demonstra, simultaneamente, que a redução da vulnerabilidade “não parte do indivíduo em relação ao outro e seu entorno. As mudanças mais profundas e interessantes acontecem quando enxergamos e construímos possibilidades de os indivíduos estarem uns diante dos outros em seu entorno, de modo a tornar a saúde de todos mais satisfatória” (AYRES, et al., 2009, p. 140-141).

De acordo com Porto e Pivetta (2009, p. 216-217), o termo vulnerabilidade “articula duas dimensões simultaneamente, a social e a ambiental, sendo, portanto, um conceito dinâmico e contextual”.

Em contextos vulneráveis são as vulnerabilidades presentes na sociedade que representam uma ameaça maior à saúde, tanto individual quanto coletiva. As vulnerabilidades socioambientais resultam em gradientes ou diferenciais de exposição a condições insalubres e múltiplas situações de risco presentes sobre os grupos e territórios que vivem mais à periferia social e econômica do desenvolvimento, e decorrem de processos econômicos, sociais, políticos e culturais que produzem diferentes formas de discriminação, injustiças e desigualdades sociais [...]. Promover a saúde no âmbito comunitário e territorial significa, em boa parte, entender e interferir nos processos que geram vulnerabilidades socioambientais, pois são eles que permitem compreender os processos saúde-doença em articulação com os determinantes sociais da saúde, um objeto central da saúde coletiva (PORTO e PIVETTA, 2009, p. 216-217).

Esses autores consideram vulnerabilidade uma categoria importante para compreender, no campo da saúde pública, os processos sociais e as consequentes ameaças à saúde de forma contextualizada e dinâmica. Dito isto, Sobral, et al., (2010, p. 390), trazem à tona a categoria vulnerabilidade para afirmar que a “vulnerabilidade humana, resultante da pobreza e da desigualdade social, potencializa os riscos”. Esses autores relacionam essa vulnerabilidade como a “capacidade da comunidade suportar e responder adequadamente a determinado evento”.

Freitas, et al., (2012, p. 1578-1579), afirmam que a vulnerabilidade das sociedades ou comunidades apresenta estreita relação com os níveis de desenvolvimento. Desse modo, a vulnerabilidade socioambiental é resultante de “estruturas socioeconômicas que produzem

simultaneamente condições de vida precárias e ambientes deteriorados, se expressando também como menor capacidade de redução de riscos e baixa resiliência”.

Nessa mesma direção, Natenzon (2002), ao apresentar as explicações sobre inundações na Argentina, afirma que a vulnerabilidade tem relação com as estruturas socioeconômicas, sendo um risco constitutivo da sociedade. Por isso, a autora destaca a necessidade de conhecer os aspectos socioeconômicos e o processo histórico dos grupos sociais envolvidos no contexto.

Reforçando esse argumento, Freitas e Ximenes (2012, p. 1612) discutem a partir de uma revisão de literatura, entre outras questões, o impacto de desastres naturais como as enchentes, para as populações e comunidades em situação de vulnerabilidade, afirmando que num cenário sob essas condições “é previsto que as populações mais vulneráveis e menos preparadas sofram cada vez mais as conseqüências”.

Porto (2007), traz alguns elementos importantes para refletir sobre o termo vulnerabilidade, dialogando com áreas do conhecimento como a física às ciências biológicas, biomédicas e ciências humanas, com o intuito de informar como a saúde pública se apropria desse conceito. É neste campo que o autor ressalta que o conceito de vulnerabilidade assume outros elementos, não ficando restrito à dimensão biológica, ao incorporar questões sociais, econômicas e culturais na análise de certas doenças.

Nesse sentido, para Porto (2007, p. 154) o termo vulnerabilidade “visa caracterizar grupos populacionais específicos mais atingidos ou fragilizados por aspectos sociais – como a pobreza – ou genéticos, diante de fatores de risco e do surgimento ou agravamento de certos problemas de saúde”. Diz ainda o autor que esses grupos populacionais considerados vulneráveis podem ser assim denominados a partir de alguns critérios, sendo um desses, a região que habitam.

Numa perspectiva social e ambiental, Alves (2006, p. 43), define vulnerabilidade socioambiental como “a coexistência ou sobreposição espacial entre grupos populacionais muito pobres e com alta privação (vulnerabilidade social) e áreas de risco ou degradação ambiental (vulnerabilidade ambiental)”. A combinação dessas duas dimensões é denominada pelo referido autor como uma situação de vulnerabilidade socioambiental.

Por isso, corroboramos o entendimento de que vulnerabilidade socioambiental envolve a sobreposição de múltiplos fatores relacionados, desde a precariedade da infra-estrutura básica, alcançando questões ligadas às catástrofes ambientais como enchentes, por exemplo, com reflexos importantes no processo saúde-doença da população de um modo geral, e porque não dizer, dos trabalhadores da saúde inseridos nesses contextos.

Com efeito, é possível apreender a dinâmica do processo saúde-doença a partir dos cenários socioambientais que a realidade apresenta. No entanto, Confalonieri (2005) afirma que existem poucos estudos abrangentes relacionando a dinâmica socioambiental do contexto amazônico com os perfis epidemiológicos, por exemplo. Por isso, propõe a partir de um conceito ampliado de paisagem, explicar os determinantes de saúde e seus impactos mais importantes na perspectiva do que denomina macropaisagens amazônicas, ou seja, paisagens naturais, antropizadas e construídas, com destaque aqui para esta última paisagem na qual estão inseridas populações essencialmente urbanas.

A paisagem construída traz em seu bojo, segundo o autor, eventos que têm relação determinante no processo saúde-doença da população como doenças degenerativas, acidentes/violência e endemias urbanas, assim como, “a existência de agravos de natureza infecciosa e parasitária típicos de periferias urbanas com saneamento deficiente, como é o caso da leptospirose e da febre da dengue”. Em síntese, esse estudo traz à tona a influência das questões socioambientais no modo de viver e adoecer das pessoas (CONFALONIERI, 2005, p. 224-228).

Para uma análise sobre as condições de trabalho das equipes da ESF, inseridos em espaços de vulnerabilidade socioambiental, importante considerar os contextos e as múltiplas relações dos trabalhadores com esses lugares, entendendo a dinâmica socioambiental no âmbito dessa “paisagem construída”. Nesse caso, necessário apreender a realidade para compreender os agravos a esta relacionados, mas sobretudo, para entender como ocorre a produção do cuidado nesse contexto, marcado entre outras questões, pela presença da violência como um evento importante no cenário urbano/construído.

Durante a pesquisa, a aproximação com esses contextos socioambientais vulneráveis, permitiu vivenciar as práticas laborais cotidianas dos trabalhadores da ESF, coexistindo com a violência no processo de produção do cuidado, revelando um aspecto da vulnerabilidade social presente naquele território.

A violência que atinge profissionais da ESF já foi relatada na literatura por Silveira (2013, p. 218-219), que traz ainda o conceito de violência vicária como “resultado da escuta dos relatos de moradores vítimas de violência ou do testemunho de situações de violência e desrespeito”. Essa situação, diz essa autora, produz “sentimentos de impotência, ambivalência e dúvida quanto aos limites entre a ação de saúde e a ação social”. O agravante disso, é a chamada “naturalização da violência”, pois esta passa a ser encarada pelos trabalhadores como sendo um risco inerente ao trabalho, implicando entre outras questões, na

“desmotivação, falta de envolvimento com os problemas de saúde da população e queda da qualidade da assistência prestada”.

De igual modo, numa perspectiva de vulnerabilidade ambiental, a questão do lixo como uma realidade vivenciada durante a pesquisa surgiu numa condição de quase invisibilidade para os trabalhadores que convivem cotidianamente com aquela realidade. Desse modo, esses dois analisadores de vulnerabilidade social e ambiental como a violência e o lixo, respectivamente, perpassarão a nossa análise no percurso deste estudo, articulados aos conceitos de trabalho, território e saúde.

Machado (2012, p. 155), abordando o tema da vigilância em saúde do trabalhador da saúde afirma que saúde “é a expressão das tensões presentes nas atividades e é resultante das condições de vulnerabilidade, dos contextos dos territórios e dos impactos do trabalho no processo saúde-doença dos trabalhadores”.

## **CAPÍTULO V – METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de caso, no âmbito de uma abordagem qualitativa, para compreender as condições de trabalho e saúde de equipes saúde da família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus. Com efeito, o estudo de caso refere a “uma análise detalhada de um caso individual” que explica a dinâmica do objeto estudado, considerando a unidade social como um todo (GOLDEMBERG, 2004, p. 33).

Além disso, o método do estudo de caso permite apreender características da realidade de maneira holística e significativa, como processos organizacionais e administrativos, o comportamento de pequenos grupos, dentre outras dimensões da realidade (YIN, 2010; TOBAR e YALOUR, 2001).

Nessa perspectiva, as pesquisas qualitativas buscam “esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que lhes está acontecendo em termos que tenham sentido” (GIBBS, 2008, p. 8-9). Essa abordagem é aplicável ao estudo das “representações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, conformando melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados” (MINAYO, 2010, p. 57).

Strauss e Corbin (2008, p. 23) definem a “pesquisa qualitativa como qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação”, sendo assim, essas são algumas das razões pela escolha da abordagem qualitativa neste estudo.

### **5.2 A escolha do cenário de investigação e dos sujeitos envolvidos**

Para estudar sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da ESF, buscou-se identificar um espaço territorial que apresentasse fortemente características de vulnerabilidade socioambiental com a presença de equipe “Saúde da Família”.

Para subsidiar a escolha do território, além das visitas exploratórias a algumas áreas da cidade de Manaus, foi utilizado o trabalho de Freitas, et al (2011, p. 25), no qual foram agrupados os bairros da cidade de Manaus considerando algumas características ambientais como “águas poluídas, alagamentos de áreas ocupadas por chuvas intensas, riscos de desabamento e inundações por cheias fluviais”.

Desse modo, foi possível perceber que o bairro da Compensa, localizado na zona oeste da cidade, figura nas formas de espaço territorial com presença de alagamentos de áreas

ocupadas por chuvas intensas, riscos de desabamento e inundações por cheias fluviais. Ou seja, esse bairro aparece em três situações de vulnerabilidade ambiental importante, e ainda, com uma dinâmica populacional intensa.

A população da cidade de Manaus corresponde a 1.802.014, ocupando um território de 11.401,092 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 158,06 hab/km<sup>2</sup>, sendo que o bairro da Compensa constitui o quarto mais populoso com 75.832 habitantes, mas se destaca como o primeiro em população, dentro da zona oeste da capital (IBGE, 2010).

Dessa forma, definimos como espaço de investigação o bairro da Compensa, no âmbito do Distrito de Saúde Oeste (DISA OESTE), tendo como sujeitos os trabalhadores inseridos numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), composta por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agente de endemias e agentes comunitários de saúde.

A UBSF deste estudo de caso foi escolhida por possuir equipe completa na sua composição mínima cujos trabalhadores atuam há pelo menos dois anos no território, assim como, por sua localização em área de vulnerabilidade socioambiental.

A pesquisa de campo foi realizada no período de abril a junho de 2013, utilizando-se as técnicas da observação participante, entrevistas e grupo focal as quais serão detalhadas adiante.

### **5.3 As técnicas de abordagem utilizadas na pesquisa**

Para a inserção no campo foi solicitado pela pesquisadora que uma pessoa do Distrito de Saúde Oeste (DISA OESTE), acompanhasse no primeiro dia para apresentar à equipe. Embora tendo sido acompanhada por uma servidora do distrito, a apresentação foi sem formalidades, exigindo da pesquisadora uma exposição mais detalhada da razão de estar naquela UBSF, sendo feita, preliminarmente, à Enfermeira de modo reservado.

Depois disso, a Enfermeira apresentou aos membros presentes, ocasião em que foi reforçado o objetivo da pesquisa e o motivo de estar naquele ambiente de trabalho. Embora desconfiados, apreensivos ou receosos diante da “novidade”, a equipe fez boa acolhida, solidificada no decorrer da pesquisa.

Disputando o apertado espaço naquela UBSF foi possível realizar a observação da rotina de trabalho da equipe, ocasião em que se fomentavam diálogos e registros do cotidiano profissional, transcritos num diário de campo. As entrevistas ocorreram nesse espaço aproveitando a disponibilidade de cada sujeito, realizada no consultório médico após o

atendimento do profissional, por ser o lugar mais reservado, assim como, o grupo focal também foi realizado na UBSF por sugestão da equipe.

É importante dizer que as técnicas utilizadas de entrevistas e grupo focal foram gravadas com consentimento dos participantes, nos termos do TCLE (APÊNDICES 4 e 5) para permitir sua transcrição em sua literalidade, de modo a preservar as falas dos sujeitos, assim como, contribuir no processo de sistematização dos dados coletados.

Durante a vivência com os trabalhadores foi possível ter acesso aos documentos produzidos e formulários utilizados na rotina de trabalho, estes foram apresentados de forma espontânea em alguns momentos, mas também solicitados diante da necessidade de se compreender a rotina da equipe.

Esse material também foi utilizado no processo de análise dos dados como um recurso que permitiu confrontar as informações obtidas à luz dos outros instrumentos de coleta de dados, além disso, serviu como suporte para compreender a estrutura organizacional, o processo de trabalho instituído e como ocorriam as demandas apresentadas à equipe.

### **5.3.1 Da observação participante**

De acordo com Minayo (2010, p. 274), a observação participante mostra-se uma importante estratégia numa pesquisa do tipo qualitativo, pois “a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude”.

Como observadora foi possível interagir com os sujeitos da pesquisa, participar de suas atividades, “conhecer atitudes e condutas diante de determinados estímulos”, familiarizar com o contexto, modificando e sendo modificado ao mesmo tempo (ROJAS SORIANO, 2004, p. 146). Além disso, “observar não é simplesmente olhar, é fazê-lo em determinadas direções, com uma atitude investigativa” (TOBAR e YALOUR, 2001, p. 95).

Durante um mês foi realizada a observação participante, a partir de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE 1), com utilização de um diário de campo para anotar as ocorrências relevantes do cotidiano da equipe. Ao lado disso, com anuência da equipe, foram feitas fotografias de alguns atendimentos, da estrutura física da UBSF, de visitas domiciliares e outros registros considerados importantes.

A observação participante permitiu um contato com a rotina de trabalho e a construção da confiança entre os membros da equipe que, voluntariamente, convidava a participar de suas atividades, como a visita domiciliar com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), eventualmente, também com a Enfermeira e médico, assim como, acompanhamento nas consultas de enfermagem após o consentimento dos usuários.

Com efeito, a observação participante proporcionou uma aproximação com o ambiente da pesquisa, assim como, possibilitou uma vivência com os sujeitos na sua relação com o trabalho e com o seu espaço territorial.

### **5.3.2 Das entrevistas**

A entrevista é um instrumento que possibilita um contato direto com os entrevistados, por isso, a escolha dessa técnica para obter informações mais detalhadas, a partir do discurso do sujeito individualmente considerado. Essa estratégia representa uma técnica privilegiada de comunicação que traduz as reflexões do sujeito sobre a realidade que vivencia (MINAYO, 2010).

O diálogo com os sujeitos foi orientado a partir de um roteiro de perguntas que se moldavam ao entendimento do entrevistado, pois “na entrevista, o pesquisador pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo” (TOBAR e YALOUR, 2001, p. 96).

Goldenberg (2004), assinalando das vantagens dessa técnica destaca a maior flexibilidade para garantir a resposta desejada, assim como, possibilita observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando as possíveis contradições, pois permite uma maior profundidade.

Para aprimorar o roteiro de entrevista, esse instrumento foi submetido a um pré-teste com uma equipe de características semelhantes aos sujeitos da pesquisa, situada no mesmo território do DISA OESTE, possibilitando reformulações de termos para facilitar o entendimento.

Mesmo assim, com adequações no roteiro, diante de alguns entrevistados foi preciso elucidar determinadas questões. Contudo, o diálogo ocorreu de forma descontraída com todos, a partir da afirmação de que inexistia uma resposta certa ou errada, portanto, seria considerada a visão do entrevistado sobre os assuntos propostos.

As entrevistas (APÊNDICE 2), como técnica principal de coleta de dados foi realizada com os 11 trabalhadores da equipe, constituída por 6 ACS, 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 1 agente de endemias, durante a rotina de trabalho, respeitando a disponibilidade de cada um dos profissionais e a privacidade dos entrevistados.

### 5.3.3 Do Grupo Focal

O grupo focal como técnica de pesquisa para grupos pequenos, foi utilizado em razão da possibilidade de obter informações a partir das opiniões e atitudes que os trabalhadores expressam na interação com os outros. Nessa interação, buscou-se captar como e porquê os sujeitos expressam de determinada maneira, suas perspectivas diante das questões discutidas (MINAYO, 2010; GATTI, 2005).

