

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM –
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

ROMENISE DOS ANJOS LIMA CERQUEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA, UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

ROMENISE DOS ANJOS LIMA CERQUEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA, UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. Sob orientação da Dra. Regimarina Soares Reis.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado de autoria do aluno Romenise dos Anjos Lima Cerqueira foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dra. Regimarina Soares Reis
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado, fortalecendo-me nas dificuldades e me guiando nos contratempos.

A minha avó (in memória) pelo eterno apoio, incentivo e compreensão dispensados durante toda sua vida.

A minha tia (in memória) pela sua bondade e confiança na minha capacidade.

Aos meus filhos, Marcos Vinícius, Emmanuely e Gabriellyquefazem parte da minha vida.

Ao meu Esposo, Marcos, peça chave e um dos principais incentivadores durante toda a trajetória da graduação.

Aos meus alunos, por ter propiciado a realização desse trabalho e serem a fonte inspiradora, da minha trajetória profissional.

DEDICATÓRIA

Primeiramente, agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado, me fortalecendo nas dificuldades e me guiando nos contratempos.

A minha avó (in memória) pelo eterno apoio, incentivo e compreensão dispensados durante toda sua vida.

A minha tia (in memória) pela sua bondade e confiança na minha capacidade.

Aos meus filhos, Marcos Vinícius, Emmanuely e Gabrielly que fazem parte da minha vida.

Ao meu Esposo, Marcos, peça chave e um dos principais incentivadores durante toda a trajetória da graduação.

Em especial ao corpo Docente da UFSC a Dra. Regimarina Soares Reis, pela compreensão e incentivo no percurso desse trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
1.2 OBJETIVO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
2.1 CONTEXTUALIZANDO O SUS.....	09
2.2 CONHECENDO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	11
2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	12
2.4 O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
3 MÉTODO.....	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	19
3.3 ANÁLISE DE DADOS.....	19
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	21
4.1 CATEGORIA 01: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	24
4.2 CATEGORIA 02: PROCESSO DE TRABALHO NA CONJUNTURA ATUAL.....	28
4.3 CATEGORIA 03: FRAGMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	30
4.4 CATEGORIA 04 PRECARIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
6 REFERÊNCIAS.....	39

Cerqueira, Romenise dos Anjos Lima. **Processo de trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde Família, um estudo bibliográfico.** 2014.44 páginas. Monografia do curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem da Universidade Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis-Federal de Santa Catarina-UFSC.

RESUMO

Acesso universal e igualitário às ações e serviços: Rede regionalizada e hierarquizada, atendimento integral, e participação comunitária. Nessa nova concepção de modelos assistenciais surgiram o ESF – Estratégia Saúde da Família – 1994, PACS Programa de Agentes Comunitário de Saúde – 1991¹. Desde então esses novos modelos assistências vem concebendo uma nova forma de mudar paradigmas na saúde publica, propiciando assim através dessas implementações uma saúde realmente de caráter coletiva. Nessa concepção a Estratégia Saúde da Família concebida como um novo modelo norteador dos serviços substitutivos de saúde, dotados de equipe multiprofissional com funções específicas, sendo concebida como a porta de entrada para o serviço de saúde. Este Trabalho teve o objetivo de fazer um estudo bibliográfico do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família como substitutivo dos modelos assistenciais vigentes.

Desse modo infere-se nesse trabalho a constituição do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família nos preceitos da constituição da equipe multiprofissional.

Palavra – chave: Estratégia Saúde da Família, Processo do Trabalho, equipe multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

Para que seja possível prestar assistência integrada, coordenada, longitudinal e de qualidade, é fundamental que sejam revistas as dimensões de organização do processo de trabalho, de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e influência do modelo médico hegemônico na formação dos profissionais de saúde. Desses elementos, a organização do processo de trabalho precisa estar na ordem do dia, uma vez que parece influenciar e determinar em alto grau as demais.

Dessa maneira, o estudo sobre processo de trabalho busca estimular reflexões sobre a organização do trabalho, no sentido de buscar melhores formas de organização que podem oferecer um atendimento de qualidade, coerente com as necessidades do SUS e que ao mesmo tempo, possibilite a realização de um trabalho coletivo engajado na diversidade de profissionais na área de saúde (LEOPARDI et al,1999).

Em locais, como no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde o trabalho em equipe é fundamental para se prestar assistência integrada, coordenada, longitudinal e de qualidade, a reorganização do processo de trabalho torna-se estruturante.

A ESF tem sido referida como a estratégia principal para o alcance de mudanças significativas no contexto da Saúde Pública brasileira, especialmente por propor importantes mudanças na forma de conduzir o trabalho em saúde e que apresenta potencialidades em contribuir para a construção de um novo paradigma assistencial mais voltado para a prática humanizadora e holística. (SILVA e MOTTA e ZEITOUNE).

Nesse contexto, dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008⁴. De acordo com a proposta do NASF, a equipe de profissionais deverá atuar em parceria com os profissionais das respectivas equipes de Saúde da Família, nos territórios sob-responsabilidade dessas últimas, compartilhando suas práticas em saúde com todos os níveis de atenção e promovendo assim a integralidade na Estratégia (PEDUZZI, 2001).

A ESF, nova campo de atuação para os profissionais, onde seria um local a propiciar elos de comunicação e relação de confiança entre uma clientela adstrita e os membros da equipe de

saúde. Nesse processo de trabalho cria-se então um novo campo mais democrático de assistência á saúde como também de autonomia dos profissionais de saúde (PIRES 1994). Entretanto, formar profissionais para atuar nessa perspectiva apresenta-se como um desafio.

2. OBJETIVO

Realizar revisão da literatura acerca do processo de trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família no período de 1998 a 2013, explicitando desafio e possibilidades.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualizando o Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Os modelos de saúde surgiram no Brasil ainda no século XIX para uma pequena parte da sociedade, ou seja, pessoas com certo poderio econômico os melhores médicos e cuidados estavam disponíveis apenas para atender as demandas da sociedade da época enquanto aos demais ficavam apenas “Curandeiros e as ervas”. A partir de então com desenvolvimento econômico e industrial essa política assistencialista necessitou de novos modelos que pudessem atender os demais grupos sociais que faziam parte economia da época os trabalhadores dos portos, bancos e industriários. A saúde estava custando cada vez mais caro e não satisfazia e não conseguia atender as demandas do processo saúde-doença que se estabelecia (COSTA et al.,sd.).

Nas décadas seguintes, diante de tantas mudanças conceituais e lutas sociais, depois surgiu finalmente o SUS, oficializado pela constituição de 1988, mais só implantado posteriormente. Ainda que necessitasse de revisões, já se mostrava com um sistema dotado de uma política mais humanística de saúde pública. Inserem-se nesse contexto nas décadas seguintes um novo formato de modelos de atenção de saúde pública. A partir de então o Brasil vem elaborando novas propostas e alternativas para atendimento de saúde de forma que a integralidade de forma hegemônica na forma de conceber a doutrina para qual o SUS foi concebido e preconiza: acesso universal e igualitário às ações e serviços; rede regionalizada e hierarquizada; atendimento integral; e participação comunitária(COSTA et al ,sd). Nessa nova concepção de modelos assistenciais surgiram o PACS em 1994. Desde então esses novos modelos assistências vem concebendo uma nova forma de mudar paradigmas na saúde pública, possibilitando assim através dessas implementações uma saúde realmente de caráter coletiva (PIRES, 1994).

De acordo com Nascimento (2010), o SUS foi instituído no país por meio da Constituição de 1988, incorporando os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Está estruturado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolubilidade as necessidades de saúde dos grupos sociais (BRASIL, 1990).

