



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LÍVIA LEAL LOPES DE SANTANA

**PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS A
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

FEIRA DE SANTANA-BA

2017

LÍVIA LEAL LOPES DE SANTANA

**PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS A
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de mestre no curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

FEIRA DE SANTANA - BA

2017

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S223p Santana, Livia Leal Lopes de
Processo de trabalho na estratégia saúde da família após a implantação do Programa Mais Médicos. / Livia Leal Lopes de Santana. – Feira de Santana, 2017.
185f.: il.

Orientadora: Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Processo de Trabalho. 2.Saúde da Família. 3.Programa Mais Médicos. I. Santos, Silvone Santa Bárbara da Silva, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(81)

LÍVIA LEAL LOPES DE SANTANA

**PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS A
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de mestre no curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva.

Aprovada em 11 de abril de 2017.

Banca examinadora

SILVONE SANTA BÁRBARA DA SILVA SANTOS

Prof^ª. Dr^ª. em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

CRISTIANE ABDON NUNES

Prof^ª. Dr^ª. em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia professora da Universidade Federal da Bahia

EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO

Prof^ª. Dr^ª. em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA

Prof^ª. Dr^ª. em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia e professora da Universidade Federal da Bahia

MARIA GERALDA GOMES AGUIAR

Prof^ª. Dr^ª. em Educação pela Universidade Federal da Bahia e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

A todos os trabalhadores de saúde comprometidos com a Estratégia Saúde da Família, mesmo diante dos desafios e dificuldades que cercam o processo de trabalho na Atenção Básica.

AGRADECIMENTOS

Sentimento de gratidão por concluir mais esta etapa com o apoio de tantas pessoas queridas.

Agradecimento maior não poderia deixar de ser a **Deus** por me fortalecer nos momentos de alegria e também nos momentos mais difíceis e desafiadores.

À minha orientadora, professora Doutora **Silvone Santa Bárbara da Silva Santos**, por aceitar a minha proposta de estudo e ter me conduzido até aqui de maneira tão respeitosa e cuidadosa com as palavras, sempre me passando confiança e determinação para a conclusão desta pesquisa.

Aos meus pais, **Adolfo e Diva**, e meu **irmão Lucas** por sempre acreditarem em mim e por serem o meu ponto de apoio e meu abrigo seguro. Amo muito vocês!

Ao meu **amado Lucas**, pessoa por quem tenho profunda admiração, amor, carinho e respeito. Sem a sua energia positiva, incentivos e todo amor dedicado, com certeza, teria sido mais difícil esta caminhada. Obrigada por acreditar em mim, me apoiar e me fazer feliz todos os dias.

À **Deisy Vital**, minha professora e orientadora na UFRB, que me incentivou a construir o projeto de pesquisa para concorrer a vaga no mestrado do PPGSC da UEFS e por ser fonte de inspiração como pessoa e profissional.

Às professoras Doutoras **Geralda Aguiar, Gilmara Rodrigues, Mariluce Souza e Thereza Coelho**, que participaram da banca de qualificação e contribuíram para os ajustes necessários à pesquisa.

Às professoras Doutoras **Cristiane Nunes, Evanilda Carvalho, Geralda Aguiar, Mariluce Souza**, pela disponibilidade para a banca de defesa e pelas contribuições para a finalização desta dissertação.

Aos **colegas de mestrado da turma 2015**, pelos momentos vivenciados e contribuições realizadas em sala de aula, mas principalmente aos momentos que tivemos fora dela. Em especial gostaria de agradecer a **Amanda, Angélica, Camila, Candisse, Cristiane, Lilian,**

Marcela, Rafaela e Thyana por todo apoio, abraços, conversas, fotos e sorrisos compartilhados, vocês são muito especiais!

Aos **professores do PPGSC** pelo compartilhamento das ideias, conhecimentos e reflexões sobre o SUS e por me mostrarem novos caminhos para o aprendizado.

À minha amiga e companheira de casa, **Marília (Mel)**, por cuidar de mim durante estes dois anos e por ter dividido comigo minhas alegrias, angústias e momentos de concentração. Foi maravilhoso morar com você!

À **Ana Tereza** e a **Jordan**, pelas conversas e risadas antes das minhas orientações. Guardarei com carinho a forma como sempre me receberam.

Aos **trabalhadores de saúde e usuários da pesquisa**, por terem me recebido de maneira respeitosa, simpática e pela disponibilidade em participar deste estudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Filosofia do Sucesso

“Se você pensa que é um derrotado,
você será derrotado.
Se não pensar “quero a qualquer custo!”
Não conseguirá nada.
Mesmo que você queira vencer,
mas pensa que não vai conseguir,
a vitória não sorrirá para você.