Cruz Neto, et al., (2001, p. 9), afirmam que o grupo focal é uma técnica de pesquisa “na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações”. De acordo com esse autor o objetivo consiste em “coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico”.

O objetivo central dessa técnica consistiu em compreender, a partir dos sujeitos, como os problemas socioambientais presentes no território repercutem no processo de trabalho e saúde destes, elucidando questões levantadas na entrevista. Desse modo, tornou-se adequada ao estudo, como técnica complementar às entrevistas, pois possibilitou o debate com os sujeitos, permitindo a sua máxima expressão sobre os temas previamente propostos pelo Mediador, cuja função foi desempenhada por uma outra pesquisadora, com formação em Psicologia.

Desse modo, foi possível assumir o papel de Registradora, possibilitando observar, anotar as falas e a comunicação não verbal dos membros do grupo, assim como, gravar as discussões, após o consentimento dos participantes.

Para a realização do Grupo Focal foram feitas algumas tentativas infrutíferas, mostrando-se como primeiro impasse o local para sua concretização. Diante do espaço inadequado da UBSF foi sugerido pela pesquisadora uma escola ou um centro comunitário do entorno para evitar deslocamento dos ACS de sua área, e ainda, para evitar interrupções pelos usuários. Mas, a equipe preferiu que fosse realizado na UBSF comprometendo-se a Enfermeira de avisar os usuários sobre o não atendimento no dia da atividade.

Superado o impasse do local, iniciaram-se tentativas em compatibilizar a agenda do médico e da enfermeira, esta última, envolvida com demandas externas, impostas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), e o médico estava com problemas de horário na UBSF, aliado à problemas de saúde que ocasionaram licença por uma semana. Quando finalmente foi agendado o Grupo Focal, no dia designado, após lido, esclarecido e assinado o TCLE por todos os presentes, a enfermeira pediu licença para retirar-se em virtude de problemas pessoais a resolver.

No entanto, as discussões prosseguiram com base num roteiro (APÊNDICE 3), sem prejuízo de informações com os membros presentes, sendo 5 ACS, pois 1 ACS não pôde comparecer, 2 técnicos de enfermagem, 1 agente de endemias, o médico e a enfermeira que retornou em tempo de participar da atividade.

## **6 Análise dos dados**

Na pré-análise dos dados utilizou-se do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (Lefèvre, 2002, p. 11), como um recurso para sistematizar os discursos produzidos pelos sujeitos, coletados através das entrevistas, grupo focal e observação. A partir desse método foi possível extrair as expressões chave (ECH), “pedaços, trechos ou transcrições literais dos discursos”, assim como, as ideias centrais, ou seja, o “sentido de cada um dos discursos e de cada conjunto homogêneo de ECH” para a partir daí buscar a sua ancoragem que é a “manifestação lingüística de uma dada teoria ou ideologia”.

A partir disso, foram organizados os discursos dos sujeitos por categorias profissionais, identificando a técnica em que cada discurso foi expresso. Utilizando como referência o roteiro de entrevista foi construída uma matriz com os trechos mais significativos desses discursos, para ancorar as análises sob três perspectivas: condições de trabalho, condições sociais e ambientais e a relação trabalho/saúde dos trabalhadores da ESF.

Foram realizadas exaustivas leituras do material, com o intuito de buscar pontos convergentes e divergentes dos discursos entre si, destes com o coletivo e o contexto em que se mostravam. Desse modo, para a análise dos dados considerou-se como teoria de suporte a hermenêutica-dialética, por possibilitar uma reflexão que se funda na práxis, reunindo ao mesmo tempo o processo de compreensão e de crítica da realidade social (MINAYO, 2010).

De acordo com Minayo (2010, p. 343 e 347) “a hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos; parte da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento [...]”. Afirma essa autora que sob a ótica da hermenêutica é possível compreender a realidade a partir de um estranhamento que se faz dela, numa relação com o outro, entendendo-se no outro. Assim, enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética impõe uma atitude de crítica. Com efeito, “uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório”.

À luz dessa fundamentação teórica, foi construído o nosso percurso de análise dos dados coletados. Para a preservação do anonimato, quando da apresentação dos discursos,

optou-se por identificar os sujeitos por meio de siglas correspondentes à sua categoria profissional nos termos seguintes: Médico (**M**), Enfermeira (**E**), Técnico de Enfermagem (**Téc.Enf.**), Agente Comunitário de Saúde (**ACS**), Agente de Endemias (**Ag.End.**).

## **7 Considerações éticas**

O projeto que resultou nessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), sendo aprovado sob o nº 178.176, respeitando as normas contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim como, à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, obtendo anuência, após cumpridas as formalidades legais como condição para o desenvolvimento do trabalho e para garantir o acesso aos sujeitos da pesquisa.

Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, concordando por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lido, esclarecido e assinado por todos, durante a aplicação das técnicas de entrevistas e grupo focal, sendo permitida a gravação dessas atividades.

Como pesquisadora foi assumido o compromisso de preservar o sigilo das informações e identidade dos participantes, assim como, apresentar os resultados da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus.

## CAPÍTULO VI – RESULTADOS

### 6.1 Descrição do contexto social e ambiental

A partir da década de 70 a cidade de Manaus se consagra como uma das mais populosas cidades brasileiras, sendo a maior dentre as cidades da região norte do País, com 99,5% da população concentrada na área urbana. Esse intenso fluxo migratório para a cidade de Manaus colaborou no processo de ocupação desordenada do solo urbano, ocorrida tanto no período econômico baseado no extrativismo da borracha (SCHWEICKARDT, 2011), como posteriormente, pela implantação da Zona Franca de Manaus (ZFM), contribuindo para o surgimento de contradições extremas. No âmbito desse processo de ocupação urbana do solo surgiram na cidade de Manaus as “ocupações espontâneas”<sup>1</sup>, estando sob essa denominação o bairro da Compensa (FREITAS, et al., 2011).

O bairro da compensa, localizado na zona oeste da cidade de Manaus, recebeu esse nome em virtude da instalação de uma empresa de laminados de compensados em 1959. Esse espaço territorial foi palco de muitas disputas, visto que se tratava de uma grande área de propriedade particular cujos proprietários reivindicavam sua posse, diante das constantes investidas dos chamados “despossuídos”. Há notícias de que esse local apresentava uma paisagem cortada por igarapés, com predominância de mata ciliar, sofrendo transformação pelo processo intenso de ocupação do espaço ao final de 1969 (FIGUEIREDO, 2010).

Atualmente, esse espaço urbano possui uma paisagem ambiental deteriorada, com presença de vários igarapés, destes o mais conhecido é o igarapé do Franco que passou por um processo de revitalização como parte do Programa Social e Ambiental dos igarapés de Manaus – PROSAMIM (<http://prosamim.am.gov.br/o-prosamim/historico-do-prosamim>).

No âmbito da saúde pública de competência do município que é a atenção básica, o bairro da compensa está sob a tutela do distrito de saúde oeste, com 46 equipes da ESF, sendo que 5 destas encontram-se inativas. Essa rede assistencial apresenta uma distribuição desigual de cobertura de atendimento, conforme delineada nos anexos 1-3. Importante assinalar que a ESF está implantada no município de Manaus desde 1999, contando com 163 equipes ativas, correspondendo a 33% de cobertura (SIAB, 2013).

A figura 1 revela um panorama atual da paisagem do lugar, o território no qual foi realizada a pesquisa. Esse espaço territorial apresenta 19.956 domicílios, com uma população residente de 75.832 habitantes, configurando o quarto bairro mais populoso da cidade de

---

<sup>1</sup> Essa expressão foi utilizada no aludido trabalho em contraposição a presença do Estado no processo de urbanização e conseqüente acesso ao direito à moradia.

Manaus, conforme assinalamos anteriormente, no qual 68,2% da população encontra-se na faixa etária entre 15 a 64 anos de idade (IBGE, 2010).

De acordo com documentos produzidos pelos sujeitos, o quadro de morbimortalidade no território de abrangência da UBSF, no período da pesquisa, mostrava a seguinte situação: Hipertensos (109), Diabéticos (273), Tuberculose (1) Gestantes (21) e gestantes < 20 anos (3).

**Figura 1 – O espaço urbano construído**



**Fonte:** Acervo do trabalho de campo, Lima Simões (2013)

Os trabalhadores da presente pesquisa atuam numa estrutura física de UBSF baseada nos parâmetros arquitetônicos que datam da implantação das UBSF em Manaus (figuras 2-3), ou seja, uma infraestrutura antiga em contraposição ao novo modelo que a SEMSA está implantando em alguns distritos de saúde (figura 4). A equipe tem sob sua responsabilidade 5.720 pessoas, 1.298 famílias, conforme documentos apresentados por ocasião da observação junto à equipe, baseados em dados do mês de março/2013. Na prática, os dados revelam 7 microáreas sob a responsabilidade da equipe, embora no trabalho prescrito figure apenas 5 microáreas de abrangência para aquela equipe (anexo 2).

**Figura 2 – Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), modelo antigo. UBSF pesquisada.**



**Fonte:** Acervo fotos do trabalho de campo, Lima Simões (2013)

**Figura 3 – Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), modelo antigo. UBSF pesquisada**



**Fonte:** Acervo fotos do trabalho de campo, Lima Simões (2013)

Essa estrutura física de UBSF, com espaço de aproximadamente 32 m<sup>2</sup> é composta por 1 consultório médico, 1 sala de medicamentos (Farmácia), uma recepção, 1 banheiro. O consultório é utilizado pelo médico e enfermeira de forma alternada. Na sala de medicamentos há uma copa improvisada, sendo também o espaço no qual a enfermeira realiza suas atividades quando o médico está em atendimento. Assim como, também é o lugar em que os ACS desenvolvem suas práticas burocráticas (preenchimento de papéis).

**Figura 4 – Nova estrutura de Unidade Básica de Saúde da Família**



**Fonte:** Acervo pesquisa PMAQ-AB/2013 – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Essa nova estrutura física de UBSF apresenta rampa de acesso, banheiro adaptado para portadores de necessidades especiais, uma recepção com cadeiras para aproximadamente 10 pessoas, farmácia, consultórios médico e de enfermagem, medindo em torno de 136 m<sup>2</sup>.

### **6.1.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

A faixa etária da equipe de estudo varia entre 32 e 61 anos de idade, com média de 41,6 anos, tempo de atuação na ESF entre 4 e 14 anos de atividade, cuja maioria com mais de 10 anos de exercício profissional na ESF e mais de 2 anos no território. Há duas espécies de vínculo trabalhista: estatutário (5), e os chamados “efetivados” (6) por ato administrativo do prefeito, encontrando-se nessa última condição os ACS. A equipe de 11 trabalhadores é composta majoritariamente por mulheres, corroborando o processo de feminização do trabalho em saúde (MACHADO, et al., 2006; MACHADO, et al., 2010; PASTORE; ROSA; HOMEM, 2008; WERMELINGER, et al, 2010).

Oficialmente, somente o médico e a enfermeira possuem nível superior. No entanto, a equipe apresenta 2 outros profissionais com essa escolaridade, embora não exercendo a profissão no âmbito da UBSF, e 1 em processo de conclusão do ensino superior. Também, importante assinalar, que 4 profissionais relataram possuir duplo vínculo de trabalho, com plantões noturnos para complementar a renda familiar.

## **6.2 As condições de trabalho da equipe na perspectiva dos trabalhadores**

Foram agrupados nesse tópico os discursos que os sujeitos expressaram quando perguntados para descrever o seu ambiente de trabalho, como realizam o processo de trabalho e interação com os demais membros da equipe. Esses discursos retirados, prioritariamente, das entrevistas foram cotejados com as falas expressas no grupo focal os quais passaremos a descrever.

### **6.2.1 Descrição do ambiente de trabalho**

Embora o processo de trabalho no âmbito da ESF deva ocorrer para além da UBSF, ou seja, para o território adscrito, os trabalhadores consideraram o ambiente de trabalho a estrutura física da unidade, atribuindo a este espaço, um fator de dificuldade para a realização das práticas cotidianas. Desse modo, o ambiente foi descrito como sendo um local impróprio e sem condições de realizar as atividades de forma adequada, pois *é um cubículo abarrotado de coisas inutilizáveis aqui dentro. Muito dificultoso na verdade trabalhar aqui, falta muita coisa (material), falta papel (impresso), compramos água do nosso bolso! (ACS)*. De tão pequena essa estrutura, foi denominada de um espaço *4 x 4, pequeno, um ovo! Sem suporte também para os usuários (ACS)*. Ao lado disso, faltam materiais para realizar os procedimentos e uma infraestrutura inadequada para atender aos programas preconizados pela instituição, a exemplo do preventivo, *gosto de trabalhar, mas não gosto dessa estrutura, não tenho uma sala pra fazer procedimento, tenho que dividir com o médico. É um ambiente que não te dá as mínimas condições; não tem condições de desenvolver o trabalho. Mal planejado. Inadequado. Programa muito político foi acontecendo de qualquer jeito, mas nunca deixou de funcionar apesar disso (E)*.

A precariedade da infraestrutura é qualificada pela falta de um banheiro privativo para usuários e utilitários como mesas, cadeiras e armários em péssimas condições de uso, assim como, materiais para realização do trabalho como autoclave quebrada há anos que impede de realizar curativos por falta de material esterilizado. Por isso, o discurso recorrente foi o de que *na realidade não tem estrutura a casa de saúde! Nós não temos condições de fazer esses procedimentos* (referindo-se a curativos porque a autoclave está quebrada). *Até mesmo o preventivo aqui nessa sala (consultório médico), não está adequada pra se colher um*

*preventivo. É realizado! Mas nós sabemos e eles (SEMSA) também sabem lá que não é adequado pra isso! O principal problema é a infraestrutura da casa de saúde! Isso daí pra gente dificulta muito o nosso trabalho (ACS).*

Por outro lado, com uma visão para além do espaço físico uma descrição do ambiente de trabalho dá conta de que o território no qual atua é permeado por muitas contradições, marcado pela chamada “*área vermelha*” assim denominada por sofrer influência do tráfico de drogas. E independente disso, o trabalho tem que ser realizado porque *visito 25 residências por dia! Eu já entrei na casa de traficante, mas eu tenho de ficar cega, surda e muda (Ag.End.)*.

### **6.2.2 O processo de trabalho da equipe**

A burocracia entendida como o excesso de papéis que precisam ser preenchidos, aliada à dinâmica populacional, assim como, a preocupação dos gestores pelo quantitativo, traduzido em produção de serviços, foram as queixas recorrentes.

Esses fatores revelaram contribuir para a insatisfação e a falta de reconhecimento do trabalho desses profissionais porque a rotatividade da população, por exemplo, faz com que se perca produção, *mas a SEMSA não quer saber disso! Estão preocupados com quantidade! Querem só ver o número, a quantidade! (ACS)*. Essa situação revela um sentimento de impotência e ressentimento expressos no discurso de que *as informações não são aproveitadas como deveriam (ACS)*. Esse discurso ganha robustez ainda quando é verbalizado que *‘tá’ faltando muito pra que a gente seja reconhecido. Eles (DISA) não estão ligando muito pro nosso trabalho!(ACS)*.

O imprevisto permeia o processo de trabalho diante das precárias condições de infraestrutura relatadas pela equipe *porque se não der um jeitinho a gente não trabalha! (ACS)* Essa afirmação encontra eco em todos os níveis, ampliando o discurso quando é relatado que o trabalho é feito *do jeito que todo brasileiro: dando um jeitinho! A gente acaba sempre dando um jeitinho! Talvez seja esse um dos motivos que deixa a gestão mais acomodada. Não sei se é mais ou menos, mas que estão preocupados com quantidade sim! Mais do que deviam! (M)*. Ao lado disso, quando não é possível o chamado “*jeitinho*”, simplesmente, *deixo de fazer muitas atribuições porque não tem condições (Téc.Enf.)*.

Embora a infraestrutura tenha sido a principal queixa, importante assinalar que o território de atuação dessa equipe é dividido em 7 (sete) microáreas, sendo que uma destas encontrava-se sem cobertura de ACS no momento da pesquisa, sendo redistribuídas as famílias dessa microárea para os demais ACS. No quadro abaixo apresentamos a configuração

dessas microáreas, cujas informações foram fornecidas em conversa informal a partir de dados referentes ao mês de março/2013.:

MICROÁREA	Nº DE FAMÍLIAS	Nº DE PESSOAS
01	172	986
02	171	705
03	189	814
04	253	1.020
05	182	742
06	161	708
07	170	745
<b>TOTAL</b>	<b>1.298</b>	<b>5.720</b>

Fonte: Diário de campo, 2013.