Fundado no direito universal à saúde e priorizando a Atenção Básica como porta de entrada do sistema, passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção. A partir de 1994, a Atenção Básica foi reestruturada e reorganizada com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), recentemente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (NASCIMENTO, 2010).

Ainda segundo Nascimento (2010), com a ESF, a família passou a ser considerada uma unidade de intervenção e firmou-se a premissa da reorientação das práticas profissionais a partir da Atenção Básica, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

O papel da ESF foi reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica, que definiu como prioridades sua consolidação e qualificação, tomando a Atenção Básica centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das (BRASIL, 2007).

A criação do SUS, resultante do movimento de reforma sanitária, que reivindicava que o Estado assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu um avanço para o setor no país, na medida do reconhecimento de que o acesso aos serviços e ações deveria se dar de forma universal e igualitária, em uma rede hierarquizada (VIEIRA, 2009).

O SUS foi instituído, com destaque para o princípio da universalidade. Por meio dele, foram incorporados como cidadãos, com direitos a serem garantidos pelo Estado, 60 milhões de brasileiros, até então submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou entidades filantrópicas (MENDES, 2010).

Com o entendimento de que as demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram e se ganharam maior complexidade na contemporaneidade, se evidencia a necessidade de um processo formativo diferente, que abarque as necessidades de saúde na perspectiva de superação do modelo hegemônico hospitalocêntrico e individual para ações de integralidade, articulando a saúde coletiva e a clínica (SILVA, RODRIGUES, 2010).

Neste contexto, o art. 196 da Constituição de 1988 (CF/88) considera que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essa mesma Constituição colocou as bases do que hoje conhecemos como SUS, que foi posteriormente regulamentado

pelas Leis n^os 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90 (que dispõe sobre a participação da comunidade) (PONTES, 2010).

A Lei n^o 8.080/90, que regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no Capítulo II, art. 7^o, refere-se aos princípios e diretrizes do SUS. Esse documento afirma que as ações, os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; igualdade de assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização; hierarquização e resolutividade. De forma complementar, em dezembro de 1990, foi instituída a lei 8142/90 com o objetivo de incentivar e abarcar a participação da comunidade no âmbito do SUS e estabelecer os conselhos (PONTES, 2010).

A partir do princípio da universalidade, a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado e, assim, os indivíduos adquiriram o direito de ter acesso às ações e serviços de saúde como, por exemplo, consultas, exames, tratamentos e internações nas instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas conveniadas ao sistema. No entanto, a televisão apresenta constantemente uma imagem de caos na saúde através de mortes na porta de hospitais, pessoas que ficam sem diagnóstico rápido e adequado por demora no atendimento ou por falta de exames e outras não têm acesso a medicações, dentre outras imagens veiculadas pela mídia. Ela divulga todos os dias um sistema falido que se encontra em condições precárias e sem capacidade de atender às demandas da população (PONTES, 2010).

2.2 Conhecendo o Programa de Saúde da Família.

A partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, surge no Brasil Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. A procura de novos modelos de assistência é consequência de um momento histórico social, no qual o modelo biomédico não atende a emergência das transformações provenientes de um mundo moderno, concomitante as necessidades de saúde do ser humano. Assim, a Estratégia de saúde da Família (ESF) surge como uma nova maneira de se trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não

apenas o indivíduo doente, trazendo uma nova visão no processo de saúde em que a intervenção é realizada sem que a população necessariamente procure a unidade, pois age com medidas preventivas a partir de uma nova estratégia de atenção (ROSA, LABATE, 2005).

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Durante a Primeira República, as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior (LUZ, ROSA, 2005).

Com o intuito de fortalecer a proposta de mudança do enfoque curativo para o preventivo e integral, o programa de saúde da família, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca da universalidade, integralidade e equidade. A proposta do programa, hoje Estratégia, (ESF), segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar (FERNANDES, BERTOLFI, BARROS, 2009).

Atualmente, os municípios são responsáveis pelo atendimento integral ao usuário, sendo o conhecimento sobre a utilização dos serviços e as necessidades de saúde de fundamental importância para os gestores. O reconhecimento dos grupos com maior vulnerabilidade propicia o desenvolvimento de ações educativas e preventivas para aquelas situações de saúde com maior demanda nos serviços, identificando os grupos excluídos do sistema e, assim, atendendo a premissa inicial do SUS direcionada ao acesso e à universalidade do cuidado (FERNANDES, BERTOLFI, BARROS, 2009).

2.3 O processo de trabalho em saúde e a prestação dos serviços.

O processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (OLIVEIRA, 2012 apud PAVONI, MEDEIROS, 2009).

“A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do

processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Essas são características muito presentes na Atenção Básica em Saúde e no PSF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação de seu processo de trabalho” (FARIA et al. 2009).

O processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, então é entendido que o processo de trabalho é entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem a assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A Estratégia Saúde da Família tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde. Percebeu-se desta forma a ampliação da visibilidade e dos olhares sobre a prática destes profissionais, como mostra o crescimento do número de estudos que abordam este tema.

Para o Ministério da Saúde (2000), uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser incorporados a esta equipe mínima o cirurgião dentista e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), que constituem uma Equipe de Saúde Bucal. E define as seguintes atribuições como comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adstrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações Inter setoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades

de educação permanente. Além das atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, dentro do escopo de apoiar à inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. De acordo com a proposta do NASF, a equipe de profissionais deverá atuar em parceria com os profissionais das respectivas equipes de Saúde da Família, nos territórios sob-responsabilidade dessas últimas, compartilhando suas práticas em saúde com todos os níveis de atenção e promovendo assim a integralidade na Estratégia (PEDUZZI, 1998).

O processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2000).

O trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (CRUZ et al, 2010).

Segundo Kurcgant(1991) a administração científica remota ao ano de 1776, quando Adam Smith já preconizava a aplicação dos princípios da especialização do trabalho, do controle de resultados e da remuneração do operário, dados da historia refere que desde então já houve a criação do principio da divisão do trabalho e da ordem da hierarquização, características que norteiam ainda o processo do trabalho em saúde.

Assim o processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros pelo trabalho no setor de serviços e o trabalho em saúde atualmente sendo organizados de forma fragmentares de acordo com os modelos organizacionais concebidos desde o inicio do século XX. Modelos então propostos pelo teorista Taylor, baseado na concepção científica, em que propunha o aumento da produção pela eficiência do nível operacional, a especialização do trabalho e a divisão de tarefas, caracterizando então um modelo mecanicista na condução do trabalho. Partindo desse modelo a ESF, foi então concebida com uma estrutura hierarquizada, formalizada na condução na forma de prestação dos serviços de saúde, nem sempre

considerando as reais necessidades de serviços de saúde da comunidade ou município em que ela está adstrita atende (PIRES, 1994).

De acordo com Cruz et al (2010), como sujeitos desse processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica. Esta é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho (PEDUZZI, 1998).

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico (KURCGANT, 1991).

Segundo Pires (1998) diversos autores têm apontado que o conjunto de atividades que não estão diretamente envolvidas na produção industrial e que não estão no setor primário da economia tem crescido, progressivamente, desde a Revolução Industrial. Esse conjunto de atividades constitui o chamado setor de serviços, e muitas delas, que eram feitas no âmbito da empresa, passaram a ser desenvolvidas por serviços especializados fora dela. Da mesma forma, cresceu o conjunto de atividades comerciais, de serviços de educação, de saúde, de segurança pública, dentre outros.

O processo de trabalho pode ser caracterizado por identificar diferentes configurações e múltiplas relações e atravessamentos. De acordo com Pires (2002, apud Krug 2006), processo de trabalho é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, conseqüentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

Na concepção do processo de trabalho em saúde, para Pires (2000) infere que este envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal:

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 1998).

O trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (KURCGANT, 1991).