Se você fizer as coisas pela metade,
você será fracassado.
Nós descobrimos que neste mundo
o sucesso começa pela intenção da gente
e tudo se determina pelo nosso espírito.

Se você pensa que é um malogrado,
você se torna como tal.
Se almeja atingir uma posição mais elevada,
deve, antes de obter a vitória,
dotar-se da convicção de que
conseguirá infalivelmente.

A luta pela vida nem sempre é vantajosa
aos fortes nem aos espertos.
Mais cedo ou mais tarde, quem cativa a vitória
é aquele que crê plenamente
Eu conseguirei!”

(NAPOLEON HILL)

SANTANA, Livia Leal Lopes de. **Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família após a implantação do Programa Mais Médicos**. 2017. 185 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

RESUMO

Estudo sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do programa mais médicos. Apresenta como perguntas norteadoras: como se dá o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do Programa Mais Médicos em um município da Bahia? De que forma são apresentados os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia? Quais as facilidades, dificuldades e desafios após a implantação do Programa Mais Médicos para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia? O objetivo geral é analisar o processo de trabalho em saúde na ESF, após a implantação do programa mais médicos em um município da Bahia; e objetivos específicos: descrever os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia; discutir as facilidades, dificuldades e os desafios encontrados no trabalho em equipe da Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa mais médicos em um município da Bahia. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS e aprovado conforme parecer número: 1.530.791. A coleta de dados, realizada no período de junho a julho de 2016, ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com doze trabalhadores de saúde e nove usuários das USF analisadas, análise de documentos; e observação sistemática. O material empírico foi analisado utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). O modelo de atenção é centrado no atendimento a comunidade por meio de procedimentos e consultas clínicas em detrimento de atividades voltadas para a promoção da saúde. As ações desenvolvidas, baseiam-se em programas ministeriais e na fragmentação do cuidado, onde cada trabalhador executa suas ações individualmente, com poucos momentos de interação entre as equipes, principalmente as Equipes de Saúde Bucal. Sobre a implantação do programa mais médicos, não foram encontradas mudanças no processo de trabalho dos demais trabalhadores de saúde e sim a adaptação dos médicos estrangeiros a um sistema de saúde biologicista. No entanto, notou-se o reconhecimento da comunidade e da maioria dos trabalhadores quanto ao atendimento diferenciado dos médicos do programa que passaram a ficar nas USF em período integral, possuindo apenas um vínculo empregatício. Também não foram reconhecidas dificuldades que inviabilizassem o atendimento por conta do idioma dos médicos. Dentre as dificuldades, destaca-se que o programa ainda não contribuiu para o avanço da infraestrutura das USF, sendo encontrados problemas quanto a falta de materiais, instrumentos e insumos importantes para a continuidade do trabalho, assim como na valorização, tanto dos demais trabalhadores quanto dos usuários, para a realização de atividades educativas em detrimento às práticas assistencialistas. Nesse sentido, o grande desafio é a reformulação do processo de trabalho em saúde, de maneira que o cerne da atuação profissional esteja centrado nos usuários, rompendo o paradigma de atuações individualizadas, com vistas ao fortalecimento de um trabalho em equipe.

Palavras-Chave: Processo de Trabalho; Estratégia Saúde da Família; Programa Mais Médicos.

SANTANA, Livia Leal Lopes de. **Work process in the Family Health Strategy after the implantation of the More Doctors Program.** 2017. 185 f. Dissertation (Master of Public Health) – Post-Graduate Program in Public Health, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