### 6.2.3 O trabalho em equipe

O trabalho em equipe é um componente fundamental no processo de trabalho baseado na ESF. No entanto, os discursos revelaram divergências que transitaram entre a boa relação, qualificada pelos trabalhadores como sendo *um ambiente familiar (Téc.Enf)*, mas ao mesmo tempo, evidenciando conflitos como revelado no discurso de que *tento resolver os conflitos logo e diretamente (ACS)*, com pouca interlocução entre os membros: *Ah! A gente atua individualmente, resolvendo cada problema que é apresentado aqui [...] não tem muito assim planejamento de como resolver o problema da comunidade [...] os problemas às vezes são complexos, não demanda só de uma medicação pra poder resolver (M)*. Ao mesmo tempo, outro discurso sinaliza que *aqui na casa de saúde nós trabalhamos em equipe. Aqui eu dependo dos meus colegas, dos técnicos de saúde, da enfermeira, do doutor. Ninguém trabalha fazendo só um trabalho, trabalhamos em conjunto, é por isso que essa equipe até hoje 'tá' formada!(ACS)*.

Além disso, revelaram inexistir reuniões periódicas, sejam estas de planejamento ou para resolução de conflitos do cotidiano. *Não tem reuniões sistemáticas, mas a enfermeira [...] faz quando necessário. Acho que se tivesse mais reuniões seria melhor, evitaria alguns atritos (ACS)*. *Há reuniões quando tem um problema mais sério (ACS)*. *Não há reuniões com frequência, acho importante! (ACS)*. *Mas eu gostaria muito que tivesse reuniões porque eu acho que as reuniões iriam dinamizar o nosso trabalho (Téc.Enf.)*.

### 6.3 Condições sociais e ambientais do território na perspectiva dos trabalhadores

Foram agrupados sob essa designação os aspectos relativos ao contexto social e ambiental no qual os trabalhadores se sentem inseridos, as suas vivências e práticas naquele espaço territorial. Em outras palavras, no âmbito do cenário socioambiental descrito por esses

trabalhadores, os discursos revelaram como estes identificam os problemas e apontam respostas às questões de saúde no território. Também, foram considerados, prioritariamente, os discursos expressos nas entrevistas, sendo cotejados com as falas do grupo focal que passaremos a descrever.

### **6.3.1 O contexto socioambiental do território**

Do ponto de vista social, o território foi descrito como sendo de importantes precariedades como *as condições de vida das pessoas sem estrutura familiar, que faz com que os adolescentes encontrem o caminho das drogas (ACS)*. Lugar de moradia caracterizado como *um aglomerado, temos muito beco, viela [...](Téc.Enf.)* e de *população extremamente pobre (M)*.

No entanto, o discurso preponderante atribuiu responsabilidade à população que ocupa aquele espaço, quanto ao cenário ambiental deteriorado. *Falta de educação por parte dos comunitários. Jogam lixo por tudo que é canto. Oriento e eles não atendem! (ACS)*. *É uma questão de higiene e a pessoa ‘não se toca’(ACS)*. *Fala-se muito na questão ambiental, mas não tem um trabalho sobre essa questão. O lixo é a própria população a responsável [...] a população sabe o dia e a hora que o coletor vai passar, mas coloca o lixo a qualquer hora! Falta de consciência! (ACS)*. *Poderia ter ajuda melhor por parte dos governantes, mas a população também contribui para o descaso! (Téc.Enf.)*.

O cenário também foi descrito como sendo uma área de risco. *Toda área tem um pouquinho de área de risco! Eu considero uma área de risco, tráfico e violência também! Alguns falam ‘área vermelha’ (ACS)*. *Ambiente meio perigoso!(Ag.End.)*. *Trabalhamos com uma clientela que é de alto risco na criminalidade, passamos por locais que são linha vermelha, do tráfico (Téc.Enf.)*.

### **6.3.2 A identificação dos problemas e as respostas às questões de saúde no território**

Os problemas no território são identificados, prioritariamente, pelos ACS por meio de visitas domiciliares e também porque moram na área, portanto, convivem de forma mais próxima com os problemas da comunidade. A visita domiciliar é uma atribuição bastante definida na concepção desses profissionais, tendo um papel fundamental, pois *a gente identifica (os problemas) pela visita domiciliar que é o nosso serviço, acompanhada ou não (ACS)*. *Algumas vezes também a gente é informado pelo próprio usuário que chega a nós porque nem sempre a gente vai conseguir visitar todas as famílias que a gente tem (ACS)*.

Por outro lado, os outros profissionais indicam que se utilizam do trabalho dos ACS para identificar os problemas, pois *os problemas chegam através dos ACS (M)*. *Através dos*

*agentes e quando faço as visitas (E).* Ao final, o ACS é reconhecido como o profissional que de fato, está mais próximo dessa população, portanto, o que primeiro identifica os problemas, *o ACS é o elo da comunidade com a equipe (Téc.Enf.),* embora os ACS não se sintam reconhecidos, como revela o discurso de *que reconhecimento não existe! (ACS).*

No que se refere às tecnologias utilizadas para enfrentar as problemáticas do território, todos os discursos convergiram para o que denominam “orientações”, estando nesse bojo as informações sobre o lixo, sobre as quais revelaram não ter preparo formal, nem tampouco material de suporte. Sobre essas orientações dizem *não é o suficiente, mas dá pra resgatar muitas coisas (ACS).* *Faço orientações caso o usuário aceite ser ajudado; Tem impacto momentâneo. A gente tenta ajudar (referindo-se ao lixo) orientando (Téc. Enf.).* *Oriento, mas se não atendem, desisto! (ACS).* *Essas (pessoas) que não mudam é porque não querem mudar mesmo! Acha que ‘tá’ ótimo! (ACS).*

#### **6.4 A relação trabalho-saúde nos contextos socioambientais vulneráveis**

Os discursos sinalizaram para uma percepção sobre o nexos existente entre o trabalho realizado sob as condições socioambientais em que se encontram, e a sua repercussão no processo saúde-doença do trabalhador, podendo ser depreendido: *na maioria dos casos me sinto impotente por não poder executar, fazer pela pessoa (ACS).* Nessa mesma linha discursiva, *a situação de pobreza toca no profissional, mas são coisas que não dá pra resolver (ACS).* Um outro discurso diz: *eles (SEMSA), cobram muito do ACS, mas quando é pra ajudar [...] (referindo a falta de protetor solar que a SEMSA não disponibiliza, causando manchas em seu rosto, atribuídas à exposição ao sol) (ACS).* E ainda, outro discurso dando conta de que *teve uma época em que eu não dormia (ACS).*

É importante assinalar que todos os trabalhadores revelaram nunca ter se afastado do ambiente laboral por conta dessas situações do contexto. *Durante a formação acadêmica, e pessoalmente, a gente aprende a deixar os problemas do trabalho, no trabalho. Eu consigo, na grande maioria das vezes! Não sou insensível e irresponsável. Mas, faço a minha parte e não tenho como resolver tudo isso! No cotidiano você se sente frustrado por não conseguir resolver[...] porque tem coisas que precisa de dinheiro, de tempo[...] (M).* *Fiquei abalada uma vez, há muito tempo atrás, quando sofri uma denúncia num programa de televisão, mas nem tinha procedência [...]. Mas nunca me afastei por problemas do trabalho. A enfermeira carrega nas costas o programa e não é reconhecida como deveria (E).*

Ademais, essas situações foram observadas como fazendo parte do cotidiano da equipe, de modo que não interferem diretamente no processo de trabalho porque *tem que se habituar*

*à realidade da comunidade para transformá-la! Na época em que entrei (na ESF), a comunidade vivia em condições piores! (ACS). Essas condições não interferem, nem desmotivam o meu trabalho. Gosto do que faço! A minha área tem tráfico de drogas, prostituição,[...] mas tudo isso não afeta o trabalho porque todos me conhecem e me respeitam; não mexem comigo!(ACS).*

Como o termo vulnerabilidade está presente no discurso do setor saúde, sobretudo, no âmbito da ESF, julgamos importante conhecer a percepção dos sujeitos quanto ao reconhecimento ou não de sua atuação em ambiente de importantes vulnerabilidades. Dessa forma, os sujeitos descreveram um contexto de vulnerabilidade social associado à violência e o tráfico de drogas presente na área, assim como, a dependência das pessoas do programa bolsa família. Por outro lado, a vulnerabilidade ambiental esteve relacionada à presença exacerbada do lixo e o saneamento básico inadequado.

Os discursos representativos dessa afirmação revelam: *eu entendo vulnerabilidade assim é extrema pobreza, pelo meu conceito. Pessoas que tem carência de moradia, carência de emprego, são pessoas que dependem também de bolsa família. Nós atendemos aqui pessoas do bolsa família (ACS). Depois que inventaram o bolsa família, e outras bolsas deixou as pessoas mais vulneráveis e não vão em busca! (E). Vulnerabilidade social é o tráfico de drogas, prostituição [...] (ACS). Vulnerabilidade ambiental é a pessoa estar exposta à sujeira (Téc.Enf.). Vulnerabilidade ambiental é a questão da falta de limpeza das casas, quintais [...] (Ag.End.).*

Diante de todos esses discursos convergentes sobre vulnerabilidades socioambientais, um discurso dissonante no que se refere à vulnerabilidade ambiental nos termos seguintes: *Vulnerabilidade ambiental é a falta de estrutura, de espaço e de condições de trabalho. Parece assim que a gente é um nada! E nós é que estamos na ponta de tudo, trazemos as necessidades da comunidade [...]. Mas, a gente não é reconhecido de forma alguma![...] Com qualidade ou não, mas vai funcionando! (ACS).*

Finalmente, é importante assinalar que todos os participantes da pesquisa tiveram o mesmo direito de expressão, sendo que no Grupo Focal, a participação dos ACS se manteve mais ativa, aproveitando o momento para expor suas angústias e dificuldades do cotidiano, seguindo das falas dos técnicos de enfermagem, agente de endemias, enfermeira e médico, este último com pouca expressão durante a realização dessa técnica.

## **CAPÍTULO VII – DISCUSSÕES**

Para atender ao proposto nesta pesquisa que consiste em responder como as condições de trabalho de equipes de saúde da família, em contextos socioambientais vulneráveis, moldam o processo de trabalho e saúde dos seus membros, passaremos a discutir os resultados sob três perspectivas: condições de trabalho, condições sociais e ambientais e a relação trabalho/saúde dos trabalhadores da ESF.

### **7.1 Condições de trabalho**

Embora os trabalhadores convivam com duas espécies de vínculo trabalhista, a condição de serem “efetivados”, no caso dos ACS, não os faz sentir-se em situação de desvantagem frente aos outros que possuem vínculo estatutário. Aliás, os ACS revelaram que o seu ingresso no serviço público ocorreu por um processo seletivo bastante disputado, apontando para uma conquista meritória estar na ESF (Diário de Campo, 2013).

A despeito disso, é sabido que o vínculo de trabalho dos ACS com o serviço público é regulado nos termos da Lei nº 11.350/2006, que estabelece taxativamente o regime jurídico desses trabalhadores. Assim, na interpretação desse instrumento legal é possível afirmar que a estabilidade desses profissionais é relativa, se comparada aos servidores públicos que ingressam por concurso.

A precarização dos vínculos trabalhistas, historicamente surge no cenário nacional em 1995, com a chamada reforma administrativa do Estado, ocasionando a desregulamentação do trabalho, a flexibilização e responsabilidade dos estados e municípios em assumir a prestação de serviços de saúde (MENDONÇA, et al., 2010).

No município de Manaus, uma ampla pesquisa tratando sobre o processo de implantação do PSF, revelou, entre outros aspectos, que o problema da precarização dos vínculos de trabalho persistia. Além disso, fatores como a “insuficiência de mão de obra e a falta de capacitação dos profissionais, foram apontadas como parte das causas da não adoção de rotinas de planejamento local” (SILVA; GARNELO, GIOVANELLA, 2010, p. 598). Esses dados permanecem bastante atualizados, visto que o último concurso público da SEMSA (2012), além de não contemplar ACS, também padeceu de contratação que suprisse o quadro de pessoal na rede de assistência à saúde, assim como, revela um planejamento em descompasso com a realidade concreta.

Quanto ao ambiente laboral, considerado pelos trabalhadores a estrutura física da UBSF, na qual estes debruçam suas práticas de trabalho, os dados revelaram que está distante das condições preconizadas na Portaria nº 2.488/2011 que trata da PNAB, assim como, no manual instrutivo que orienta os projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde,

no qual são estabelecidos critérios arquitetônicos para o funcionamento e estrutura física de uma UBS, que deve servir de referência para acolher a equipe da UBSF.

Com efeito, o ambiente de trabalho da equipe embora deva ser considerado também o território de atuação dos profissionais, estes na sua maioria, levaram em consideração a estrutura física em si da UBSF. Desse modo, analisando somente este aspecto do ambiente de trabalho, a realidade revela que está longe das condições ideais e idealizadas para o desenvolvimento das atividades.

Além disso, a demanda sob a responsabilidade dos ACS ultrapassa ao preconizado que assegura 750 pessoas por ACS e para cada equipe o total máximo de 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas, sem contar que esse número deve levar em conta o grau de vulnerabilidade das famílias presentes no território, ou seja, quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (PNAB, 2011, item 7, II e III).

Dias (2013, p. 77-78), estudando as possibilidades de implementação de ações em Saúde do Trabalhador (ST) na Atenção Primária revela que as condições de trabalho representam uma das maiores dificuldades para sua efetivação, demonstrando que os trabalhadores embora estabeleçam a relação entre trabalho e saúde, têm dificuldade quanto à operacionalização das atividades em virtude das condições laborais inadequadas.

Em outras palavras, as ações de saúde que muitas vezes são impostas aos trabalhadores devem ser acompanhadas pelas devidas condições para sua realização. No caso específico das ações de ST, essa autora sugere que as atividades devem ser realizadas no âmbito da APS como “situação que colabore com a amplificação e a qualificação do processo de cuidado ao usuário, trazendo resultados positivos aos dois pólos da relação, os usuários e os profissionais da saúde, ao invés de ser considerada simplesmente como tarefa a ser incluída no rol do que deva ser cumprido”.

Essas afirmações corroboram os resultados encontrados durante a pesquisa quanto às condições físicas do ambiente de trabalho, em que todos revelaram uma percepção negativa do seu espaço físico, tendo repercussões importantes no desenvolvimento de suas tarefas cotidianas. Essa precariedade envolve desde a falta de um banheiro privativo para funcionários, assim como uma sala de consultório adequada para receber os usuários e realizar procedimentos, como o preventivo.

Como assinalado anteriormente, o trabalho em saúde é complexo e muito dinâmico, ensejando um confronto cotidiano entre o trabalho prescrito e o trabalho real. “O trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação,

modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores” (FARIA e ARAÚJO, 2010, p. 432).

Com efeito, a imprevisibilidade é uma característica do trabalho em saúde, por isso mesmo, torna-se refratário à prescrição de tarefas padrão, pois o processo de trabalho em saúde como dependente da relação entre sujeitos, trabalhador e usuário, ambos devem atuar em busca de respostas positivas para os problemas de saúde, pois estes constituem sujeitos ativos no processo de produção da saúde. Assim, sob esse raciocínio, Faria e Araújo (2010, p. 432) afirmam:

Há uma busca pelo estabelecimento de modelos em todos os níveis de atenção à saúde, o que denota uma aspiração regulatória imposta verticalmente, que se materializa em protocolos de ação, competências profissionais *a priori* e procedimentos padronizados que se dirigem às partes de um corpo sem história e sem emoção, sem lugar contextualmente circunscrito ou culturalmente perpassado (FARIA e ARAUJO, 2010, p. 432).

Estudo abordando a relação trabalho/saúde, revela sobre o desgaste do trabalhador diante das demandas que se apresentam no cotidiano da prática profissional como o atingimento de metas em detrimento dos problemas que são apresentados pela população que precisam ser respondidos (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

De igual modo, num estudo no qual são descritos modos de adoecimento dos trabalhadores da saúde é atribuída uma situação de desgaste “à dinâmica que incorporou no setor saúde a lógica geral do setor produtivo, exigindo a produtividade e a qualidade da assistência, sem a correspondente melhoria das condições de trabalho” (ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012, p. 123).

Nessa esteira, a burocracia assume o significado negativo que engessa o processo de trabalho dos trabalhadores, portanto uma concepção não coincidente com o termo cunhado por Weber baseado na “racionalidade, impessoalidade, hierarquia, eficiência, rapidez, etc.” (LUCCHESI, 2006, p. 159).