1.4 O Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) o processo de trabalho é caracterizado pela atuação de equipe multiprofissional. Demonstra-se que o profissional enfermeiro exerce um importante papel na busca do desenvolvimento de competências e habilidades que valorizem a participação de todos os membros da equipe, como instrumento possível para se articular novas práticas, trazendo repercussões tanto para as equipes, como para os usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Ângelo e Bousso (2001) o enfermeiro exerce o papel na saúde da família, que implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais, etc, apresentados e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar.

A Lei nº 7.498/86, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, dispõe que é de competência do enfermeiro coordenar o serviço e a unidade de enfermagem em instituições públicas e privadas; organizar e dirigir os serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares; planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem (COFEN, 1986).

A competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. A Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, mencionada expressamente na Resolução COFEN nº 271/2002 prevê, na formação do profissional enfermeiro, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, intervir no processo saúde-doença, com a finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem as ações multiprofissionais. (Informativo COREN-PB 08/2004, nº 10). Cabe ressaltar que a resolução mencionada acima foi revogada pela Resolução COFEN nº 317/2007 uma vez que a LEI 7.498/1986 já prevê tal prescrição de medicamentos privativa do enfermeiro quando integrante da Equipe de Saúde da Família, não necessitando da Resolução. Ademais, a citação do CNE/CNS é, portanto, mais legítima. (ARAÚJO, OLIVEIRA, 2009).

Diante disso, O enfermeiro tem o papel de incentivar a prática mais integralizada da equipe, distribuindo responsabilidades, para favorecer a compreensão da realidade assistencial da ESF e assim aprimorar-se em seu processo de liderança. Ainda, buscar a definição de um perfil de competência nos profissionais da ESF e zelar pela educação continuada e permanente desses trabalhadores. Nesse sentido, visando contribuir com a disseminação do conhecimento sobre o tema, o objetivo deste estudo foi conhecer a produção científica nacional acerca da temática da liderança do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (COSTA,DALL'AGNOL,2011).

Nascimento e Nascimento (2005) afirmam que a enfermeira para atuar no Programa de Saúde da Família deverá incorporar alguns conceitos aplicáveis ao processo de trabalho no setor saúde, na qualidade de membro da equipe de uma unidade produtora de serviços de saúde, responsável por uma demanda social de uma área adscrita.

3 MÉTODO

A metodologia de uma pesquisa é a ferramenta fundamental para o investigador, ficando eminente que “[...] através dos métodos a serem seguidos se torna possível delimitar a criatividade e definir o como, onde, com quem, com quê, quanto, e de que maneira se pretende captar a realidade e seus fenômenos” (ALVES, 2003, p. 59).

3.1 Tipo de estudo

Para Vergara (2004, p.48), “pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral”. Para o estudo, fornece instrumento analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma.

Segundo Triviños (1987), os estudos de natureza descritiva, têm por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Trata-se de um estudo bibliográfico e descritivo onde os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferências do pesquisador (TEIXEIRA, 2005).

A revisão da literatura para Cervo e Bervian (1996) tem a finalidade de recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema ou hipótese. Sendo assim, é possível avaliar o conhecimento produzido em pesquisas prévias, destacando conceitos, procedimentos, resultados, discussões e conclusões relevantes para o trabalho (SILVA, 2005).

Alguns passos para o desenvolvimento desta forma de estudo são indicados, sendo eles: 1) busca do material nos catálogos das bibliotecas; 2) seleção dos textos de acordo com os objetivos; 3) leitura do texto; 4) anotações somente depois de ter lido o texto criticamente; 5) transcrição dos dados exatos e úteis em relação ao tema levantado; 6) registro de qualquer idéia crítica ou conjectura pessoal que emerge no decorrer da leitura, para posterior verificação e reflexão e 7) correta citação das fontes no relatório de pesquisa, evitando o problema de uso indevido do material, o que caracteriza a violação das normas nacionais e internacionais de direitos autorais (PADUA, 2003).

3.2 Técnica de coleta de dados

Para a realização desse trabalho de conclusão de curso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com revisão da literatura nacional nos anos de 2005 á 2011 que envolve a temática. Os dados foram coletados nos período de janeiro a maio de 2014.

A busca da bibliografia abrange as publicações em relação à temática em estudo, que incluem publicações científicas, jornais, monografias, dissertações, livros e teses. Foi realizada uma leitura seletiva do material, como a finalidade de entrar em contato direto com o que foi publicado e escrito sobre o assunto, buscando conhecer e analisar as contribuições sobre o tema ou problema abordado.

Diante disso, a pesquisa bibliográfica sobre a temática foi realizada por meio de busca eletrônica: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências), Google Acadêmico, SciELO (ScientificElectronic Library Online), Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Enfermagem(COFEN). Os descritores utilizados para realização da pesquisa foram: Estratégia Saúde da Família, Processo do Trabalho, equipe multiprofissional. Foram selecionados 13 artigos através dos resumos nos quais realizamos os seguintes procedimentos para levantamento e análise da documentação bibliográfica: busca seleção, impressão/solicitação e análise dos textos.

Os recursos materiais utilizados durante o desenvolvimento da pesquisa foram: lápis, caneta, borracha, impressora, computador, cartucho de tinta e papel A4.

3.3 Análise dos Dados

Os dados foram analisados através de análise de conteúdos, depois de selecionados os artigos, foram identificados 13 que estavam dentro dos critérios da pesquisa, que foram: análise dos trabalhos publicados desde 1998 até 2013 que faziam referência do processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF. Sendo então realizada leitura geral e releitura para se chegar às categorias de análise.

A análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (VERGARA 2005, p.15).

Para Bardin (1977, p.42) análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977 p.42).

Bardin (1977) organiza a análise de conteúdo em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Quadro de resultados

Nº	Título	Ano	Periódico	Objetivo	Tipo de Estudo	Conclusão
01	Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.	1998	LILACS, 28ª edição, set.	Conhecer a realidade objetiva e subjetiva dos recursos humanos em saúde, enquanto partícipes de um trabalho coletivo e enquanto trabalhadores em equipe.	Pesquisa Qualitativa.	No bojo da relação entre trabalho e interação os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em tomo do qual se dá a integração da equipe de trabalho.
02	Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.	2001	Scielo	Identificar as evidências empíricas do trabalho coletivo e compreender as relações entre as situações objetivas de trabalho e as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multiprofissional.	Pesquisa qualitativa	Diferenças Técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.
03	A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.	2004	Scielo	Reflexão sobre o trabalho das equipes do programa, utilizando-se como referência a teorização sobre o processo de trabalho em saúde.	Revisão bibliográfica	Ratifica-se a visão da condição dialética do processo de trabalho em saúde no PSF, com suas possibilidades de sucesso, concebido e funcionando permeado por contradições e dificuldades.
04	A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.	2007	Scielo	Refletir sobre alguns aspectos do processo de trabalho em saúde, presentes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da rede pública de um município do interior de São Paulo.	Estudo de caso	Pontuou para a necessidade de revisão da organização do trabalho com base na análise dos processos de trabalho em curso.
05	Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos	2010	O Mundo da Saúde, São Paulo.	Reflexões acerca das ferramentas utilizadas no cotidiano do trabalho no NASF e as competências profissionais	Dissertação reflexiva.	Percebeu-se um descompasso entre a formação inicial e a realidade concreta dos serviços, que tem como desafio responder a necessidades sociais em