ABSTRACT

Study on the work process in the Family Health Strategy, after the implantation of the more doctors program. It presents as guiding questions: how does the work process in the Family Health Strategy occur after the implantation of the More Doctors Program in a municipality in Bahia? How are the constituent elements of the health work process presented in the Family Health Strategy in a municipality in Bahia? What are the facilities, difficulties and challenges after the implantation of the More Doctors Program for the work process in the Family Health Strategy in a municipality in Bahia? The general objective is to analyze the work process in health in the Family Health Strategy, after the implantation of the more doctors program in a municipality of Bahia; And specific objectives: to describe the constitutive elements of the health work process in the Family Health Strategy in a municipality of Bahia; To discuss the facilities, difficulties and challenges encountered in the teamwork of the Family Health Strategy after the implantation of the more doctors program in a municipality in Bahia. This is a case study with a qualitative approach, whose project was submitted to the Research Ethics Committee of the UEFS and approved according to opinion number: 1.530.791. The data collection, carried out from June to July 2016, occurred through a semi-structured interview with twelve health workers and nine family health unit users analyzed; document analysis; and systematic observation. The empirical material was analyzed using the content analysis technique proposed by Bardin (2011). The care model is centered on the care of the community through clinical procedures and consultations to the detriment of activities aimed at health promotion. The actions developed are based on ministerial programs and the fragmentation of care, where each worker performs his actions individually, with few moments of interaction between the teams, especially the Oral Health Teams. Regarding the implantation of the program more doctors, no changes were found in the work process of other health workers, but the adaptation of foreign physicians to a biological health system. However, it was noticed the recognition of the community and the majority of the workers regarding the differentiated care of the doctors of the program who started to stay in the family health unit full-time, having only an employment relationship. Also, difficulties were not recognized that prevented care on behalf of the language of doctors. Among the difficulties, it should be noted that the program has not yet contributed to the advancement of the family health unit infrastructure, being found problems regarding the lack of materials, instruments and inputs important for the continuity of work, as well as the of the users, for the accomplishment of educative activities in detriment to the assistencialist practices. In this sense, the great challenge is the reformulation of the health work process, so that the core of the professional activity is centered on the users, breaking the paradigm of individualized actions, with a view to strengthening teamwork.

Keywords: Work Process; Family Health Strategy; More Doctors Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 – Desenvolvimento da pesquisa	44
Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa – Trabalhadores de saúde (Grupo 1). Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	48
Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários (Grupo 2). Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	49
Quadro 3 – Síntese das entrevistas dos trabalhadores de saúde, em Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	52
Quadro 4 – Síntese das entrevistas dos usuários, em Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	52
Figura 1 – Finalidade do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	57
Figura 2 – Objeto do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	68
Figura 3 – Meios e instrumentos do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	75
Figura 4 – Trabalho em equipe e a organização do trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	89
Figura 5 – Produto do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	111
Figura 6 – Facilidades, dificuldades e desafios após a implantação do Programa Mais Médicos. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016	119

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DeCS - Descritores em Ciência da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

NUDES - Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS - Programação Anual de Saúde

PMAQ – AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSE – Programa Saúde da Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RAG - Relatório Anual de Gestão

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

USF – Unidade Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	Aspectos históricos e conceituais na Estratégia Saúde da Família	20
2.2	Processo de trabalho em saúde	26
2.3	Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos	32
3	METODOLOGIA	43
3.1	Tipo do estudo	45
3.2	Campo do estudo	45
3.3	Participantes do estudo	47
3.4	Técnicas e instrumentos da coleta de dados	50
3.5	Análise do estudo	51
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	53
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	56
4.1	Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho	56
4.2	Facilidades, dificuldades e desafios após a implantação do “Programa Mais Médicos” para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família	118
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada dos trabalhadores de saúde	174
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada para os usuários	176
	APÊNDICE C– Roteiro para observação do processo de trabalho	178
	APÊNDICE D – Roteiro para análise dos documentos	179
	APÊNDICE E - Solicitação para Secretaria Municipal de Saúde	180
	APÊNDICE F - Informe de mudanças à Secretaria Municipal de Saúde	181
	APÊNDICE G - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	182
	APÊNDICE H - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	183
	ANEXO A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	184
	ANEXO B – Nova autorização da Secretaria Municipal de Saúde	185

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

Através da Constituição Federal do Brasil de 1988, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma importante mudança do modelo organizativo dos serviços de saúde no país (OGATA; FRANÇA, 2010). O SUS foi implantado através da Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, pressupondo a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990; PAIM 2006). Atualmente, o SUS está regulamentado pelo Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a).

Segundo definição do próprio Ministério da Saúde (MS), quanto aos níveis de atenção, eles são divididos em: Atenção Básica (AB); média complexidade e alta complexidade. Na AB, primeiro nível de atenção à saúde, são utilizadas tanto tecnologias de baixa complexidade, por meio de procedimentos considerados mais simples, quanto de alta complexidade teórica, por conta de aprofundamento do conhecimento para atender às necessidades apresentadas pela comunidade; a média complexidade busca oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, por meio de ambulatórios especializados; a alta complexidade envolve altas tecnologias e de alto custo com serviços especializados (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

Nessa direção, com foco na AB, tem-se a Portaria de nº 2.488/2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e traz como fundamentos e diretrizes:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como **a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção**, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...] A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011b, p. 3, grifo nosso)

Por ser considerado a porta de entrada preferencial da AB, o Programa Saúde da Família (PSF) concebido no ano de 1994, voltado para os grupos da população relativamente excluídos do acesso aos serviços de saúde, sofreu uma modificação pelo MS, em 1999, passando a ser considerada ESF, cujo intuito era/é reorientar o modelo de assistência prestada e imprimir uma nova organização e dinâmica dos serviços e ações em saúde (OGATA; FRANÇA, 2010).