Essa dinâmica da produtividade incorporada pelo setor saúde foi uma característica revelada em todos os discursos, apontando que os trabalhadores atendem às determinações institucionais num processo de cumprimento de metas, sem contudo, refletir sobre o dados que estão sendo produzidos. Isso se deve pela demanda de serviços, mas também porque esses trabalhadores não são capacitados para entender sobre os indicadores de saúde que estão sob sua responsabilidade.

Durante a nossa estada no campo isso ficou muito evidente quando uma servidora do distrito de saúde se apresentou à equipe com um quadro extenso de indicadores no qual a

equipe teria que se debruçar para preencher. A servidora esteve, não mais que duas horas, reunida com a equipe para explicar de forma muito sucinta sobre o preenchimento do referido quadro de indicadores, que ao final, ficou sob a responsabilidade da enfermeira e uma técnica de enfermagem essa tarefa.

Ocorre que a equipe possuía todos os dados, mas estes em descompasso com o “padrão” exigido pela SEMSA, um exemplo disso, as fichas de atendimento dos usuários apresentavam um intervalo etário diferente do solicitado, levando a exigir dos profissionais que adequassem para atender a instituição. Além da necessidade de condensar os dados produzidos, os profissionais revelaram desconhecimento de alguns indicadores, e descompasso entre o solicitado e o que efetivamente a equipe realizava na prática (Diário de Campo, 2013).

Noronha e Lima Filho (2011), abordando o tema da educação permanente no âmbito da atenção básica apontam para a necessidade premente de se repensar e agir sobre os processos de trabalho, no sentido de que gerentes e gestores atuem como supervisores dessas equipes, de modo a romperem com as próprias matrizes de produção de procedimentos.

Essa pode ser uma alternativa possível para se evitar o que ocorre no setor saúde, ou seja, um descompasso entre o planejado e o que deve ser traduzido no cotidiano dos profissionais, repercutindo na oferta de serviços para a população que muitas vezes não corresponde no atendimento às suas necessidades (VILASBÔAS e PAIM, 2008).

Assunção e Jackson Filho (2011, p. 51), assinalam que a mobilização dos trabalhadores na esfera de sua atividade pode encontrar limitação, impedimento ou impossibilidade, pois os trabalhadores da saúde “ao mesmo tempo que trabalham pressionados pela grande procura por atendimento, também enfrentam a capacidade limitada para o atendimento requisitado”.

Esses autores apontam a mobilização impedida e as possibilidades estreitas para atuar nas condições de saúde apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde, como fatores desencadeadores de adoecimento do trabalhador da saúde, assim como a piora na qualidade do atendimento. Afirmam ainda que a segurança no trabalho é influenciada, dentre outros fatores, pelo ambiente de trabalho físico e psicossocial, assim como, exigências de tarefas.

Ao lado disso, o processo de trabalho revelado pelos profissionais é caracterizado também pelo enfrentamento às situações de importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, como o tráfico de drogas, a pobreza, saneamento básico ineficiente, a presença de lixo no peridomicílio. No entanto, essas queixas não constituem em problemas que impeçam a execução de suas atividades, logo, não se transformam em necessidades que precisam ser

enfrentadas pelos trabalhadores, visto que “o jeitinho brasileiro” que nada mais é do que o improvisado, está incorporado no processo de trabalho da equipe.

As práticas de gestão do trabalho ao priorizarem a lógica da produtividade, sem a correspondente condição dos meios eficientes para a realização das atividades, se posicionam na contramão da concepção de gestão do trabalho que para Mendonça, et al, (2010, p. 2356), no âmbito do setor público de saúde consiste:

Por gestão do trabalho no setor público de saúde, entende-se o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho. O conjunto desses fatores deve dar suporte a um processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial no sentido de ofertar uma atenção primária à saúde (APS) resolutiva e de qualidade e de uma ação voltada para o campo social (MENDONÇA, et. al, 2010. p. 2356).

No bojo de um processo de trabalho com pretensões de constituir-se diferenciado, visto que busca reorientar a lógica assistencial, está o trabalho em equipe como uma característica fundamental na ESF. No entanto, essa concepção compartilhada revelou-se frágil, pois diante de um discurso de colaboração, na prática observou-se ações individualizadas, com pouca articulação entre os profissionais.

A noção de trabalho em equipe comporta planejamento compartilhado e co-participação dos sujeitos, sobretudo, interlocução com a população do território que também deve colaborar na construção de alternativas de resolução dos problemas. Com efeito, os discursos revelaram que as práticas de saúde estão voltadas para dentro do ambiente laboral, na lógica da demanda espontânea apresentada à equipe. Essas características também foram reveladas em 6 estudos (CREVELIM e PEDUZZI, 2005; BLANQUES, 2010; OLIVEIRA e SPIRI, 2006; COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008; PERES, et al., 2011; KELL e SHIMIZU, 2010).

## **7.2 Condições sociais e ambientais**

As condições socioambientais no qual estão inseridos os trabalhadores e sobre as quais estes devem atuar, são descritas como sendo uma realidade presente e determinada por um processo histórico que não podem modificar, mas também, como condições provocadas pela própria população que contribuem no processo de deterioração desse território.

Sob essa lógica, o processo de trabalho da equipe se mostra pouco eficaz no sentido de produzir saúde naquele cenário, pois o componente da territorialidade, entendida por Becker

(2010), como a relação com o intuito de influenciar e controlar uma área geográfica específica, está distante desses trabalhadores.

Dizendo de outro modo, como a política de saúde nos moldes da ESF tem na territorialização um dos seus pressupostos básicos, significa afirmar que os profissionais devem atuar “no reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência”. Em outros termos, o “território seria mais que um depositário de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada” (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 48).

Nessa linha de raciocínio, o reconhecimento da dinâmica social e ambiental das áreas em que atuam os trabalhadores da ESF, deve ser o primeiro passo para uma mudança das práticas de trabalho nesses territórios, assim como, para a busca de parcerias intersetoriais visando a melhoria das condições de vida e saúde da população.

O território de atuação dos trabalhadores, embora não verbalizado como o ambiente de trabalho, revelou-se como o lócus das práticas cotidianas, portanto, um cenário caracterizado pelo enfrentamento às situações de importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, como o tráfico de drogas, a pobreza, saneamento básico ineficiente e o excesso de lixo no entorno dos domicílios.

O acúmulo de lixo nas ruas, domicílios e adjacências que foi relatado pelos trabalhadores e observados diretamente no território, denotando práticas sanitárias inadequadas, convergem para os resultados apresentados por Visser, et. al., (2011), quando reforçam a ideia da influência das condições socioambientais sobre a saúde da população. De igual modo, neste estudo, ficou evidenciada a importância da ESF, sobretudo, a presença do ACS no território que aliados às ações de promoção da saúde podem impactar positivamente sobre as condições de vida e saúde da população presente nos territórios.

Embora os trabalhadores tenham revelado um olhar para dentro do ambiente laboral, reconhecem no território o seu lugar de vivências e sobre o qual atuam através de visitas domiciliares ou pelas orientações prestadas à população. No entanto, esses profissionais, sobretudo os ACS, utilizam essas tecnologias em saúde como a visita domiciliar e da educação em saúde sem qualquer planejamento prévio, denotando inadequado preparo na abordagem de questões que se apresentam no cotidiano das práticas de saúde.

É possível inserir a visita domiciliar no bojo das tecnologias leves delineada por Merhy (1997, p. 28), como uma “tecnologia de (e das) relações dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde

[...] expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, *a criação do vínculo*, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida” (grifo nosso). Para esse autor, as tecnologias duras são representadas pelas máquinas e as leve-duras pelos saberes estruturados.

Contudo, a falta de planejamento das atividades, aliada ao despreparo profissional estando atrelada à sobrecarga de atividades, coaduna com outras pesquisas no âmbito do modelo “Saúde da Família”, cujas práticas não contribuem na mudança de reorientação do modelo assistencial (MARQUI et al., 2010).

Dizendo de outro modo, ao reiterar as práticas do modelo assistencial hegemônico o processo de trabalho da equipe volta-se para dentro do seu próprio espaço, atendendo às exigências de ações programáticas, com pouca interlocução efetiva com os usuários, e portanto, sem maiores mudanças no processo saúde-doença da população (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2008; REIS et al., 2007; COSTA et al., 2009; ERMEL e FRACOLLI, 2006).

A utilização da visita domiciliar como uma ferramenta importante do cuidado é apresentada por Cunha e Sá (2013, p. 70), quando afirmam que “a presença dos profissionais de saúde na residência e na vida privada das pessoas não pode ser mais um instrumento de controle, hiperprevenção e imposição”. Ao contrário, esse dispositivo deve servir para possibilitar “ampliar o olhar sobre as necessidades dos sujeitos e coletividades, bem como valorizar as possibilidades de escolha e autonomia dos sujeitos”.

Por outro lado, o reconhecimento do território como um espaço dinâmico constitui um elemento importante nas práticas de saúde, sobretudo porque as ações desenvolvidas no âmbito da “Saúde da Família” exigem conhecimento desses espaços onde devem ocorrer intervenções no processo saúde-doença da população (VIANA et al., 2008; SILVA JÚNIOR, et al., 2010).

Na verdade, Dias, et al., (2009, p. 2064) afirmam que o SUS “ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental”. Em outros termos, compreender o contexto no qual se busca intervir e reconhecer que essa dinâmica tem repercussões importantes no processo saúde-doença da população e dos trabalhadores, constitui um dos caminhos possíveis, e não somente, para se buscar produzir saúde nesses espaços.

A saúde, nesse caso, entendida na sua concepção mais ampla que envolve as condições de vida da população, os ambientes de trabalho de forma a permitir uma assistência

qualificada. Por assistência qualificada reputamos o conhecimento prévio dos determinantes e condicionantes de saúde por parte dos trabalhadores de saúde, no território de atuação.

Além disso, é sabido que conhecimento somente não basta para mudar cenários, mas a atuação efetiva dos sujeitos, no sentido de participar do processo de planejamento e execução de forma contínua, rompendo com a alienação caracterizada pela dicotomia entre o planejar e o executar. Contudo, um entrave importante observado durante a pesquisa, além da falta de reconhecimento por parte dos gestores, os trabalhadores convivem com demandas institucionais para as quais não estão devidamente capacitados.

De outra parte, a vulnerabilidade social é traduzida pelos trabalhadores pela violência concreta vivenciada por eles, sendo o tráfico de drogas a expressão da exata medida, assim como, a vulnerabilidade ambiental é evidente, entre outros aspectos, pelo acúmulo de lixo nas ruas e domicílios, sendo tais problemas enfrentados a partir de ações pontuais como orientações para a população.

Na perspectiva de Porto e Pivetta (2009), o conceito de vulnerabilidades comporta múltiplas determinações, sendo expressos neste trabalho somente dois aspectos como o tráfico de drogas (um aspecto do contexto social) e o lixo (inserido no contexto ambiental) sendo estes os fatores que influenciam, de alguma forma, as condições de trabalho dos sujeitos.

Embora, o fator preponderante evidenciado e discutido pelos trabalhadores tenha sido as condições materiais de trabalho, envolvendo a infraestrutura em todos os aspectos, no âmbito de um contexto mais interno do ambiente, não podemos olvidar que esses contextos repercutem no processo de trabalho e saúde desses trabalhadores.

A materialização disso se expressa na forma de desmotivação para o trabalho e de impotência diante de um cenário de importantes carências a exigir ações integradas que ensejem mudanças efetivas sobre as condições de vida e de saúde da população, sendo oportuna a afirmação de Porto e Pivetta (2009, p. 225), quando abordam o tema da promoção da saúde como uma possibilidade emancipatória, nos termos seguintes:

[...] uma tarefa importante consiste no fato de que superemos a ênfase nas dimensões individuais e comportamentais que marcam uma visão de promoção de saúde normativa e descontextualizada, pautada nas mudanças de 'estilo de vida' e no controle das pessoas, em vez de sua emancipação. [...] a dimensão da singularidade humana deve estar vinculada à construção da liberdade e dos direitos em conexão com os determinantes socioambientais e suas condições nos territórios e na sociedade enquanto foco da mudança (PORTO e PIVETTA, 2009, p. 225).

Com efeito, os problemas de infraestrutura apontados como os principais entraves para o desenvolvimento das atividades parecem minimizar as condições socioambientais adversas presentes no cotidiano da prática desses trabalhadores. Ou ainda, uma outra hipótese seria uma quase “naturalização” das problemáticas, expressas pelo discurso de estar habituado ao lugar, denotando uma visão pouca ampliada sobre os determinantes de saúde. Esses achados convergem para outros resultados nos quais a infraestrutura se mostrou um fator preponderante de dificuldades no processo de trabalho e de repercussão na saúde de trabalhadores, a despeito dos contextos em que estas situações se apresentavam (TRAD e ROCHA, 2011).

Ao lado disso, o trabalho desenvolvido na “Saúde da Família” exige ações que extrapolem o atendimento no âmbito da UBSF, não sendo possível desconsiderar as questões ambientais e sua relação com a saúde, sem com isso, comprometer o desenvolvimento das práticas assistenciais de saúde que efetivamente devem colaborar no processo de produção de saúde da população (COHEN et al., 2004; AZEREDO et al., 2007; SANT’ANNA et al., 2010; ADDUM et al., 2011).

### **7.3 A relação trabalho/saúde dos trabalhadores da ESF**

Assunção e Jackson Filho (2011), afirmam que parece existir um paradoxo entre a missão de cuidar e a ausência de meios que refletem no bem-estar e na satisfação dos trabalhadores da saúde, tornando-os vulneráveis aos estressores ambientais e seus efeitos sobre a saúde mental, pois a intensidade de trabalho além de comprometer a qualidade dos serviços prestados, também gera sofrimento no lócus da atividade de trabalho.

Sato (1996, p. 491), estudando o tema da vigilância em saúde do trabalhador atualiza nossa discussão dizendo que “em saúde do trabalhador, diagnosticar as condições de trabalho e saúde para eleger prioridades no sentido de eliminar os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde a partir do conhecimento dos trabalhadores não é uma prática nova, mas merece ser refletida”.

No âmbito dessa reflexão, a autora observa as lógicas do processo saúde-doença para o conhecimento científico e aquele advindo do conhecimento prático, apontando a seguinte diferenciação:

para o trabalhador, a noção de doença tem seu núcleo em torno da atividade/inatividade, a doença pode ser vista como forma de evitar o trabalho, como ‘desculpa’ encobridora de um desejo de afastar-se dele, estando essa visão estreitamente relacionada com os usos que se fazem do corpo. Por outro lado, para a medicina, ela é entendida a partir do estado orgânico, funcional e anatômico do corpo (SATO, 1996, p. 492).

Nessa perspectiva, os discursos dos trabalhadores inseridos em contextos vulneráveis, na sua maioria, indicaram que não se reconhecem adoecidos, pois não tiveram momento de afastamento laboral em virtude de suas práticas cotidianas. Ou seja, reforça a ideia de que o adoecimento para esses trabalhadores tem relação com o afastamento, reafirmando que as condições de trabalho no âmbito da estrutura física os incapacitam muito mais do que o contexto no qual estão inseridos, pois dificultam as atividades laborais cotidianas.

Ribeiro e Martins (201, p. 249), discutindo sobre a saúde do trabalhador no âmbito da saúde da família revelaram aspectos sobre o sofrimento psíquico em trabalhadores associado à própria organização do trabalho. Nesse sentido, diante das inúmeras dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional afirmam que a perda do sentido no trabalho, pela fragmentação, e a falta de reconhecimento de si no trabalho, torna evidente, na lógica neoliberal e capitalista de produção que o trabalho não atende aos interesses e desejos do trabalhador, mas aos do mercado e do capital e o setor saúde não está imune a isso.

Outro fator que impacta na saúde do trabalhador é a violência que Lancman, et al., (2011, p. 114), abordam trazendo duas definições importantes sobre violência do trabalho e no trabalho. A primeira é definida como “a deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de eficácia e de produtividade que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e adoecimento”. Por violência no trabalho, as autoras associam à “relação com chefias, pares, clientes e público no exercício das atividades de trabalho”.

A luz dessas duas concepções sobre violência é possível afirmar que o cenário no qual estão inseridos os trabalhadores da ESF é permeado por múltiplas exposições, com potencialidades de produzir adoecimento nos trabalhadores, assim como, de repercussão importante nas suas práticas cotidianas. Com efeito, no setor saúde, Silveira (2013) aponta estudos que informam sobre as principais causas de violência no trabalho, dentre estas, vulnerabilidade social, violência e criminalidade na região onde se localiza a unidade de saúde.