Nº	Título	Ano	Periódico	Objetivo	Tipo de Estudo	Conclusão
	Núcleos de Apoio à Saúde da Família.			requeridas.		saúde.
06	Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família.	2007	SciELO	Compreender o processo de viver (não) saudável de grupos sociais da Região Sul do Brasil.	Estudo de caráter qualitativo, do tipo exploratório-descritivo,	O trabalho emergiu a partir de uma rede de significados que o caracterizam como processo(des)potencializado do viver humano do(as) trabalhador(as) do Programa de Saúde da Família.
07	O Processo de Trabalho de Estratégia de Saúde da Família.	2008	SciELO	Identificar de que forma se realiza o processo de trabalho nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Içara- SC.	Pesquisa Qualitativa	A pesquisa demonstrou também que a comunidade não tem ciência desta transformação realizada no Programa de Saúde da Família o que prejudica o avanço e também os resultados do trabalho dos profissionais inseridos nessa estratégia.
08	Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família.	2008	Revista Escola de Enfermagem em USP	Conhecer a concepção de enfermeiras que atuam no Programa de Saúde da Família sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, no que diz respeito à articulação das ações dos diversos profissionais que a compõem.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	Torna-se necessária a reorganização do processo de trabalho, com intenções da realização de um trabalho efetivamente integrado.
09	Potencialidades/fragilidades do processo de Trabalho na estratégia saúde da família.	2009	2º. SENABS ABEN Eventos	Analisar os eventos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde da família que podem potencializar ou fragilizar a transformação do modelo assistencial.	Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa.	É necessário que cada vez mais os profissionais de saúde tomem iniciativas no sentido de encontrar meios de superar esta problemática, sendo o desenvolvimento de ações setoriais uma estratégia potencializadora para o avanço da reestruturação do processo de trabalho na atenção à saúde.

Nº	Título	Ano	Periódico	Objetivo	Tipo de Estudo	Conclusão
10	A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.	2010	Scielo	Analisar as causas do índice de rotatividade de médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família, com no mínimo dois anos de implantação em março de 2006, no Vale do Taquari (RS).	Estudo quanti-qualitativo	Revelou a necessidade de desencadear mudanças em relação aos vínculos trabalhistas, às condições de trabalho e à formação de trabalhadores e gestores da saúde, buscando a implementação da integralidade nas práticas de saúde.
11	O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde.	2011	Scielo	Refletir sobre alguns aspectos do processo de trabalho em saúde, presentes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da rede pública de um município do interior de São Paulo.	Estudo de caso	Pontuou a necessidade de revisão da organização do trabalho com base na análise dos processos de trabalho em curso.
12	O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.	2012	Scielo	Analisar a percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal (ESF-DF) acerca de seu processo de trabalho e suas repercussões no processo saúde-doença.	Pesquisa descritivo-transversal	Processo de trabalho taylorizado, as precárias condições de trabalho e as exigências específicas dos cuidados das famílias e das comunidades em seu território provocam desgastes intensos, que apontam a necessidade de aprimoramento da sua gestão.
13	As concepções dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família sobre o processo de trabalho no município de Esperança – PB.	2013	uepb.edu.	Conhecer as concepções dos profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família sobre o seu processo de trabalho.	Pesquisa de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa.	A análise dos dados revelou que os profissionais demonstram ter conhecimento sobre processo de trabalho em equipe, mas o envolvimento da comunidade ainda é incipiente.

Após leitura e releitura dos artigos chegamos às categorias, que segundo Bardin (1994):

“É uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos

caracteres comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido), com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem) (BARDIN, 1994, p.117-118).

Diante disso, os fatores encontrados para a temática em questão os resultados encontrados nos artigos científicos analisados, foram classificados em 4 categorias. Categoria 01: A equipe multiprofissional. Categoria 02: Processo de trabalho em saúde na conjuntura atual. Categoria 03: Fragmentação da assistência. Categoria 04: Precarização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

4.1 Categoria 01. A equipe multiprofissional.

A inferência dessa temática alguns artigos correlacionaram como foco de estudo e pesquisa a visão das atividades exercidas pelos diversos elementos que compõe o quadro das equipes da Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Peduzzi (2001) a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Peduzzi (2001) ainda afirma que no trabalho em equipe, observam-se três concepções distintas quanto à autonomia técnica: na primeira, o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda, ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e, na terceira, apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada à complementaridade dos trabalhos especializados.

Nascimento e Oliveira (2010) apud Brasil (2007) enumera como as equipes da Estratégia da Saúde Família (ESF) são compostas, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal. Seu trabalho focaliza áreas estratégicas de atuação, que incluem a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a saúde bucal, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso.

Peduzzi (1998) afirma que a intensa especialização do trabalho em saúde, ocorrida em décadas recentes, coloca o problema da integração das ações realizadas pelos vários profissionais presentes nesse setor. Essa integração pode ser vista como articulação entre trabalhos de agentes da mesma área profissional e também entre trabalhos executados por profissionais de diferentes campos.

Ainda nesse contexto Peduzzi (1998) afirma que as questões referentes, especificamente, à equipe de saúde ganham ênfase, no Brasil, a partir dos anos 70. Período marcado pela forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de extensão de cobertura dos serviços e pela veiculação dos modelos de reforma médica — Medicina Preventiva, Medicina Integral e Medicina Comunitária. Esta, enquanto estratégia de extensão de cobertura enfatiza o trabalho em equipe como recurso de racionalização dos serviços (PEDUZZI, 1998 apud DONNANGELO, PEREIRA, 1976; MENDES, 1985:57-58). A equipe de saúde ganha destaque também pelos crescentes conflitos e enfrentamentos travados entre os vários grupos profissionais, onde cada categoria ou segmento tenta alcançar certa hegemonia, não obstante a consagrada hegemonia médica (PEDUZZI, 1998 apud PEDUZZI, SCHRAIBER, 1994).

Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que o peso dos bons resultados alcançados pela implantação da ESF no território nacional, verificou-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, foi necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF. Assim coube esse propósito, o Ministério da Saúde criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Com objetivos de apoiar as equipes da ESF na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade.

No contexto da Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010 apud BRASIL, 2008).

Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que no dia-a-dia do trabalho das equipes da ESF, observa-se que muitas vezes o processo de trabalho limita-se a alcançar de metas

numéricas e procedimentos pré-determinados, sem a devida reflexão acerca da qualidade do serviço prestado.

Para Nascimento e Oliveira (2010) o NASF busca romper esta lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes e problematizando com as equipes e os usuários dos serviços os determinantes do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento das condições que levam ao adoecimento e à morte.

Diante disso, Azambuja et al (2007) afirmam que os (as) trabalhadores(as), integrantes de uma equipe multidisciplinar, têm como desafio transformar o modo como percebem e realizam o fazer, e estender as suas ações para fora dos muros dos postos, percebendo a realidade e as necessidades in loco, onde as famílias vivem, relacionam-se e produzem, visto ser a família o principal objeto de atenção. Para pôr em prática o princípio da vigilância em saúde, é preconizado que os agentes de saúde residam na área de atuação.

Silveira, Sena e Oliveira (2011) apud Maingueneau (199) salienta que a concepção de trabalho em equipe advém da necessidade de serem estabelecidos objetivos comuns e um plano de trabalho bem definido, no qual os componentes da equipe criem as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo para um cuidado centrado no usuário e na comunidade onde atuam. A cooperação, a complementaridade e a responsabilidade compartilhada na ESF apontam para a necessidade de uma comunicação aberta e solidária, de forma a conferir responsabilidades mediante a diversidade de situações encontradas.

Para o trabalho com êxito em equipe Ribeiro et al (2004) salienta que o trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Outra vertente a ser sinalizada, é a que faz referência às atividades realizadas pelo enfermeiro, no trabalho de pesquisa realizado por Pavoni e Medeiros (2009), onde foram entrevistados dez membros da equipe, composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma ACD e cinco ACS, sendo esta a equipe básica. Além da equipe básica foram incorporados outros profissionais que compõem a equipe complementar, porém, estes não foram incluídos no estudo. Essa pesquisa foi realizada em

uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul (RS). Os resultados da pesquisa apontaram que a enfermagem compartilha diversas atividades com a equipe, e que a enfermeira executa sozinha atividades que poderiam ser compartilhadas com outros profissionais. Também, percebeu-se que ela realiza várias atividades que poderiam ser realizadas por outras pessoas, principalmente em relação às atividades meio.