A ESF tem em sua configuração um trabalho que deve ser de natureza coletiva, em equipe e desenvolvido no território e nas unidades de saúde da família (USF). Por sua vez, a equipe da ESF deve ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeira (o), auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Porém, outros trabalhadores de saúde poderão ser incorporados a estas USF, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, como por exemplo: cirurgiões dentistas, auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011b).

A existência de trabalhadores com formações multidisciplinares eleva tanto a capacidade de realização dos seus processos de trabalho quanto do processo de trabalho em equipe, visando a ampliação do cuidado prestado e a articulação entre os trabalhadores da AB (BRASIL, 2013a). No entanto, conforme afirma Nascimento e Oliveira (2010), não basta apenas ter trabalhadores com áreas de atuação diversificadas, é preciso realizar um trabalho em que todos pensem de maneira integrada em busca de um objetivo comum frente as ações que devem ser executadas no SUS. Além disso, o processo de trabalho em saúde envolve dimensões relacionadas ao nível técnico e ao nível operacional, onde o trabalho para ser concretizado depende de vários fatores que precisam estar correlacionados.

Por isso, entende-se que para compreender o processo de trabalho em saúde, é preciso conhecer os seus elementos básicos. Para Marx (1994), o trabalho é visto como uma ação que transforma a natureza, sendo o agente desta ação o próprio trabalhador; o objeto é o que se pretende transformar pela ação do trabalho; os instrumentos de trabalho são tidos como os meios que transformam o objeto e; a finalidade é aquilo que se pretende alcançar com o trabalho, neste caso o produto material.

O trabalho é ação que transforma a natureza, sendo o trabalhador o agente da ação que utiliza meios e instrumentos para transformar o objeto e se alcançar a finalidade do trabalho. Portanto, os elementos constitutivos do trabalho não devem ser vistos de maneira individualizada no processo de trabalho em saúde, dado que para ocorrer a transformação do objeto, que está subordinada a uma determinada finalidade, é preciso a ação do homem o qual atua por meio de instrumentos materiais ou imateriais (MARX, 1994).

O processo de trabalho em saúde é constituído, segundo Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994), por agentes (trabalhadores em saúde); objeto de trabalho, representado pelas necessidades humanas de saúde socialmente referenciadas; e instrumentos do trabalho, que quando bem utilizados, atuam de maneira sintetizadora e transformadora o trabalho em saúde e a finalidade que deve ser estabelecida antes mesmo do processo de ação, cujo objetivo é transformar o objeto.

Ainda é muito comum encontrar trabalhadores que atuam na ESF e não possuem o esclarecimento sobre os elementos que compõem o seu processo de trabalho. As consequências desse desconhecimento podem ser identificadas através das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores para exercerem suas atividades profissionais (MARQUI et al., 2010). A ausência desse conhecimento pode ocasionar o distanciamento e a falta de análise crítica dos trabalhadores sobre os desafios a serem enfrentados pela ESF, impedindo inclusive o alcance de metas e objetivos previamente definidos. Somado a isso, também existem outros desafios a serem superados pelo SUS: o acesso aos serviços de saúde, o déficit de trabalhadores e a falta de preparação com formação específica para o trabalho na AB (BRASIL, 2012a).

Com o intuito de contribuir na resolução dos problemas identificados pela PNAB (BRASIL, 2012a), algumas estratégias, bem como alguns programas que venham qualificar e auxiliar as ações desenvolvidas no âmbito do SUS, estão sendo implantadas pelo governo brasileiro (TEIXEIRA, 2011; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012; PAIM, 2012; BRASIL, 2013a). Nesse contexto, cabe destacar o “Programa Mais Médicos”. A criação do Programa Mais Médicos surgiu de uma proposta do MS, através da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b) e regulamentada pela Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013c), para tentar atender as demandas e necessidades dos usuários com a falta de médicos nas unidades de saúde da família, bem como a distribuição dos mesmos em localidades mais distantes, proporcionando melhor qualidade e resolubilidade dos serviços à população (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, o referido programa surge em um contexto político com diversos movimentos e protestos de rua em cidades brasileiras organizados pela sociedade, reivindicando melhoras em diversos setores, entre eles os serviços de saúde. Apesar dessas reivindicações, este programa não foi visto inicialmente como uma proposta de resolução desses problemas e encontrou diversas retaliações e resistência de médicos brasileiros. Através dos Conselhos Regionais de Medicina, foi acionado junto à justiça a proibição da entrada de médicos estrangeiros para atuarem na ESF. Além disso, outra ideia amplamente difundida entre os médicos brasileiros era de que eles estavam sendo culpabilizados pelos problemas estruturais enfrentados na AB, provocando uma desvalorização do seu trabalho (ALESSIO, 2015). Outros seguimentos sociais, como a imprensa, também ampliaram as discussões e críticas ao programa (SCREMIN; JAVORSKI, 2013; ALKMIM et al., 2014; RODRIGUES, 2015).