A importância de se conhecer e compreender os contextos vulneráveis nos quais estão expostos os trabalhadores constitui uma das formas de relacionar-se e compartilhar com estes, pois vulnerabilidade, do ponto de vista da pessoa humana, para Ayres (2009, p. 138), assume um caráter relacional, tendo como característica a de que todos somos responsáveis em alguma medida por essa condição.

uma situação de vulnerabilidade é sempre uma responsabilidade bilateral. Quando vitimizamos e tutelamos alguém, sob a categoria naturalizada de um 'vulnerável', o que na verdade estamos fazendo é conservar intocada uma relação da qual os que estão no pólo menos prejudicado são também partícipes. Nesse sentido, a não ser que se sintam confortáveis na posição de 'algozes', os menos vulneráveis serão, enquanto perdurar a situação, igualmente 'vítimas' (AYRES, et al., 2009, p. 138).

Por essa razão, atribuir diretamente à população a responsabilidade por suas condições sociais e ambientais é desconsiderar o sujeito histórico e as determinações sociais inerentes. O discurso expresso nessa direção está permeado por um certo grau de desânimo, sem perspectiva para imprimir mudanças no cenário, mas também, revela uma necessidade de aprofundar nas questões sociais e ambientais que permeiam o processo de trabalho no âmbito da ESF.

## CONCLUSÕES

No percurso deste estudo buscamos revelar as condições de trabalho de equipes de “Saúde da Família”, cujas práticas são desenvolvidas em territórios marcados por importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, para compreender a repercussão desses contextos no processo de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Os resultados apontaram que o processo de trabalho da equipe é moldado pelos limites impostos pelo ambiente de trabalho, este considerado a estrutura física do espaço da UBSF. Dessa forma, estão incluídos como fatores determinantes no processo de trabalho, a falta de materiais e insumos necessários para o desenvolvimento das práticas cotidianas desses trabalhadores.

Com efeito, a precariedade das condições de trabalho traduzida na falta de materiais e infraestrutura inadequada, colaboram para o improvisado das ações, sinalizando práticas de saúde sem planejamento prévio, com pouca interlocução entre os sujeitos, trabalhadores e usuários do serviço. Na verdade, os trabalhadores revelaram que reiteram práticas sanitárias de caráter preventivista para atender muito mais às necessidades institucionais do que produzir saúde no território.

Por outro lado, os trabalhadores revelaram que o território das práticas de saúde é marcado por importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, estando no âmbito das primeiras, notadamente, a violência expressa pela presença do tráfico de drogas. De igual modo, o acúmulo de lixo no peridomicílio, foi a constatação de um território deteriorado, portanto, vulnerável do ponto de vista ambiental.

Desse modo, sobre essas vulnerabilidades a atuação dos trabalhadores mostrou-se pouco eficaz, revelando que sobre as condições sociais da população trata-se de uma realidade presente e determinada por um processo histórico sobre o qual estão impedidos de modificar.

De outra parte, sobre as condições ambientais, os trabalhadores atribuíram à população o processo de deterioração do ambiente, mas sobre este revelaram ser possível desenvolver algumas ações no âmbito da educação em saúde, embora as atividades desenvolvidas nessa lógica, tenham se revelado ineficientes.

Com efeito, a produção de saúde naquele território sofre influência tanto das condições de infraestrutura inadequada para a equipe, como também, dos contextos das práticas de saúde desses trabalhadores que buscam alternativas como a utilização de tecnologias dita leves, como visitas domiciliares e “orientações”, cujos efeitos são *momentâneos* sobre a conduta da população.

Ademais, os aspectos sociais e ambientais do território que expõem à vulnerabilidade a população e o trabalhador, não impactam diretamente sobre o trabalho e saúde dos trabalhadores da ESF participantes desta pesquisa, sobretudo, os ACS que têm no território seu lugar de vida e trabalho.

Dizendo de outro modo, os trabalhadores reconhecem estar inseridos em contextos socioambientais vulneráveis, contudo, estes não constituem a razão primeira do descontentamento, mas a falta de reconhecimento institucional, aliada à infraestrutura inadequada estiveram relacionados à potenciais fatores de desgaste e adoecimento do trabalhador.

Numa tentativa de avançar no sentido de evitar listar riscos e agravos advindos das condições de trabalho, a ideia foi apresentar como os trabalhadores produzem saúde nesses territórios vulneráveis, assim como, a possível repercussão desses contextos no processo de trabalho e saúde da equipe.

Em síntese, os profissionais desenvolvem suas práticas em ambientes desfavoráveis, tanto do ponto de vista das condições de trabalho no espaço físico da UBSF, como dos territórios em que atuam. Como proposta para garantir a promoção de ambientes saudáveis em consonância com as ações em Saúde do Trabalhador, apontamos a implementação de um planejamento harmonizado com a realidade concreta desses trabalhadores, isso implica inseri-los nesse processo, assim como, implementar ações no âmbito da UBSF em consonância com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quanto à garantia de infraestrutura necessária à realização das atividades, de forma a minimizar os impactos provocados pelo ambiente no processo de trabalho e saúde desses trabalhadores.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAMIDES, M.B.C.; CABRAL, M.S.R. Regime de Acumulação Flexível e Saúde do Trabalhador. *Revista São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, 2003, p. 3-10.

ADDUM, F.M. et al. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011, p. 955-977.

ALVES, H.P.F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. *Revista Brasileira Est. Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 1, jan./jun. 2006, p. 43-59.

ANTUNES, R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 67-74.

ASSUNÇÃO, A.A; JACKSON FILHO, J.M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A.A; BRITO, J. (Orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 45-65.

ASSUNÇÃO, A.A; TAVARES, I.R; SERRA, P.J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? In: MACHADO, J.M.H; ASSUNÇÃO, A.A (Orgs.). *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012, p. 106-149.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 121-143.

AZEREDO, C.M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007, p. 743-753.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 1, 2005, p. 7-17.

BARCELLOS, C.C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situação de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 11, n. 3, 2002, p. 129-138.

BARROS, M.E.B; SANTOS FILHO, S.B; GOMES, R.S. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: MACHADO, J.M.H; ASSUNÇÃO, A.A (Orgs.). *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012, p. 28-65.

BARROS, M.E.B; MORI, M.E; BASTOS, S.S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In:

SANTOS-FILHO, S.B; BARROS, M.E.B (Orgs.). Trabalhador da Saúde: Muito Prazer. Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009, p. 99-121.

BECKER, B.K. Novas territorialidades na Amazônia: desafios às políticas públicas. Bol. Mus. Pará. Emílio Goeldi. Ciênc. Hum., Belém. v. 5, n. 1, jan/abr, 2010, p. 17-23.

BECK, C.L.C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. Esc Anna Nery (impr.), v. 14, n. 3, jul/set, 2010, p. 490-495.

BLANQUES, A.M. Um projeto de intervenção social visto pelos seus agentes: estudo psicossocial do Programa de Saúde da Família. Psicologia USP, São Paulo, v. 21, n. 4, 2010, p. 809-831.

BRAGA, L.C; CARVALHO, L.R; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, Supl. 1, 2010, p. 1585-1596.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 13ª edição revista, ampliada e atualizada. São Paulo. RT, 2008.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)> Acesso em 26 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Série Pactos pela Saúde, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. D.O.U. - Ano CXLIX nº 165, Seção I, págs. 46-51 - Brasília - DF, sexta-feira, 24 de agosto de 2012. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. D.O.U., 08/11/2011 - Seção 1. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)> Acesso em 02 de março de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. Ampliação de UBS. Manual Instrutivo. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS, nº 653, de 19 de setembro de 2006. Habilita os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-653.htm>> Acesso em 05 de março de 2014.

CASTELLANOS, P.L. Sobre El Concepto de Salud Enfermedad: Descripción y explicación de la situación de Salud. Bol. Epidemiológico OPS. v. 10, n. 4. 1990. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Análisis de situación de salud de poblaciones. In: F. Martín Navarro ET e colaboradores (Org.). Vigilancia Epidemiológica. Madrid: McGraw-Hill/Interramericana, 2004. p. 193-213. Mimeo.

CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU n. 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1, página 59. Mimeo.

COHEN, S.C. et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004, p. 807-813.

COLOMÉ, I.C.S; LIMA, M.A.D.S; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008, p. 256-261.

CONFALONIERI, U.E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. Estudos Avançados, v. 19, n. 53, 2005, p. 221-236.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 62, n. 1, jan./fev., 2009, p. 113-118.

COSTA, Fernanda Marques. et al. A vacinação contra hepatite B é realidade entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde? Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 21, n. 1, jan/fev., 2013, p. 316-324.

CREVELIM, M.A; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun. 2005, p. 323-331.

CRUZ NETO, O. et al. Grupos Focais e Pesquisa Social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 5-31. Mimeo.

CUNHA, M.S; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface, Comunicação Saúde Educação v.17, n. 44, jan./mar. 2013, p. 61-73.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Ministério da Saúde. Secretaria

de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, maio/2001.

DIAS, E.C. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? Tese de Doutorado. Biblioteca Digital da UNICAMP, 1994.

DIAS, E.C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, 2009, p. 2061-2070.

DIAS, E.C; SILVA, T.L. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In: DIAS, E.C; SILVA, T.L (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 21-41.

DIAS, E.C; SILVA, T.L. Desafios e possibilidades do apoio matricial às equipes da atenção primária para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. In: DIAS, E.C; SILVA, T.L (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 109-121.

DIAS, M.D.A; BERTOLINI, G.C.S; PIMENTA, A.L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, mar./jun., 2011, p. 137-148.

DIAS, M.D.A. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 38, n. 127, 2013, p. 69-80.

ERMEL, R.C; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, dez., 2006, p. 533-539.

FARIA, H.X; ARAÚJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n. 2, 2010, p.429-439.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n.18, set/dez, 2005, p.489-506.

FERNANDES, F. Meio ambiente geral e meio ambiente do trabalho: uma visão sistêmica. São Paulo: Ltr, 2009.

FIGUEIREDO, W.F. A História do bairro da Compensa: invasão ou necessidade. Manaus: Edições Muiraquitã, Série: Coleção Prêmios dos Bairros, 2010. Mimeo.

FREITAS, C.M. et al. Manaus: uma análise ecossistêmica através de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde. junho, 2011. Mimeo.

FREITAS, C.M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, mai/jun., 2005, p. 679-701.

FREITAS, C.M. et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência – lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 6, 2012, p. 1577-1586.

FREITAS, C.M; XIMENES, E.F. Enchentes e saúde pública – uma questão na literatura científica recente das causas, conseqüências e respostas para prevenção e mitigação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 6, 2012, p. 1601-1615.

FREITAS, C.M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, mai/jun., 2005, p. 679-701.

GARCIA, L.P; FACCHINI, L.A. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, mai, 2008, p. 1130-1140.

GATTI, B.A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIBSS, G. Análise de dados qualitativos. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª edição. RJ, SP: Record, 2004.

HAESBAERT, R. Dos Múltiplos Territórios à Multiterritorialidade. Disponível: <[http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/CONFERENCE\\_Rogério\\_HAESBAERT.pdf](http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/CONFERENCE_Rogério_HAESBAERT.pdf)> Acesso em 08 de novembro de 2013.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia*, ano IX, n. 17, 2007, p. 19-46.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=130260&search=amazonaslmanaus>> Acesso em 31 de julho de 2013.

KELL, M.C.G; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, jun. 2010, p. 1533-1541.

LACAZ, F.A.C. et al. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? *Interface Comunicação Saúde Educação*, v.17, n. 44, jan./mar., 2013. p.75-87.

LANCMAN, S. et.al. Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar. In: ASSUNÇÃO, A.A; BRITO, J. (Orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 111-130.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. Processo de Produção e Saúde – trabalho e desgaste operário. São Paulo, Editora Hucitec, 1989.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. O discurso do sujeito coletivo: Teoria e prática. São Paulo, 2002. Mimeo.

LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006. p. 157-179.

MACHADO, J.M.H. Proposta de uma matriz de vigilância em saúde do trabalhador da saúde. In: MACHADO, J.M.H; ASSUNÇÃO, A.A. (Orgs.). Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. p. 150-163.

MACHADO, M.H. et.al (Orgs.). Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. Observatório de Recursos Humanos. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Analise\\_forca\\_trabalho.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Analise_forca_trabalho.pdf) > Acesso em 24 de janeiro de 2014.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev. Esc. Enferm USP, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010, p. 956-961.

MANAUS. AMAZONAS. Programa Social e Ambiental dos igarapés de Manaus – PROSAMIM. Disponível em <<http://prosamim.am.gov.br/o-prosamim/historico-do-prosamim>> Acesso em 17 de outubro de 2013.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, 1991, p. 341-349.

MENDES, E.V. et. al. Território: conceito chave do Distrito Sanitário. In: Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993. p. 166-169.

MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, , 2010, p. 2355-2365.

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea (2009). Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> Acesso em 14 de novembro de 2013.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In. MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. Editora Hucitec, 1997, p. 2-34.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S.M.F. A Construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, Supl.2, 1997, p. 21-32.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, mai/jun., 2005, p. 898-906.

MONKEN, M; BARCELLOS, C; PORTO, M.F.S. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO, J.M.H; PENA, P.G.L. (Orgs.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 161-178.

NATENZON, C. Vulnerabilidad, incertidumbre y planificación participativa de desastres: el caso de las inundaciones catastróficas em Argentina. In: PORTO, M.F.S; FREITAS, C.M. (Orgs.). Problemas ambientais e vulnerabilidade: abordagens integradoras para o campo da saúde pública. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, 2002.

NORONHA, M.G.R.C.S; LIMA FILHO, D.L. O agir em saúde da família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 3, 2011, p. 1745-1754.

OLIVEIRA, E.M; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 4, ago., 2006, p. 727-733.

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009, p. 165-181.

PASTORE, E; ROSA, L.D; HOMEM, I.D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. Seminário Internacional Fazendo gênero 8 – corpo, violência e poder. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem\\_25.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf)> Acesso em 24 de janeiro de 2014.

PERES, C.R.F.B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 4, ago., 2011, p. 905-911.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, v. 2, n. 2, jun 2006, p. 47-59.

PESSOA, V.M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 8, 2013, p. 2253-2262.

PESSOA, V.M. et al. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Interface Comunicação Saúde Educação, v.17, n. 45, abr./jun. 2013, p.301-14.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 52, n. 2, abril/jun., 2000, p. 251-263.

PORTO, M.F.S. Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o local na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2007. p. 145-185.

PORTO, M.F.S; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 207-229.

RANIERI, J. *Trabalho e Dialética: Hegel, Marx e a teoria social do devir*. São Paulo: Boitempo, 2011.

REIS, M.A.S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunic. Saúde, Educ*, São Paulo, v. 11, n. 23, set/dez., 2007, p. 655-666.

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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar./abr., 2004, v. 20, n. 2, p. 438-446.

RIBEIRO, P.T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, 2007, p. 1525-1532.

RIBEIRO, S.F; MARTINS, S.T.F. Sofrimento Psíquico do Trabalhador da Saúde da Família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 2, abr./jun. 2011, p. 241-250.

ROJAS SORIANO, R. *Manual de Pesquisa Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ROLLO, A.A. É Possível Valorizar o Trabalho na Saúde num mundo “Globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S.B; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: Muito Prazer. Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. p. 19-59.

SANTANA, V.S. Saúde do Trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. especial, ago., 2006, p. 101-111.

SANT’ANNA, C.F. et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, mar., 2010, p. 92-99.

SANTOS, A.L; RIGOTTO, R.M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, nov.2010/fev.2011, p. 387-406.

SANTOS, V.C; SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. Especial, dez. 2007, p. 777-781.

SANTOS-FILHO, S.B. Um Olhar sobre o Trabalho em Saúde nos Marcos Teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B; BARROS, M.E.B (Orgs.). Trabalhador da Saúde: Muito Prazer. Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009, p. 73-96.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, out/dez, 1996, p. 489-495.

SCHWEICKARDT, J.C. Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SHIMIZU, H.E; ALVÃO, D.C.J. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 9, 2012, p. 2405-2414.

SILVA, N.C; GARNELO, L; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n. 3, 2010, p.592-604.

SILVA JÚNIOR, E.S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 10, Supl. 1, nov., 2010, p. S49-S60.

SILVA, T.L; DIAS, E.C; RIBEIRO, E.C.O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. Interface Comunicação Saúde Educação, v. 15, n. 38, jul./set. 2011, p.859-70.

SILVEIRA, A.M. O enfrentamento da violência e a Atenção Primária à Saúde. In: DIAS, E. C; SILVA, T.L (Orgs.). Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, p. 211-228.

SOBRAL, A. et al., Desastres naturais – sistemas de informação e vigilância: uma revisão de literatura. Epidemiologia Serv. Saúde, Brasília, v. 19, n. 4, out/dez, 2010, p. 389-402.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRAUSS, A; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRAD, L.A.B; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 3, 2011, p. 1969-1980.