Ainda em referência a ao estudo de Pavoni e Medeiros (2009), apontam que nas atividades de coordenação, alguns membros da equipe veem a enfermeira como detentora deste papel e outros reconhecem que esta profissional acaba exercendo esta função, embora se diga que a coordenação seja compartilhada com a médica e a dentista. Além da coordenação, a enfermeira realiza grande parte das atividades administrativas na equipe, e representa o elo entre a ESF e a Secretaria Municipal de Saúde. O acúmulo de atividades efetuadas sobrecarrega o trabalho da enfermeira, o que impossibilita que a mesma dedique-se mais às atribuições de sua categoria profissional.

Reforçando essa vertente Medeiros et al (2007) em uma pesquisa entre duas categorias profissionais ,sendo médicos e enfermeiros consideram o trabalho em equipe fundamental para o sucesso da ESF. No entanto, observou-se que os enfermeiros percebem que esse trabalho não é desenvolvido em conjunto, mas sim isoladamente, constituindo-se mais como um trabalho de grupo do que de equipe, isto é, não há interação entre os profissionais e unidade de objetivos. Este fato prejudica um trabalho alicerçado.

Depois de analisar tais pressupostos, percebemos que ainda, se faz necessário novas formas de implementação ou mesmo ampliação de políticas públicas que incrementem a formação profissional das equipes que compõem o quadro da Estratégia Saúde da Família, bem como no fortalecimento de vínculo entre a família adscrita e os membros da sua equipe. É preciso formar os profissionais em uma lógica coerente com a que se quer que eles trabalhem no SUS. Ou então estaremos fadados ao já conhecido discurso da desintegração teoria e prática e desintegração ensino-serviço.

4.2 Categoria 02 - Processo de trabalho na conjuntura atual.

O processo de trabalho na conjuntura atual, foi uma temática salientada por Ribeiro et al (2004), citando vários estudos na área de saúde coletiva de autores ligados à saúde coletiva

, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido no PSF, entre a teorização sobre “processo de trabalho em saúde” e a realidade do trabalho.

Ribeiro et al (2004) apud Pires (1998):

O “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade”. (PIRES, 1998, pág.85).

Ribeiro et al (200) apud Schraiber et al(1999) apontam, também, que hoje, em sua maioria ,esse trabalho é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal.

Ainda em referencia a esse contexto Ribeiro et al (2004) apud Mynayo (1999) salienta que o modelo assistencial, vigente nos serviços de saúde, guia-se pela ótica hegemônica neoliberal e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos .

De acordo com Reis et AL (2007) apud Antunes (1995), novos processos de trabalho estão em curso, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do trabalho. O capital internacionalizado, a globalização e as exigências de mercado fazem com que os processos de trabalho se alterem sem, no entanto, alterar-se a relação venda de força de trabalho e detenção dos meios de produção.

Reis et al (2007) ressaltam que, como os modelos assistenciais, o trabalho em saúde modifica-se, também, conforme os processos produtivos, e participa das transformações do mundo do trabalho. Os elementos do processo de trabalho dizem respeito ao que se toma por objeto de trabalho. Pode-se tomar o corpo biológico, a família, o homem em sua condição de existência, entre outros. A depender do que se toma por objeto das ações do trabalho, desenvolve-se uma determinada prática. Por outro lado, a prática conforma o objeto.

Partindo da premissa processo de trabalho na conjuntura atual, em vários trabalhos consultados há relatos e inferência sobre a questão da rotatividade de pessoal dos profissionais

que compõem a equipe das Estratégias da Saúde da família, situação essa presente em várias regiões do Brasil. Essa situação é evidenciado por Medeiros et al (2007) que apresentou uma pesquisa realizada no Vale do Taquari (RS) em março de 2006, onde foi analisada as causas do índice de rotatividade de médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família, com no mínimo dois anos de implantação. Nessa pesquisa foram identificadas 31 equipes em 25 municípios, sendo o índice de rotatividade estabelecido por ano, de 1999 até 2005, e por categoria profissional. Foram entrevistados sete enfermeiros e sete médicos que atuaram e/ou atuam nas equipes de ESF implantadas até março de 2004, na região da 16ª CRS. Os resultados confirmaram a hipótese inicial de que o índice de rotatividade de médicos e enfermeiros é elevado, embora se apresente bastante irregular de um ano para outro.

Conforme o autor da pesquisa supracitado anteriormente, um dos pontos citados, pelos entrevistados fazem referencia ao estilo de gestão os enfermeiros percebem que o estilo de gestão autoritário e rígido, no qual as ações e projetos são impostos de cima para a base, influenciados por questões político-partidárias, pode provocar a redução no entusiasmo, descontentamento, insatisfação, além de frustrar expectativas, sendo um dos motivos para a rotatividade. Também, as decisões centralizadas pelo gestor limitam o desenvolvimento de novas ideias, desestimulam a participação e dificultam a ocorrência da sinergia no grupo.

Ressaltando ainda o enfoque na gestão, também foi um dos problemas elencados no estudo de Oliveira (2012) Foram pontuadas diversas dificuldades, em sua maioria tem sua resolução relacionada à gestão, destacando-se por serem citadas com maior frequência, as relacionadas à sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia e coordenação da equipe pela enfermeira.

Schimizu e Júnior (2012) ponderam, pois, todavia, há que se pensar em adoção de modelos de gestão mais democráticos, que facilitem aos trabalhadores o uso de si, passando pelo uso de si pelos outros, tendo como perspectiva a construção do que se denomina de ECRP, com capacidade para criar, sobretudo provocar mudanças que convoquem não apenas os trabalhadores, mas também os gestores para o processo de re-normatização dos processos de trabalho.

De acordo com Robbins (2002) uma das causas que pode influenciar a rotatividade é o mercado de trabalho, relacionado ao emprego e desemprego e à composição da força de trabalho.

4.3 Categoria 3 . Fragmentação da assistência.

Essa categoria é evidenciada em todos os 15 trabalhos consultados, sendo um dos pontos mais relevantes das pesquisas consultadas, citados por todos os atores que compõem o cenário da Estratégia da Saúde da Família.

..trabalhar em equipe no PSF de maneira integrada significa estabelecer conexões entre os distintos processos de trabalho, fundamentando-se em certo conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de cuidados.

O estabelecimento de consensos entre os profissionais, no que se refere aos objetivos e resultados a serem contemplados e à melhor forma de atingi-los, também caracteriza um trabalho integrado. (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004. pág.438-46).

Oliveira (2012) relata em sua pesquisa que de acordo com os profissionais a respeito do entendimento sobre o processo de trabalho em equipe, fazendo recortes de suas respostas, elaborou-se o seguinte conceito:

“o processo de trabalho em equipe é a organização do trabalho envolvendo todos os membros da equipe, trocando informações e identificando problemas existentes na área de abrangência da ESF, para poder planejar ações a fim de combatê-los, compartilhando a responsabilidade com os demais membros da equipe, focando o usuário dentro de um contexto complexo, visando não só ele, mas observando a família, comunidade e onde está inserido” (OLIVEIRA, 2012, pág.24).

Oliveira (2012) relata em sua pesquisa a percepção, que os profissionais compreendem de forma abrangente o processo de trabalho em equipe. No entanto, observou-se que nenhum entrevistado se referiu ao processo de trabalho sendo realizado com a participação da comunidade, atuando no controle social, planejamento, execução e avaliação destas ações. Como também em nenhum momento os profissionais responderam esta questão citando a necessidade de desenvolvimento de ações inter setoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, conforme orientado pela portaria 648/GM de 28 de Março de 2006, no tocante as características do processo de trabalho da Saúde da Família.

Schimizu e Junior (2011) citam que o modelo de trabalho taylorizado que se baseia, exatamente, na repetição, na divisão entre formuladores e executores, no estabelecimento de metas de produtividade e na dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, dentre outras características.

O método taylorizado inviabiliza os espaços de diálogo, de discussão entre os trabalhadores, a troca de informações e de conhecimentos que permitam resolver problemas e ressignificar as normas estabelecidas, as prescrições normas estabelecidas, as prescrições,

visto que o trabalho está reduzido ao cumprimento rigoroso do que está prescrito nas regras sobre o processo na ESF (SCHIMIZU; JUNIOR, 2011apud, SCHWARTZ,2007,SANTOS-FILHO; BARROS,2009).

Schimizu e Junior (2011) afirmam ainda que a operacionalização quotidiana de modelos que substituam eficientemente o taylorismo é um desafio a ser enfrentado por trabalhadores, gestores e pesquisadores. Uma estratégia de enfrentamento é a criação e o fortalecimento de mecanismos de cogestão do trabalho.

Schimizu e Junior (2011) a pesquisa realizada com 243 trabalhadores da ESF-DF, sendo 139 agentes comunitários de saúde, 47 auxiliares de enfermagem, 41 enfermeiros e 11 médicos. Evidenciou um modo de gestão do processo de trabalho taylorizado na ESF, caracterizado pela divisão de trabalho entre formuladores e executores, pela repetição das tarefas, pela fiscalização de desempenho, pela fragilidade da comunicação formal entre os diferentes níveis hierárquicos.

Ribeiro et al também cita o modelo taylorista ao citar que Campos (1997) apontava para a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e para a burocratização, como problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Para o autor, o trabalho das equipes sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010) a formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e também a intervenção sobre seus condicionantes.

Nessa perspectiva Nascimento e Oliveira (2010) apud Feuerwerker (1998), a fragmentação do conhecimento que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos da área da saúde predispõe que o mesmo ocorra na prática assistencial, o que cria obstáculos para a construção da integralidade.

Ribeiro et al(2004) afirma que algumas categorias profissionais executam o seu trabalho aplicando características da divisão parcelar do trabalho, como, por exemplo, a enfermagem e a farmácia-bioquímica, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior.

Ribeiro et al (2004) reforça a temática da fragmentação da assistência ao citar Pires (2000):

“O trabalho é compartimentalizado o, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias”. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. “Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional”(PIRES, 2000p. 89).

Pires (2000) defende segundo Ribeiro et al (2004) a posição de que :

“é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, c o n s i d e rem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade”(PIRES,2000,pág.91).

Para Colomé et al (2008) no entanto, um dos grandes desafios que se apresenta aos profissionais de saúde que vêm atuando no âmbito da saúde da família refere-se à integração da equipe de trabalho. Se essa dificuldade não for superada, é possível que haja a repetição de um modelo de atenção à saúde fragmentada, voltada ao enfoque da recuperação biológica individual, rígido na divisão do trabalho e desigual no reconhecimento social dos diversos trabalhos.

Diante de tais pressupostos, infere-se que é necessário haver um elo que promova de forma contínua a interação entre os membros da equipe da ESF, seja pela convivência diária no ambiente profissional, ou mesmo, pelo estreitamento de vínculos com todos inclusive com a comunidade adstrita da unidade. Favorecendo a comunicação contínua e a troca de feedback entre as diversas categorias profissionais que compõem a equipe, rompendo assim ,com um dos gargalos no déficit da assistência a comunidade que á fragmentação do cuidado e da assistência.

Categoria 04 - Precarização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Schimizu e Júnior (2011) este estudo tem como objetivo geral analisar a percepção dos trabalhadores da equipe básica da ESF-DF acerca do processo de trabalho e suas repercussões no processo saúde-doença, a fim de oferecer subsídios para se repensar a gestão. E como objetivos específicos: avaliar o contexto de trabalho, entendido por condições, organização e relações socioprofissionais; o custo humano, que envolve o físico, o cognitivo e o afetivo; e as vivências de sofrimento-prazer no trabalho, constituído por realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento profissional.

Schimizu e Júnior (2011)relata no que se refere à avaliação do contexto de trabalho, com relação ao modo de organização do trabalho na ESF/DF, as tarefas foram consideradas muito repetitivas pela maioria dos trabalhadores. O ritmo de trabalho, a pressão – em termos de prazos para a realização do trabalho – a cobrança por resultados e a falta de pessoal para a realização das tarefas, a fiscalização de desempenho no trabalho e os resultados desejados não condizentes com a realidade, foram considerados fatores críticos, o que revela um enfoque da gestão voltada para o incremento da produtividade.

Schimizu e Júnior (2011) sinaliza que diversos autores afirmam que uma das possíveis justificativas para precariedade das condições de trabalho está associada à inadequação do incremento orçamentário e financeiro do financiamento da APS, havendo problemas relacionados ao montante ou à alocação dos recursos (OPAS,2004 ,CASTRO; MACHADO,2010).

Ainda segundo os autores supracitados, não obstante, o seguimento rigoroso das prescrições pode ocorrer como consequência de mecanismo de defesa originários do enfrentamento de vivências de sentimentos de impotência, mediante problemas que não são passíveis de solução por parte do trabalhador, individual ou coletivamente, devido à precarização das condições de trabalho. (Machado, 2008; Dejours 1999;Dejours, 2004; Soares, 2006). Dejoursidentifica como operação padrão: a atuação do profissional exclusivamente conforme as regras 11,13, confirmando que se trata de mecanismo de defesa utilizado pelos trabalhadores ao perceberem que as prescrições, se seguidas com rigor, reduzem seu desgaste.

Os resultados demonstram que há falta de reconhecimento e de valorização profissional, possivelmente pela instituição que os expõe a precárias condições de trabalho.

Segundo Mendes (2007) “O reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento revertido para realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo”.

Medeiros et al (2007) apresentou uma pesquisa realizada no Vale do Taquari (RS) em março de 2006, onde foi analisada as causas do índice de rotatividade de médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família, com no mínimo dois anos de implantação. Nessa pesquisa foi identificado 31 equipes em 25 municípios, sendo o índice de rotatividade estabelecido por ano, de 1999 até 2005, e por categoria profissional. Onde foram entrevistados sete enfermeiros e sete médicos que atuaram e/ou atuam nas equipes de ESF implantadas até março de 2004, na região da 16ª CRS. Os resultados confirmaram a hipótese inicial de que o índice de rotatividade de médicos e enfermeiros é elevado, embora se apresente bastante irregular de um ano para outro. Um dos fatores citados pelos a maioria dos enfermeiros entrevistados apresentou relatos de momentos em que houve influência político-partidária em seu trabalho, com algum tipo de prejuízo na dinâmica da ESF:

Aqui é muito bom trabalhar, mas tem a questão política. Tipo a verba do PSF, agente não consegue usar a verba para tentar melhorar aqui. A questão do partido que dificulta o nosso trabalho. (E6).

“Daí houve perseguições políticas, mesmo não tendo participado abertamente da campanha política. Resolveram cortar a complementação para induzir a minha saída, inclusive da cidade. (M4) Se acontece algo aqui, eles vão até o prefeito reclamar e aí o prefeito vem e diz: “Por que aconteceu isso?”” (E4).

Medeiros et al (2007) Percebe-se nos relatos que o vínculo empregatício precário pode ser usado como instrumento de controle político sobre a equipe da ESF, demonstrando que as causas de rotatividade são múltiplas, servindo de pretexto para exclusão ou não de membro da equipe. Um dos médicos apontou o concurso público como vantagem para a manifestação política individual, pois garante a liberdade de posicionar-se.