TEIXEIRA, C.F.T. Promoção e Vigilância da Saúde no Contexto da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, Suplemento, 2002, p. 153-162.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRINDADE, L.L; PIRES, D.E.P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 22, n. 1, jan./mar., 2013, p. 36-42.

UNISDR. Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza, mayo del 2009. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/desastres/>> Acesso em 12 de julho de 2013.

VASCONCELLOS, L.C.F. et al. O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na atenção básica (1990-2002). In: DIAS, E.C; SILVA, T.L (Orgs.). Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, p. 73-91.

VASCONCELLOS, L.C.F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2007.

VIANA, A.L.d'A. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, 2008, p. S79-S90.

VIANA, A.L.d'A; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, 2005, p. 225- 264.

VILASBÔAS, M.L.Q; PAIM, J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun, 2008, p.1239-1250.

VISSER, S. et al. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 8, 2011, p. 3481-3492.

WERMELINGER, M. et. al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>> Acesso em 24 de janeiro de 2014.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. Revisão Técnica Cláudio Damascena. 4ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2010.

XIMENES NETO, F.R.G; SAMPAIO, J.J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 61, nº. 1, jan/fev. 2008, p. 36-45.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Roteiro de observação participante

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

*TRABALHO E SAÚDE DE EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CONTEXTOS  
SOCIOAMBIENTAIS VULNERÁVEIS*

#### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

**Período:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Setor de Atendimento (recepção): Observar o fluxo de atendimento aos usuários (desde o acolhimento até a forma de organização e execução dos serviços prestados aos usuários)
2. Atendimento Médico: observar seu cotidiano profissional, acompanhar e descrever as atividades desenvolvidas, inclusive visitas domiciliares, assim como, atividades extra muros, caso existam na rotina de trabalho.
3. Atendimento de Enfermagem: observar os processos de trabalho, acompanhar e descrever as atividades desenvolvidas, a rotina de atendimento aos usuários e outras atividades como visitas domiciliares, atividades extra muros e de gestão (relação com o nível central da SEMSA e no âmbito da UBSF)
4. Atendimento realizado pelos outros membros da equipe: observar, acompanhar a rotina de trabalho e descrever as atividades de atendimento aos usuários.
5. Observar a organização e limites da estrutura física da unidade, suprimento de insumos e equipamentos e sua influência na organização do cuidado para verificar como os profissionais “recriam” seus processos de trabalho

**APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista com os trabalhadores**

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

*TRABALHO E SAÚDE DE EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CONTEXTOS  
SOCIOAMBIENTAIS VULNERÁVEIS*

**ROTEIRO DE ENTREVISTA****DATA:****LOCAL:****1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS****Nome:****Profissão:****Função:****Tempo de atuação:****Vínculo Trabalhista:****2. Como você descreve o seu ambiente de trabalho?****3. Como você desenvolve seu trabalho neste (s) ambiente (s)? (trabalho prescrito/real; superposição de políticas; sobrecarga de trabalho).****4. Como você interage com os outros membros da equipe?****5. Como você descreve as condições sociais e ambientais do território em que as populações encontram?****6. Como você identifica os problemas no território? Como você vivencia e atua sobre esses problemas? (Você identifica vulnerabilidades sociais e ambientais no território onde atua?)****7. Como o seu trabalho interfere sobre as condições de saúde desta população neste território?****8. Como as condições de saúde da população afetam seu cotidiano profissional? (sofrimento psíquico, sensação de desamparo, desmotivação, saúde física/mental)****9. Como as condições sociais e ambientais do território interferem no seu trabalho? (Já houve afastamento do trabalho em virtude dessas condições?)****10. Para você o que é vulnerabilidade social? E ambiental?**

## **APÊNDICE 3 – Roteiro de discussão em Grupo Focal**

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

### *TRABALHO E SAÚDE DE EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CONTEXTOS SOCIOAMBIENTAIS VULNERÁVEIS*

#### **ROTEIRO PARA DISCUSSÃO EM GRUPO FOCAL**

**TEMAS PARA DISCUSSÃO:** Como vocês identificam os problemas de saúde e sua relação com as questões socioambientais no território? Como vocês organizam os processos de trabalho para atuar sobre esses problemas? Como esses problemas repercutem no trabalho e saúde dos membros da equipe?

#### **1. Conhecimento sobre as questões sociais e ambientais do território**

- a) Descrevam os problemas do território onde vocês atuam.
- b) Como vocês identificam os problemas de saúde prioritários no território? Como atuam?
- c) Como vocês descrevem vulnerabilidade? Vocês trabalham em território vulnerável? Se sim, essa condição do território onde vocês atuam, interfere no trabalho de vocês? E na saúde?

#### **2. Gestão dos processos de trabalho**

- a) Como vocês se planejam para enfrentar os problemas?
- b) Vocês fazem algum tipo de parceria (ou dividem com outras instituições), para resolver estes problemas?
- c) O que facilita o trabalho? O que dificulta?
- d) Qual a motivação para trabalhar na ESF?

## APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Entrevistas com os trabalhadores.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*Título do Projeto: “Trabalho e Saúde de Equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus”*

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa *“Trabalho e Saúde de Equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus”*, desenvolvida por Arlete Lima Simões, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em parceria com a Fiocruz Amazônia, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas. O estudo, que será base para tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), tem como objetivo central: *descrever e analisar as condições de trabalho das equipes de saúde da família em contextos socioambientais vulneráveis e suas implicações nos processos de trabalho e saúde dos seus membros*. Você foi selecionado (a) por fazer parte de uma equipe que atua em área de importante vulnerabilidade social e ambiental (área marcada por carências de recursos sociais e com presença de alagamentos). Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, assim, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, cuja técnica terá **duração de aproximadamente uma hora**. Este procedimento não envolve riscos diretos. Os benefícios oriundos de sua participação poderão contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema, assim como, aperfeiçoar o processo de planejamento sobre os “modos específicos de trabalhar” (rotina de trabalho) no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Manaus. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais, assegurado o sigilo sobre sua participação. Caso você concorde, esta conversa será gravada, ficando os registros guardados sob minha responsabilidade por um período de cinco anos, após este prazo serão destruídos. Os dados serão divulgados de forma que não possibilite a sua identificação, estes serão codificados para garantir o seu anonimato e a sua privacidade. Todavia, em razão do número de sujeitos envolvidos nesta técnica, você poderá sentir-se identificado quando da divulgação dos resultados. Deste modo, solicitamos sua autorização para divulgar suas opiniões. Como pesquisadora, meu compromisso é o de apresentar os resultados da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), para os sujeitos da pesquisa e para a população de

Manaus, na expectativa de contribuir no processo de planejamento de ações voltadas para a execução do trabalho de equipes Saúde da Família, de forma que estes trabalhadores, dentro de suas possibilidades, atendam às necessidades de saúde da população pela qual assumem responsabilidade sanitária. Você receberá uma cópia deste termo redigido em duas vias de igual teor e forma, **devendo a primeira via ser rubricada por todos que assinam o presente termo**, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora e do seu orientador, além dos contatos do CEP/ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Arlete Lima Simões**  
*Pesquisadora*

Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia  
Rua Terezina, 476 – Adrianópolis CEP 69.057-070  
Tel: (55 92) 3621.2323. (92) 9902.7963

---

**Carlos Machado de Freitas**  
*Orientador*

Escola Nacional de Saúde Pública  
Tel: (0055 21) 3882 9134 / 2270 6937 Fax: 2270 1793  
Av Brasil 4036 s. 1001 CEP 21040-361 Rio de Janeiro - RJ – Brasil

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**Manaus-AM., \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2013.**

---

**Participante**

***Em caso de dúvidas quanto à conduta ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:***

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863  
E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

## APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para discussão em Grupo Focal.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*Título do Projeto: “Trabalho e Saúde de Equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus”*

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “*Trabalho e Saúde de Equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus*”, desenvolvida por Arlete Lima Simões, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em parceria com a Fiocruz Amazônia, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas. O estudo, que será base para tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), tem como objetivo central: *descrever e analisar as condições de trabalho das equipes de saúde da família em contextos socioambientais vulneráveis e suas implicações nos processos de trabalho e saúde dos seus membros*. Você foi selecionado (a) por fazer parte de uma equipe que atua em área de importante vulnerabilidade social e ambiental (área marcada por carências de recursos sociais e com presença de alagamentos). Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, assim, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa. A sua participação consistirá em uma conversa sobre os temas: trabalho, saúde e ambiente. Isto se dará por meio de uma técnica de pesquisa denominada grupo focal, com **duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos**. Este procedimento não envolve riscos diretos. Os benefícios oriundos de sua participação poderão contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema, assim como, aperfeiçoar o processo de planejamento sobre os “modos específicos de trabalhar” (rotina de trabalho) no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Manaus. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais, assegurado o sigilo sobre sua participação. Caso você concorde, esta conversa será gravada, ficando os registros guardados sob minha responsabilidade por um período de cinco anos, após este prazo serão destruídos. Os dados serão divulgados de forma que não possibilite a sua identificação, estes serão codificados para garantir o seu anonimato e a sua privacidade. Todavia, em razão do número de sujeitos envolvidos nesta técnica, você poderá sentir-se identificado quando da divulgação dos resultados. Deste modo, solicitamos sua autorização para divulgar suas opiniões. Como pesquisadora, meu compromisso é o de apresentar os resultados da pesquisa para a Secretaria

Municipal de Saúde (SEMSA), para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus, na expectativa de contribuir no processo de planejamento de ações voltadas para a execução do trabalho de equipes Saúde da Família, de forma que estes trabalhadores, dentro de suas possibilidades, atendam às necessidades de saúde da população pela qual assumem responsabilidade sanitária. Você receberá uma cópia deste termo redigido em duas vias de igual teor e forma, **devendo a primeira via ser rubricada por todos que assinam o presente termo**, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora e do seu orientador, além dos contatos do CEP/ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Arlete Lima Simões**  
*Pesquisadora*

Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia  
Rua Terezina, 476 – Adrianópolis CEP 69.057-070  
Tel: (55 92) 3621.2323/ (92) 9902.7963

---

**Carlos Machado de Freitas**  
*Orientador*

Escola Nacional de Saúde Pública  
Tel: (0055 21) 3882 9134 / 2270 6937 Fax: 2270 1793  
Av. Brasil 4036 s. 1001 CEP 21040-361 Rio de Janeiro - RJ – Brasil

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**Manaus-AM., \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2013.**

---

**Participante**

***Em caso de dúvidas quanto à conduta ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:***

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863  
E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

## APÊNDICE 6 – Artigo revisão de literatura sobre “Saúde da Família”

### Revisão de literatura sobre “Saúde da Família”: implicações possíveis do ambiente laboral no processo de trabalho e saúde dos trabalhadores

#### Literature review about "Family Health": possible implications in the workplace in the process of work and workers' health

Arlete Lima Simões<sup>1</sup>, Carlos Machado de Freitas<sup>2</sup>

#### Resumo

A presente revisão de literatura trata de artigos sobre “Saúde da Família” encontrados na base SciELO, com abordagem sobre o trabalho desenvolvido em territórios delimitados no âmbito do PSF/ESF. Foram selecionados textos com as categorias analíticas ‘*processo de trabalho, trabalho, ambiente e território*’, para compreender como a produção científica sobre “Saúde da Família” vem abordando o tema da saúde do trabalhador. Os resultados demonstraram baixa produção científica sobre o ambiente laboral e as implicações no trabalho e saúde de equipes “Saúde da Família”, sugerindo investigações com enfoque no território como espaço laboral importante na produção da saúde da população e dos trabalhadores.

**Palavras-chave:** programa saúde da família; saúde do trabalhador; trabalho; ambiente.

#### Abstract

This literature review focused on the articles about "Family Health" in the SciELO database, with approach about work in delimited territories of the PSF / ESF. Were selected texts with analytical categories '*work process, work, environment and territory*', to understand how the scientific production about "Family Health" is addressing the issue of health worker. The results showed low scientific production on the workplace and the implications on health and work teams "Family Health", suggesting investigations focusing on space planning as important labor in the production of population health and workers.

**Keywords:** family health program; worker's health; work; environment.

<sup>1</sup>Doutoranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com a Fiocruz Amazônia.

Endereço para correspondência: Rua Terezina, nº 476, Adrianópolis. CEP 69.057-070 – Manaus-AM, Brasil.

E-mail: [limarletes@gmail.com](mailto:limarletes@gmail.com)

<sup>2</sup>Pesquisador titular do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas de Emergências e Desastres em Saúde (CESTEH/CEPEDES/FIOCRUZ).

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil no ano de 1994, com grande expressividade no território nacional, podendo atribuir a isso, o fato de representar, por vezes, a única forma de acesso da população ao sistema de saúde. No ano de 1997 essa proposta foi denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se a política fundamental e prioritária para a reorganização da Atenção Básica<sup>1</sup>.

Nesse modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho entendido como “modos específicos de trabalhar”<sup>2</sup>, possui características peculiares como a definição de território de atuação e o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo para a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, visando interferir no processo saúde-doença da população, tal como definido na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, sobre a Política Nacional de Atenção Básica<sup>3</sup>.

Desse modo, para a realização do conjunto de ações de saúde assume-se que o território de atuação não é só o ambiente das condições de vida e saúde da população, mas também o ambiente do processo de trabalho e saúde dos profissionais da atenção básica, estando estes num “processo de transformação recíproca”<sup>4</sup>. No âmbito da Saúde do Trabalhador, compreender como se dá a produção da saúde para as populações em territórios concretos torna-se de grande importância<sup>5</sup>.

Neste estudo procuramos compreender como a produção científica sobre a ESF, um tema bastante pesquisado, vem abordando o da saúde do trabalhador das equipes da ESF, tendo como referencial para análise os artigos publicados na base do SciELO Brasil – Scientific Electronic Library Online.

## MÉTODO

Para este estudo de revisão de literatura foi utilizada a base de dados SciELO Brasil – Scientific Electronic Library Online, na qual buscou-se artigos publicados no período de 2001-2012, a partir do formulário básico de busca com os descritores Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família, no campo assunto. Essa busca se realizou em março de 2010, tendo como última atualização setembro de 2012.

Os resultados apontaram 422 artigos, sendo 384 com o descritor Programa Saúde da Família e 38 com Estratégia Saúde da Família. Em seguida foi realizada uma leitura dos resumos do total de trabalhos encontrados, para identificar nestes as categorias de análises que consideramos importantes para compreender sobre saúde do trabalhador neste tema. As categorias selecionadas foram: *processo de trabalho; trabalho; ambiente; território*. Essas categorias foram escolhidas *a priori* para filtrar os trabalhos de interesse como aqueles envolvendo o cotidiano das equipes “Saúde da Família” que abordavam de alguma forma essas unidades de análise.

Feita essa análise preliminar foram selecionados 39 artigos para leitura integral e análise acurada dos estudos produzidos, identificando: o tipo de desenho do estudo; as categorias analíticas e suas abordagens; os sujeitos envolvidos; a localização geográfica.

## RESULTADOS

### Tipo de desenho de estudo

Quanto à abordagem teórico-metodológica, do total de 39 artigos, 27 destes se identificaram textualmente como estudos do tipo qualitativo. Destes 27, somente 6 intitularam como sendo estudos de caso<sup>6-11</sup>, nos quais foram utilizadas entrevistas isoladas ou mesmo a combinação de técnicas, como questionários, grupos focais e observações.

Embora não se identificando como estudos de casos, mas no âmbito da abordagem qualitativa, foram encontrados 10 estudos adotando somente entrevistas como técnica de coleta de dados<sup>12-21</sup>. Outros 8 utilizaram técnicas como análise documental e entrevista semiestruturada<sup>22</sup>, entrevista individual e grupo focal<sup>23</sup>, questionário e entrevista semiestruturada<sup>24</sup>, observação e entrevistas semiestruturadas<sup>25</sup>, observação, grupos focais e entrevistas semiestruturadas<sup>26</sup>, observação e entrevistas semiestruturadas<sup>27</sup>, observação participante e entrevista não estruturada<sup>28</sup>, entrevista semiestruturada e observação<sup>29</sup>.

Em relação aos outros 3 estudos, 1 utilizou somente questionário<sup>30</sup>, 1 Grupo Focal<sup>31</sup> e 1 informou ter coletado depoimentos dos sujeitos a partir de uma pergunta norteadora, sugerindo uma entrevista aberta<sup>32</sup>.