Medeiros et al (2007) considera que tendo em vista a tradição política no país, dissociar as políticas públicas sociais da ação política partidária ainda é complexo, pois há interferências que causam prejuízos na condução dessas ações sociais, como se caracteriza a ESF.

Outro fator citado na pesquisa de Medeiros et al (2007) pelos profissionais entrevistados foi o regime de trabalho e a remuneração. Para que haja sucesso na ESF, é importante que tenhamos profissionais estáveis, para que possam conhecer a comunidade com a qual atuarão, imergindo na sua história e organização político-social e econômica e, desta forma, maximizar estratégias de educação em saúde (SCHWARTZ, 2007).

Nessas entrevistas realizadas, a maioria dos enfermeiros e dos médicos evidenciou que o regime de trabalho e a remuneração são motivos de rotatividade frequente, fazendo-os migrar de um município para outro, conforme a proposta financeira que recebem. A questão de baixos salários e a de vínculos de trabalho precários foram relatadas pelos profissionais, revelando-os como motivos importantes de rotatividade (MEDEIROS et al 2007):

“Foi realizado o concurso e não fui selecionado. Terminou meu contrato e não pode ser renovado. O salário estava adequado, pagamento em dia, a convivência com a equipe era boa no trabalho. Seriam bons motivos para permanecer”(M2)

Medeiros et al (2006) percebeu nas falas que a estabilidade de vínculo trabalhista oficial, no caso a carteira assinada, é valorizada pelo profissional, pelas garantias que representa, favorecendo a permanência. O principal fator de permanência relatado foi à estabilidade proporcionada pelo concurso público.

“Eu gostava de trabalhar em [...]. Era mais perto de casa. Aqui, eu tenho que me deslocar, mas o concurso foi o principal motivo” (E4).

“Iniciei aqui em [...], quando assumi o concurso, e estou aqui até hoje, o que demonstra que a estabilidade é fator de permanência mesmo que o salário não seja o esperado” (E7).

Medeiros et al (2006) cita ainda que a contratação por cooperativas é vista pelos profissionais como negativa, pois tolhe seus direitos trabalhistas, deixando-os desassistidos em caso de demissão, doença ou gestação. Também não proporciona perspectiva de desenvolvimento profissional, uma vez que esta forma de contratação não oferece plano de carreira: E lá, como era cooperativa, pagava e atrasava o pagamento e estava meio difícil.

“O fato de ter a cooperativa aqui, sem direito anada, é um dos fatores que desmotiva, e muito, o trabalho dos funcionários daqui. O município tem muita rotatividade de profissionais, porque, além de pagarem mal, eles não valorizam o profissional” (E6)

“Para mim, teve um motivo bem claro. Foi trazida uma cooperativa para cá e os profissionais que eram contratados por CLT, com todos os direitos trabalhistas, foram demitidos, e teriam de se associar a esta cooperativa e passar a trabalhar como autônomo e a receber via cooperativa”(M5).

Em síntese, a rotatividade de enfermeiros e médicos é explicada pelos achadostanto por motivos objetivos quanto por motivos subjetivos. Em outras palavras, a motivação oscila desde motivos concretos, como o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, até questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política.

Diante desses resultados, considera-se que há a necessidade de promover a despreciação dos vínculos trabalhistas, principalmente por meio de concurso público e de um plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho na

ESF e a permanecer nas equipes. O estilo de gestão que favorece a permanência dos profissionais é o participativo, que pode resultar em satisfação e comprometimento com a proposta da ESF. As informações também indicam a necessidade de primar-se por uma formação profissional qualificada. Percebeu-se o imperativo de criar espaços que promovam a educação permanente em saúde, visando diminuir o impacto da formação fragmentada centrada no modelo biomédico e a desencadear mudanças curriculares que possibilitem maior interação entre as instituições formadoras, serviços e comunidade, buscando a implementação da integralidade nas práticas de saúde.

Alternativa apontada para Ribeiro et al (2004) é a racionalização dos custos, apontada por Offe (1991), e que está presente no PSF é a precarização do trabalho, como se pode verificar pela flexibilização das formas de contratação das equipes e contratação de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde, que é o caso dos ACS.

Ribeiro et al (2004) conclui que a construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação.

Azambuja et al (2006) fez um estudo com o objetivo compreender os significados do trabalho no processo de viver de trabalhador(as) do Programa de Saúde da Família, de um município do Rio Grande do Sul. Os resultados deste estudo, emergiu o trabalho a partir de uma rede de significados que o caracterizam como processo (des)potencializador do viver humano do(as) trabalhador(as) do Programa de Saúde da Família.

Para Azambuja et al (2006) é preciso questionar esta face do trabalho. É preciso questionar o trabalho como ponto de partida para a humanização do ser social na lógica capitalista. Onde está a dignidade do trabalhador (as) neste processo de esmagamento social? Se não a encontramos aí, podemos, entretanto, visualizá-la no enfrentamento cotidiano dos

problemas sociais, em que os (as) trabalhadores (as) desafiam o próprio viver pessoal e coletivo, transformando-o e transformando-se.

Ainda segundo Azambuja et al (2006) é também preciso entender a lógica do trabalho no sistema capitalista para descobrirmos o nosso papel nele. Quando o (a) trabalhador (a) assume a consciência de seu papel, ele (a) transforma o seu projeto de vida e desperta a sua humanidade. A falta de consciência do fazer cotidiano implica na falta e consciência de si e do outro. Por sua vez, a consciência de si desperta a consciência das razões de seu esmagamento social e com ela a vontade de transformação.

Azambuja et al (2006) finaliza o estudo afirmando que sem conhecimento, sem a formação necessária, sem a consciência política, a ação dos trabalhadores em saúde será inócua, irrefletida e assistencialista. Daí a necessidade de prepará-los (as) para serem agentes de transformação ao invés de agentes de produção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

Considerações sobre o processo de trabalho no ESF e alternativas para a modificação das condições de trabalho propõem que os modelos vigentes ainda com características as dos tayloristas sejam substituídos por modelos mais dinâmicos, democráticos e independentes voltados para atender a demanda que está na sua responsabilidade, propiciando que os trabalhadores de saúde. Contrariando assim o método político e econômico que atualmente faz fragmentar e comprometer a qualidade da assistência de enfermagem prestada para a sociedade onde está inserida. Nesse contexto busca-se formar uma estrutura livre de pressões econômicas e políticas e que o profissional de saúde tenha autonomia para exercer suas atividades livre de qualquer conflito, seja ele econômico ou político.

O contexto nacional na atualidade se configura com um cenário de precarização do serviço público ocasionado por diversos fatores nocivos para os trabalhadores da saúde, cujos direitos são coibidos, quer sejam por vínculos trabalhistas precarizados ou por locais de trabalhos desestruturados e a insuficiência de recursos humanos. Isso perpassa por modelos de gestão equivocados na garantia de uma porta de entrada de atenção à saúde de qualidade aos usuários, além de disparar questões relevantes acerca da judicialização da saúde.

Novas políticas públicas são necessárias que garantam formas mais democráticas de acesso ao serviço público e qualificação e adequação as Unidades de Estratégias da Saúde da família, que sejam locais dignos e estruturados para prestação de serviço com qualidade.

Faz-se necessários que os profissionais inseridos na ESF, tenham uma reflexão crítico reflexivos da importância de sua força de Trabalho, desenvolvendo postura de engajamento nas lideranças sindicais como forma de pressionar os poderes legislativos e executivo que lhe dê autonomia em seu ambiente de trabalho, desfazendo a situação de precarização a que são submetidos. Através da correção da Portaria nº. 1.886/97 17, que definiu a organização do PSF, deixando na responsabilidade de prefeituras municipais a forma de contratação e vínculo desses servidores, onde não preconiza o concurso público e sim o “sugere” .