Os demais estudos, 12 no total, do universo de 39 artigos, não se identificaram diretamente com a abordagem qualitativa, ainda que também a tenham utilizado. Neste compasso, encontramos estudos do tipo: 1 descritivo originado de uma avaliação normativa da APS, com utilização de entrevistas semi-estruturadas e questionários<sup>33</sup>, 1 observacional transversal, utilizando entrevistas, tendo como roteiro questionário semi-estruturado<sup>34</sup>, 1 descritivo, utilizando questionários com

questões fechadas<sup>35</sup>, 1 observacional de corte transversal, utilizando informações e questionário semi-estruturado<sup>36</sup>.

Outrossim, ancorado nos conceitos propostos pela Análise Institucional, 1 estudo utilizando a observação participante, entrevistas semi-estruturadas e visitas domiciliares com trabalhadores, visando refletir sobre processos de trabalho em saúde<sup>37</sup>.

A partir dos pressupostos da Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), 1 estudo utilizando entrevista semi-estruturada e observação direta<sup>38</sup>. Assim como, tendo como referência a metodologia utilizada nos estudos de linha de base do PROESF, os questionários aplicados entre usuários e trabalhadores foram os instrumentos de coleta de dados noutra pesquisa<sup>39</sup>.

Ao lado disso, numa perspectiva teórica, encontramos uma pesquisa que busca repensar as relações entre a democracia e saúde a partir das práticas de gestão do trabalho no PSF no contexto das reformas políticas<sup>40</sup>.

De igual modo, 2 estudos de revisão de literatura, o primeiro destacando a utilidade da teorização sobre o processo de trabalho em saúde, visando analisar a realidade cotidiana do PSF<sup>1</sup>, e o outro, buscando analisar e compreender o PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial e como produtor de cuidados<sup>41</sup>.

Finalmente, uma abordagem sobre “famílias” no contexto da ESF, a luz das contribuições do movimento construcionista social<sup>42</sup>, assim como, um outro trazendo elementos para refletir habitação saudável sob o enfoque da RBHS – Rede Brasileira de Habitação Saudável<sup>43</sup>.

### **Abordagem das categorias analíticas e os sujeitos envolvidos**

As categorias analíticas apresentaram a seguinte distribuição: trabalho (n = 16), processo de trabalho (n = 17), ambiente (n = 4) território (n = 2), totalizando 39 artigos, envolvendo diversos sujeitos, conforme demonstrado na tabela 1.

### **Abordagem da categoria trabalho**

Do total de 16 artigos que tematizaram o trabalho, somente 6 destes abordaram o trabalho em equipe, uma característica do modelo baseado na “Saúde da Família”<sup>14,18,21,22,26,32</sup>.

A relação trabalho/saúde foi analisada em 4 estudos<sup>12,13,23,28</sup>, assim como, 3 discutiram o trabalho sob o enfoque da precarização do vínculo<sup>35,36,40</sup> e ainda, 3 na perspectiva do seu significado para os trabalhadores<sup>7,15,42</sup>.

### **Abordagem da categoria processo de trabalho**

O processo de trabalho foi pauta em 2 estudos que focaram a gestão do trabalho<sup>8,16</sup>, assim como, 7 na perspectiva da educação permanente e o uso de tecnologias de saúde no cotidiano de equipes<sup>11,19,20,25,29,31,37</sup>.

Foi objeto de análises também 3 abordagens envolvendo a sobrecarga de trabalho que dentre outros fatores repercutem negativamente no processo de trabalho, gerando desmotivação nos trabalhadores<sup>9,27,30</sup>.

Outrossim, processos de trabalhos desenvolvidos na lógica de demandas emergentes e burocráticas, reiterando práticas assistenciais do modelo tradicional foram abordados em 4 trabalhos<sup>6,24,38,41</sup>, assim como, discussões teóricas referentes ao processo de trabalho em saúde<sup>1</sup>, totalizando 17 estudos com enfoque nessa unidade de análise.

### **Abordagem da categoria ambiente**

Houve 1 abordagem sobre o tema da habitação saudável para refletir sobre a sua relação com as questões de saúde e ambiente<sup>43</sup>. Nessa mesma linha, uma avaliação das condições habitacionais e de saneamento básico de famílias assistidas por equipes do PSF como fatores determinantes e condicionantes de saúde e qualidade de vida<sup>34</sup>. Nesse compasso, corrobora-se a importância das questões ambientais no cotidiano da prática profissional das equipes<sup>10,17</sup>, totalizando assim, 4 estudos envolvendo a categoria ambiente.

### **Abordagem da categoria território**

Foram encontrados 2 estudos nessa categoria, o primeiro analisando o uso do território para compreender a dinâmica urbana e sua influência no perfil, na organização e no funcionamento do sistema de saúde<sup>39</sup>. O segundo, avaliando a acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde de populações atendidas por equipes “Saúde da Família”, firmando o entendimento de que é necessário analisar o território na perspectiva da sua dinamicidade de relações e de expressão do processo saúde-doença<sup>33</sup>.

### **Localização geográfica dos estudos sobre PSF/ESF**

Os 39 trabalhos que abordaram as categorias analíticas '*processo de trabalho, trabalho, ambiente e território*' no âmbito do PSF/ESF, foram evidenciados em todas as regiões brasileiras, conforme demonstrado na tabela 2.

## **DISCUSSÃO**

A predominância de pesquisas qualitativas reveladas na literatura justifica-se em razão desse método estar apropriado para apreender as questões em análise como o trabalho e o processo de trabalho de equipes de trabalhadores que desenvolvem suas práticas em territórios dinâmicos.

A pesquisa qualitativa remete para uma compreensão dos significados, das crenças e valores humanos, suas representações e da forma como os homens interpretam e ressignificam suas relações de vida e trabalho<sup>44</sup>. Corroborando esse entendimento afirma-se que as pesquisas qualitativas buscam “esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que lhes está acontecendo em termos que tenham sentido”<sup>45</sup>.

Essa abordagem é definida categoricamente “como qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação”<sup>46</sup>.

No âmbito da abordagem qualitativa, o trabalho em equipe mostrou-se relevante nesse modelo de assistência à saúde por exigir ações numa perspectiva multiprofissional<sup>3</sup>. Os estudos com foco no trabalho em equipe convergem na compreensão de que o trabalho desenvolvido nessa lógica deve estar voltado para a produção de saúde no território em que as equipes atuam<sup>14,18,21,22,26,32</sup>.

A produção de saúde no território constitui um grande desafio para essas equipes, pois estudos revelaram que o desgaste profissional representa uma característica da própria organização do trabalho<sup>12,13,23,28</sup>, reforçada essa ideia pela precarização do vínculo na saúde como uma realidade presente no cotidiano das práticas profissionais<sup>35,36,40</sup>. Dessa forma, como alternativas possíveis esses estudos apontaram para a necessidade de realizar investimentos na gestão de recursos humanos, valorizando o trabalhador e regulando o trabalho em saúde.

Numa discussão sobre transtornos mentais em trabalhadores da atenção básica, afirma-se que “a precarização do trabalho tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores”<sup>47</sup>. As situações de trabalho que contribuem para o adoecimento

de trabalhadores, constituem um paradoxo que deve ser enfrentado, visto que os trabalhadores da saúde têm suas atividades voltadas à promoção e à recuperação da saúde de outrem.

Ranieri<sup>48</sup>, assinala que “o trabalho é o lugar sobre o qual se ancora o próprio universo da realização da atividade do homem [...] como mediador, satisfaz necessidades”. Desse modo, o trabalho representa um componente importante para entender as relações sociais e seus possíveis impactos no cotidiano dos trabalhadores.

Dias<sup>49</sup>, discorrendo sobre a implantação de ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, notadamente na atenção básica, considera importante incorporar o papel do trabalho no cotidiano dos trabalhadores na sua relação com o usuário, assim como para repensar suas práticas. Essa autora aponta para a necessidade de considerar o trabalho de todos os atores envolvidos como usuários e profissionais de saúde, entendendo o trabalho “como dimensão fundamental do processo saúde/doença, em uma relação que não é causal e é afetada por processos sociais”.

Com efeito, o significado do trabalho para os trabalhadores, em última análise deve estar voltado para atender necessidades sociais<sup>7,15,42</sup>.

No entanto, a gestão do processo de trabalho na “Saúde da Família” precisa ser repensada considerando o modelo participativo da cogestão como uma alternativa para que se efetive e se consolide uma política de mudanças nas condições de vida e saúde da população<sup>8,16</sup>.

Além disso, numa perspectiva de produção do cuidado, as tecnologias em saúde mostram-se como alternativas viáveis, a exemplo do acolhimento<sup>37</sup> e os pressupostos da humanização<sup>11</sup>, sendo oportuno destacar que os trabalhadores da ESF geralmente desenvolvem essas tecnologias a partir de suas vivências

cotidianas. Desse modo, o processo de educação permanente deve ser uma política reforçada com investimentos e instrumentalização<sup>19,20,25</sup>.

Na produção de saúde no território, estudos apontaram ainda como alternativa possível a construção de itinerários terapêuticos pactuados entre usuários e profissionais<sup>31</sup>, assim como, envolver a comunidade no processo do cuidado, reforçando o uso da educação popular<sup>29</sup>.

Com um enfoque para dentro do ambiente laboral, as análises abordaram a sobrecarga de trabalho como uma questão bastante presente no âmbito do modelo “Saúde da Família”, desencadeada, entre outros fatores, pela falta de planejamento das atividades<sup>9</sup>, condições de trabalho e infraestrutura inadequada<sup>30</sup>, assim como, a deficiência de recursos humanos e a demanda pelos serviços de saúde<sup>27</sup>.

Ao reiterar as práticas do modelo assistencial hegemônico os processos de trabalho das equipes voltam-se para dentro do seu próprio espaço, atendendo às exigências de ações programáticas, com pouca interlocução efetiva com os usuários, e portanto, sem maiores mudanças no processo saúde-doença da população<sup>6,24,38,41</sup>.

Ao lado disso, o trabalho desenvolvido na “Saúde da Família” exige ações que extrapolem o atendimento no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF), visto que as práticas assistenciais devem interferir no processo saúde-doença da população adscrita.

De outro modo, trazendo à discussão questões ambientais e sua relação com a saúde, estudos destacaram a importância do território e do ambiente quando do desenvolvimento das práticas assistenciais de saúde<sup>10,17,34,43</sup>. Com efeito, os estudos que abordam o ambiente apontam para a necessidade de ações que considerem esse aspecto como um elemento importante na produção de saúde da população.

De igual modo, o território como elemento dinâmico deve ser considerado, sobretudo porque as ações desenvolvidas no âmbito da “Saúde da Família” exigem conhecimento desses espaços onde devem ocorrer intervenções no processo saúde-doença da população<sup>33,39</sup>.

Na verdade, o SUS “ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental”<sup>50</sup>.

Quanto à distribuição geográfica dessas análises, revelou-se desigual nos estados da federação, sendo a região norte a de menor representatividade. Por oportuno, esse fato pode ser atribuído aos critérios e base de dados utilizados neste estudo, sendo possível encontrar no âmbito do PSF/ESF, publicações significativas que avaliaram o PSF no município de Manaus<sup>51</sup>, o processo de gestão da atenção básica, tomando como referência o PSF em cinco municípios da Amazônia Ocidental<sup>52</sup> e a caracterização da ESF, avaliando sua implantação e impacto nos municípios do Amazonas<sup>53</sup>. Assim, muito embora o foco desses estudos tenha sido a política em si, não podemos desconsiderar sua relevância para as reflexões sobre “Saúde da Família”.

De um modo geral, os estudos apontaram algumas alternativas de ações na produção do cuidado, assim como, reflexões importantes que permitem comparar as realidades da atenção básica, a partir do PSF/ESF nos diferentes municípios brasileiros, sugerindo que há problemáticas comuns presentes no cotidiano de muitas equipes de trabalhadores desse modelo assistencial.

Embora as implicações possíveis do ambiente laboral no processo de trabalho e saúde dos trabalhadores não estivessem evidenciadas de forma inequívoca nos estudos, foi identificado que o trabalho tanto produz condições

favoráveis como desfavoráveis à saúde, por isso, com potencial de repercussões importantes no cotidiano profissional e na saúde dos trabalhadores<sup>12</sup>.

Desse modo, o tema da saúde do trabalhador foi analisado de forma transversal. No contexto da atenção básica é necessário considerar os trabalhadores de saúde e sua atividade profissional como possibilidade de incorporação de ações de saúde do trabalhador<sup>54</sup>.

## **CONCLUSÕES**

O trabalho desenvolvido pelas equipes de trabalhadores no âmbito da “Saúde da Família”, tem características importantes como adscrição da clientela, território específico e trabalho em equipe. Para tanto, quando da análise do processo de trabalho das equipes nesse modelo assistencial é fundamental considerar o cenário em que são desenvolvidas as práticas cotidianas.

No entanto, observou-se que embora a produção científica seja expressiva no âmbito da temática “Saúde da Família”, ainda carece de estudos que reflitam sobre esse modelo assistencial a partir do processo de trabalho dos trabalhadores na sua relação com o micro e o macro espaço laboral, entendendo o primeiro como a USF propriamente dita e o território em que estes atuam, respectivamente.

Com efeito, o foco dos estudos esteve direcionado para o trabalho em equipe e as relações travadas no interior do micro espaço laboral, sendo poucas as investigações voltadas para o macro cenário e suas implicações no processo de trabalho e saúde das equipes, sugerindo a necessidade de estudos nessa perspectiva, que aprofundem análises sobre o ambiente e território como espaço laboral importante que também influencia na produção da saúde da população e dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

1. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, 2004 mar-abr;20(2):438-446.
2. Laurell A, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec;1989. p. 33-43.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): 2011, mimeo.
4. Antunes RO. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo;2005. p. 67-74.
5. Monken M, Barcellos C, Porto MFS. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: Minayo Gomez C, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 161-178.
6. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunic. Saúde, Educ*, 2007 set-dez;11(23):655-6.
7. Villa EA, Aranha AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2009 out-dez; 18(4):680-7.
8. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm*, 2009 maio-jun;62 (3):424-9.
9. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. *Rev Bras Enferm*, 2009 mar-abril;62 (2):265-71.
10. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Planejamento local, saúde ambiental e estratégia saúde da família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de venda nova do imigrante. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21(3):955-77.
11. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(3):1969-1980.

12. Santos VC, Soares CB, Campos CMSA. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, 2007 dez; 41(Esp):777-81.
13. Martines WRV, Chaves, EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*, 2007 set;41(3):426-33.
14. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*, 2008 jun; 42(2) 256-61.
15. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares MCF, Soares JFS, Costa VZ, Kerber NPC, Bonow CA, Sant'Anna CF, Cardoso LS. Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*, 2009;43(4):915-22.
16. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2010;20(1):235-59.
17. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2010 mar; 31(1):92-9.
18. Blanques AM. Um projeto de intervenção social visto pelos seus agentes: estudo psicossocial do Programa de Saúde da Família. *Psicologia USP*, 2010;21(4):809-31.
19. Galavote HS, Prado TN, Maciel EL, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(1):231-40.
20. Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(3):134-40.
21. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev. esc. enferm. USP*, 2011;45 (4):905-11.
22. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005;10(2):323-31.
23. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerbers NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHTG, Cartana MHT. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2007 jan-mar;16(1): 71-9.

24. Ximenes Neto FRG, Sampaio J.J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*, 2008 jan-fev;61(1):36-45.
25. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2009 abr-jun;18(2):233-40.
26. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010 jun; 15(Supl. 1):1533-41.
27. Noronha MGRCS, Lima Filho DL. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(3):1745-54.
28. Ribeiro SFR, Martins STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da Saúde da Família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo*, 2011 abr-jun;16(2):241-50.
29. Figueira MCS, Leite TMC, Silva EM. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Rev Bras Enferm*, 2012 maio-jun;65(3):414-9.
30. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez;44(4):956-61.
31. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no programa saúde da família: atravessamentos e transversalidades. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):937-44.
32. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* 2006;40 (4):727-33.
33. Silva Júnior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2010 nov;10(Supl. 1):S49-S60.
34. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007;12(3):743-53.
35. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(3):657-64.
36. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão

em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad. Saúde Pública 2010 mai;26(5):918-28.

37. Camuri D, Dimenstein M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. Saúde soc., 2010, out-dez;19(4):803-13.

38. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP 2006;40(4):533-9.

39. Viana ALd'A, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008;24(Sup 1):S79-S90.

40. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009 jan-mar;33(1):122-33.

41. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm, 2009 jan-fev;62 (1):113-8.

42. Guanaes C, Mattos ATR. Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. Saúde soc., 2011; 20(4):1005-17.

43. Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Assumpção RF. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciência & Saúde Coletiva, 2004 jul-set;9(3):807-13.

44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 54-62.

45. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 8-9.

46. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 23-25.

47. Braga LCB, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Ciência & Saúde Coletiva, 2010;15(Supl. 1):1585-96.

48. Ranieri J. Trabalho e Dialética: Hegel, Marx e a teoria social do devir. São Paulo: Boitempo;2011. p. 125-143.

49. Dias MDA. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 2013;38 (127):69-80.
- 50 Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(6):2061-70.
51. Silva NC, Garnelo L, Giovanella L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde soc.*, 2010;19(3):592-604.
52. Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no programa saúde da família. *Saúde soc.*, 2010;19(4): 852-865.
53. Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cad. Saúde Pública*, 2011 jan; 27(1):35-45.
54. Dias MDA. Bertolini GCS, Pimenta AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trab. Educ. Saúde*, 2011 mar-jun;9 (1):137-148.

**Tabela 1.** Categorias de análise, sujeitos e autores de estudos para os descritores Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

Descritores PSF/ESF		Sujeitos/Autores dos estudos	
Categorias	n		
Trabalho	16	Trabalhadores de USF, gerentes, representantes do conselho gestor de unidade e do conselho popular de saúde <sup>22</sup> ; profissionais de equipe PSF (médicos, enfermeiros, aux.enfermagem, ACS) <sup>32,23,18,26</sup> ; enfermeiras <sup>12,14</sup> ; ACS <sup>13,21</sup> ; médicas, aux.enfermagem, enfermeiras, ACS e gerente <sup>7</sup> ; médicos e enfermeiras <sup>15</sup> ; ACS, aux.enfermagem, ACD, médicos, enfermeiros e odontólogos <sup>35</sup> ; gestão do trabalho no PSF <sup>40</sup> ; secretários municipais de saúde <sup>36</sup> ; significado “família” a partir dos discursos/práticas profissionais ESF <sup>42</sup> ; trabalhadores PSF (ACS, aux.enfermagem, enfermeira, residente de medicina e enfermagem, médica, aux.administrativo, aux.serviços gerais) <sup>28</sup> .	
Processo de trabalho	17	PSF <sup>1,41</sup> ; Enfermeiras e gestor municipal <sup>38</sup> ; Equipes de PSF <sup>6,19</sup> ; gerentes de território <sup>24</sup> ; enfermeiros, médicos e odontólogos <sup>25</sup> ; médicos, enfermeiras, téc. enfermagem e ACS <sup>31</sup> ; médico, enfermeira, aux.enfermagem e ACS <sup>8,11</sup> ; médica, enfermeira, aux.enfermagem, dentista, ACS, ACD <sup>9</sup> ; gestores municipais <sup>16</sup> ; médico, enfermeiro e ACS <sup>37</sup> ; trabalhadores da ESF e gestores municipais <sup>30</sup> ; profissionais PSF (autoridade sanitária, dentista, enfermeiros, fisioterapia, médico, aux.enfermagem, ACS, ACD, THB) <sup>27</sup> ; ACS <sup>20</sup> ; enfermeiras <sup>29</sup> .	
Ambiente	4	habitação saudável/ESF <sup>43</sup> ; domicílios de usuários PSF/habitação e saneamento <sup>34</sup> ; enfermeiras <sup>17</sup> ; enfermeiro, médico, aux.enfermagem, dentista, aux.dentista e ACS <sup>10</sup> ;	
Território	2	usuários e trabalhadores de UBS/UBSF <sup>39</sup> ; gerentes de UBS e equipes de PACS/PSF (enfermeiras, médica e ACS) <sup>33</sup> ;	
<b>Total</b>	<b>39</b>		

Fonte: Tabela de autoria própria a partir de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*

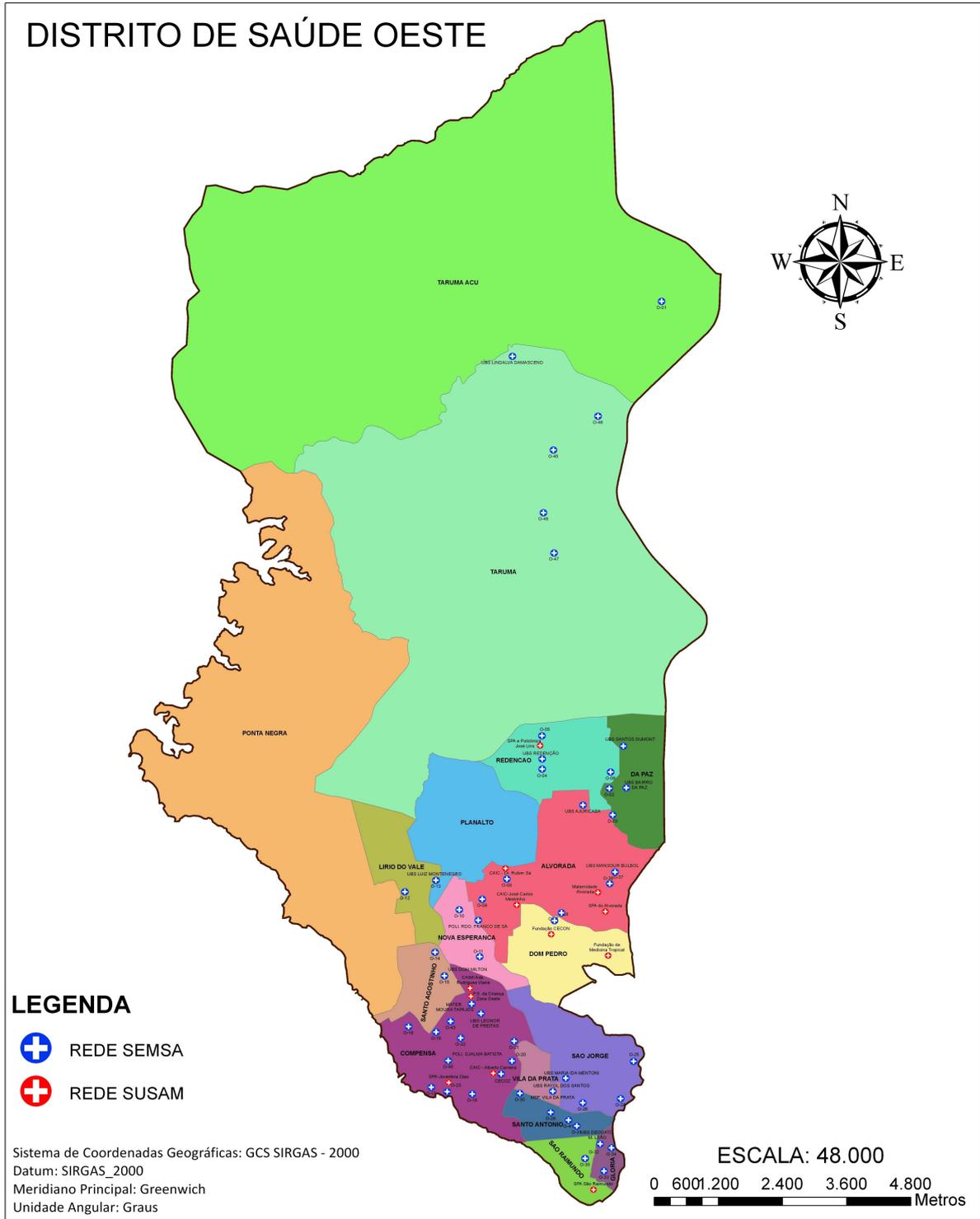
**Tabela 2.** Trabalhos publicados por grandes regiões e Unidades da Federação sobre PSF/ESF, segundo categorias de análises (*'processo de trabalho, trabalho, ambiente e território'*)

<b>Grandes regiões e Unidades da Federação</b>	<b>Número de publicações</b>
<b>Região Norte</b>	<b>1</b>
Pará	1
<b>Região Nordeste</b>	<b>5</b>
Rio Grande do Norte	2
Bahia	2
Ceará	1
<b>Região Sudeste</b>	<b>20</b>
São Paulo	11
Rio de Janeiro	2
Espírito Santo	2
Belo Horizonte	5
<b>Região Sul</b>	<b>11</b>
Rio Grande do Sul	9
Santa Catarina	1
Paraná	1
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>2</b>
Distrito Federal	1
Goiás	1
<b>Total</b>	<b>39</b>

Fonte: Tabela de autoria própria a partir de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*

ANEXOS

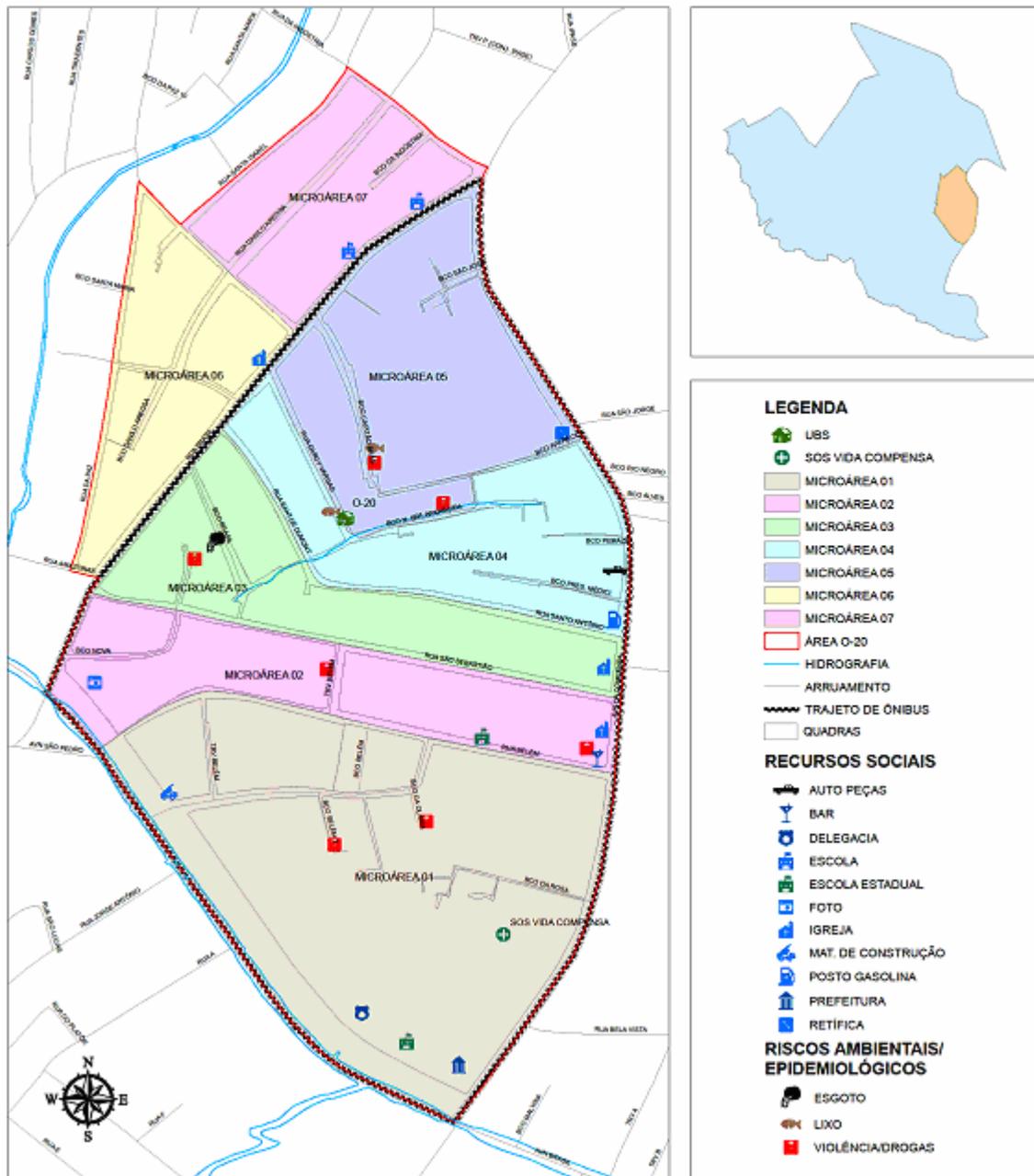
Anexo 1 – Rede de Atenção Básica do Distrito de Saúde Oeste/Manaus



## Anexo 2 – Área de abrangência da Equipe pesquisada



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DISTRITO DE SAÚDE OESTE BAIRRO: COMPENSA



ELABORAÇÃO: SETOR DE TERRITORIZAÇÃO OESTE  
OUTUBRO DE 2013.

ESCALA  
1:1.500

0 485 970 1.940 2.910 3.880 m

## Anexo 3 – Situação da ESF em Manaus, setembro/2013



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Departamento de Informação, Controle,  
Avaliação e Regulação

SITUAÇÃO DA ESF MANAUS Competência: Setembro/13

DISTRITO	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	MANAUS
<b>TOTAL DE EQUIPES</b>	<b>45</b>	<b>55</b>	<b>46</b>	<b>53</b>	<b>8</b>	<b>207</b>
ATIVAS	29	36	41	49	8	163
INATIVAS	16	19	5	4	0	44

DISTRITO	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	MANAUS
Total de ESF ativas	15	7	24	29	2	77
Total de ESF c/ SB ativas	14	27	14	15	1	71
Total de ESF tipo IV ativas	0	0	0	0	0	0
Total de ESF tipo IV com SB ativas	0	0	1	0	0	1
Total de ESF transitórias ativas	0	0	2	5	0	7
Total de ESF transitórias c/ SB ativas	0	2	0	0	0	2
Total de ESF Ribeirinhas c/ SB ativas	0	0	0	0	2	2
Total de ESF Fluviais c/ SB ativas	0	0	0	0	1	1
Total de EACS ativas	0	0	0	0	2	2
Total de ESF inativas	11	14	3	3	0	31
Total de ESF c/ SB inativas	5	4	1	1	0	11
Total de ESF transitórias inativas	0	1	0	0	0	1
Total de ESF transitórias c/ SB inativas	0	0	0	0	0	0
Total de ESF tipo IV inativas	0	0	1	0	0	1
Total de EACS inativas	0	0	0	0	0	0

**Motivo das Inativações:**

Sem Médico	32
Sem Enfermeiro	7
Sem Tec/Aux de Enfermagem	2
Sem estrutura física	3

**Equipes Inativas:**

DISA	Nº ESF	TIPO DE ESF	MOTIVO
LESTE	103	ESF	SEM MEDICO
LESTE	105	ESF	SEM MEDICO
LESTE	106	ESF	SEM ENFERMEIRO
LESTE	108	ESF	SEM ENFERMEIRO
LESTE	109	ESF	SEM MEDICO
LESTE	111	ESF c/ SB	SEM MEDICO
LESTE	113	ESF	SEM ENFERMEIRO
LESTE	115	ESF c/ SB	SEM MEDICO
LESTE	121	ESF c/ SB	SEM MEDICO
LESTE	124	ESF	SEM ENFERMEIRO
LESTE	125	ESF c/ SB	SEM MEDICO
LESTE	129	ESF	SEM MEDICO
LESTE	130	ESF	SEM MEDICO
LESTE	133	ESF	SEM ENFERMEIRO
LESTE	135	ESF c/ SB	SEM MEDICO
LESTE	136	ESF	SEM MEDICO
NORTE	203	ESF	SEM MEDICO
NORTE	204	ESF	SEM MEDICO
NORTE	206	ESF c/ SB	SEM MEDICO
NORTE	208	ESF	SEM MEDICO
NORTE	209	ESF	SEM MEDICO
NORTE	210	ESF Transitória	SEM TEC/AUX DE ENFERMAGEM
NORTE	211	ESF	SEM MEDICO
NORTE	218	ESF	SEM MEDICO
NORTE	220	ESF	SEM MEDICO
NORTE	225	ESF	SEM MEDICO
NORTE	229	ESF	SEM MEDICO
NORTE	233	ESF	SEM ENFERMEIRO
NORTE	237	ESF	SEM MEDICO
NORTE	238	ESF	SEM MEDICO
NORTE	244	ESF	SEM MEDICO
NORTE	245	ESF	SEM MEDICO
NORTE	253	ESF c/ SB	SEM MEDICO
NORTE	254	ESF c/ SB	SEM MEDICO
NORTE	255	ESF c/ SB	SEM MEDICO
OESTE	302	ESF	SEM MEDICO
OESTE	313	ESF Tipo IV	SEM MEDICO
OESTE	330	ESF	SEM MEDICO
OESTE	341	ESF	SEM MEDICO
OESTE	343	ESF c/ SB	SEM ESTRUTURA FISICA
SUL	426	ESF c/ SB	SEM ESTRUTURA FISICA
SUL	428	ESF	SEM MEDICO
SUL	439	ESF	SEM ESTRUTURA FISICA
SUL	447	ESF	SEM ENFERMEIRO