6 REFERÊNCIAS

- 3 ALVES, M. **Como escrever teses e monografias**. Rio de Janeiro: Campus, 2003
- 4 ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo, Cortez, 1995.
- 5 ANTUNES, R. Fordismo, **Toyotismo e acumulação flexível**. In: _____. Adeus ao trabalho? São Paulo:Cortez, 1995. p.13-38.
- 6 ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.12, nº 2. Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.
- 7 AZAMBUJA, Eliana P. et al. **Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 71-79. ISSN 0104-0707.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília; 1990.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000. 36 p.
- 10 BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições Lisboa, 1997.
- 11 BARDIN,L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa,1994
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: **avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2a ed. B(2) Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Acesso em 16 de abril 2014.
- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Acesso em 16 de abril 2014.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília; 2008. Diário Oficial da União 25 Jan 2008. [n. 18]. Acesso em 16 de abril 2014.
- 16 Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de Janeiro de 2007. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde** [Internet]. Diário Oficial da União, 2007. Acesso em 16 Abril 214.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília; 2008. Diário Oficial da União 25 Jan 2008. [n. 18]. Acesso em abril 2014.
- 18 CASTRO ALB,MachadoCV. Apolíticadeatenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *CadSaude Publica* 2010;26(4):693-705

- 19 CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Makron Books, 1996.
- 20 COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>> Acesso em 05 de abril de 2014.
- 21 COLOMÉ ICS, Lima MADS, Davis R. **Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família**. RevEscEnferm USP. 2008; 42(2):456-61. Acesso em 05 de abril de 2014.
- 22 COSTA DG, Dall’Agnol CM. **Participative leadership in the management process of nightshift nursing**. Rev LatinoAm Enfermagem. 2011;19(6):1306-13. Acesso em 20 de abril de 2014.
- 23 SOUZA, Marcio Costa de. NASCIMENTO, Maria Ângela Alves de. SOUZA, Jairrose Nascimento. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fisioterapeuta - Vínculo: Aluno do Mestrado em Saúde coletiva – End.: Rua Araraquara, nº 10 – Bloco 33 – Apt. 03 – tel.: (75) 3221-8679/9955-4806 – e-mail: fisiom@yahoo.com.br.
- 24 COSTA RKS, Miranda FAN. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. Ver Bras Enferm. 2009;62(2):300-4. Acesso em 20 de abril de 2014
- 25 CRUZ, DB, Leão ML. Gabardo, Ditterich RF, Moysés, JS. Nascimento AC. DDG; Oliveira, AMC. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96. Acesso em dez 2010.
- 26 DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- 27 FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLFI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública vol.43, nº4, São Paulo, Aug. 2009 Epub June 19, 2009.
- 28 MACHADO C, Santos PHF, Bento R, Nogueira ML, Dorigo N, **entrevistadores**. **Entrevista: Yves Clot**. Mosaico, EstudPsicol 2008; 2(1):65-70.
- 29 MAINGUENEAU D. **Novas tendências em análise do discurso**. 3ª ed. Campinas, SP: Pontes; 1997
- 30 MENDES-GONÇALVES RB. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1994. KURCGANT, Paulina (Coord.) Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.
- 31 MEDEIROS CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carreno I, Jungles LA, Saldanha OM. **Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy**. Ciên Saúde Colet 2010; 15 (suppl1): 1521–31 [em Português].

- 32 MENDES EV. **A modelagem das redes de Atenção à Saúde** [monografia]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007 Jul Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/>
- 33 MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1521-1531. ISSN 1413-8123.
- 34 MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica; suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica.** Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1985.
- 35 MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- 36 NASCIMENTO DDG, Oliveira MAC. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** *Mundo Saúde* (Impr.) 2010; 34:92-6.
- 37 NASCIMENTO MS, Nascimento MAA. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde.** *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 333-45.
- 38 OFFE C. **Trabalho e sociedade.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.
- 39 OLIVEIRA, Cristina Passos de. **As concepções dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família sobre o processo de trabalho no município de Esperança–PB.** HTTP://dSPACE.bc.uepb.edu.br, 2012: 8080 /xmlui / handle / 123456789 / 2265. Acesso em 19 de abril de 2014.
- 40 Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas.** Documento de posicionamento da Organização Pan Americana da Saúde/OMS [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2008 Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>
- 41 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde do Brasil. **Experiências e desafios da atenção básica em saúde familiar: caso Brasil.** Brasília: OPAS; 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde;
- 42 PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa: Abordagem teórica- prática.** 9ª ed. Campinas: Papyrus; 2003.
- 43 PAVONI, D. S. MEDEIROS, C.R.G., **Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família.** *Revista Brasileira de Enfermagem.* Brasília; v 62(2): 265-271. 2009.
- 44 PECK, Edna Pereira. **O processo de trabalho de estratégia de saúde da família.** 2008. 54 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008
- 45 PIRES D. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994

- 46 PIRES D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde.** RevBras Enfermagem 2000; 53:251-63. PIRES D. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.
- 47 PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: AnnaBlume; 1998.
- 48 PIRES D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde.** RevBras Enfermagem 2000; 53:251-63
- 49 PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito etipologia.** Rev Saúde Pública 2001; 35(1): 103-9. Acesso em Janeiro de 2014.
- 50 PEDUZZI M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: A Interface entre Trabalho e Interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998. Acesso em 20 de abril de 2014.
- 51 PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L.B. Equipe multiprofissional de saúde: enfoques e conceituações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 4, Recife/Olinda, 1994. Comunicação Coordenada. Recife, 1994. (mimeo)PONTES et al. **Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde.** Rev. bras. enferm. vol. 63, nº4, Brasília July/Aug. 2010. Acesso em 20 de abril de 2014.
- 52 REIS, Marcos Aurélio Seixas dos FORTUNA, Cinira Magali; OLIVEIRA, Cleide Terezinha and DURANTE, Maria Cristina. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 655-666. ISSN 1807-5762. Acesso em 29 de março 2014.
- 53 RIBEIRO E M, 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; 20(2): 438-46. Acesso .Acesso em 20 de abril de 2014.
- 54 ROSA, WAG e LABATE RC. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-am Enfermagem. 2005, novembro-dezembro 13(6):1027-34.
- 55 Santos-Filho SB, Barros, MEB, organizadores. **Trabalhador da saúde. Muito prazer! Protagonismo do trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí (RS): Unijuí; 2009.
- 56 SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. **Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva. vol.14, supl.1, Rio de Janeiro, Sept/Oct. 2010.
- 57 SILVEIRA MR, Sena RR, Oliveira SR. **O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde.** Rev Min Enferm., 2011,15(2):196-201. Acesso em 03 de abril de 2014.
- 58 SOUZA SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. Rev. Eletr. Enf.

- [Internet]. 2010; 12(3):449-55.
Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>. Acesso em 22 de março de 2014.
- 59 SCHRAIBER LB, PeduzziIM, Sala A, NemesMIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:221-42.
- 60 SHIMIZU, Helena Eri and CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2405-2414. ISSN 1413-8123. Acesso em 22 de abril de 2014.
- 61 SCHWARTZ Y. **A experiência é formadora?** *EducReal* 2010; 35(1): 35-48.
- 62 SCHWARTZ Y, Durrive L. **Organizadores. Trabalho & Ergologia. Conversa sobre a atividade humana.** Niterói (RJ): EdUFF; 2007.
- 63 TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação; o positivismo, a fenomenologia, o marxismo.** São Paulo: atlas, 1987.
- 64 VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030.
- 65 VERGARA Sylvania Constant. **Gestão de pessoas.** 3ª. ed. São Paulo: Atlas 2003.