Mesmo com todas as desconfianças e acusações em torno do programa mais médicos, de acordo com o MS (BRASIL, 2015a), em dois anos o programa trouxe benefícios para 4.508 municípios que puderam contar com a presença desses médicos que estão

beneficiando cerca de 63 milhões de pessoas que não tinham atendimento garantido pela AB. Pinto e outros (2014), acrescentam que o programa surgiu para amenizar o problema da falta de médicos, bem como tornar esses profissionais em especialistas em saúde da família e comunidade, visando o fortalecimento da AB, entendida como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.

Na Bahia, antes do programa mais médicos, a cobertura da AB era de aproximadamente 60%. Três anos após o início do programa, o atendimento de Saúde da Família já contempla 72% dos baianos, que contam com 3.353 Equipes de Saúde da Família (ESF). Nesse período, a Bahia garantiu 1.432 médicos em 368 municípios, distribuídos nas periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, comunidades quilombolas, sertão baiano, entre outras localidades que nunca contaram ou não conseguiam fixar médicos. Ocorrendo a interrupção do Programa Mais Médicos, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família na Bahia cairá de 72% para 45% (NETO, 2016; SESAB, 2016).

Dentre os objetivos do programa mais médicos estão: trazer médicos para áreas e regiões com dificuldades de manutenção deste trabalhador; fortalecer os serviços voltados para a AB; formar trabalhadores na área médica para o SUS; aperfeiçoar estes trabalhadores para atuarem nas políticas públicas de saúde, promover trocas de experiências entre os médicos estrangeiros e demais trabalhadores de saúde, bem como aperfeiçoar os médicos para a organização do SUS. Além disso, a implantação do programa veio acompanhada de propostas de investimentos e reformulações nas USF. Para alcançar estes objetivos foram estabelecidas ações a serem desenvolvidas em médio prazo (BRASIL, 2013c):

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013c, p. 1-2).

Em relação ao tempo de permanência dos trabalhadores médicos no programa, é estabelecido um prazo de três anos, podendo-se prorrogar por igual período, sem que exceda seis anos (BRASIL, 2013c). O fato de ter médicos, alocados pelo programa mais médicos, tem por finalidade trazer benefícios não só aos usuários, mas também aos trabalhadores de saúde, com mudanças no processo de trabalho, bem como no fortalecimento da AB.

Nessa direção é possível identificar as transformações realizadas nas práticas desenvolvidas pela equipe da ESF que acolhem esses trabalhadores de saúde, vindos do

programa mais médicos, e os resultados para o SUS (BRASIL, 2015a; OPAS, 2015). Ou seja, por meio desses avanços, a oferta de serviços aos usuários podem ser ampliadas, a finalidade do trabalho em saúde poderá ser atingida, mediante investimentos tanto em questões relacionadas aos equipamentos, meios e instrumentos de trabalho, assim como de características referente ao acolhimento, confiança e diálogo que devem existir na relação trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário. Assim, o produto deste trabalho terá maiores possibilidades de ser concretizado, na busca por atender de maneira efetiva as necessidades socialmente referenciadas pelos usuários.

Tais avanços, tendem a repercutir nos elementos constituintes do processo de trabalho em saúde trazendo benefícios, como mostra pesquisas apresentadas pelo MS, em que se identificou o impacto positivo da melhoria sobre a infraestrutura, bem como da ampliação dos serviços ofertados pelas USF que possuem o programa mais médicos (BRASIL, 2015a). Outros estudos também acrescentam os benefícios do programa mais médicos para o atendimento à comunidade (DUNCAN; TARGA, 2014; SILVA; SILVA; ROCHA, 2014; LOPES et al., 2015; SANTOS; VELAZQUE, 2015; VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016).

Na Bahia, esses benefícios são vistos por meio dos números dos indicadores durante os três anos do programa, a exemplo da diminuição na quantidade de internações no SUS ligados a atendimentos na atenção primária. Dos 351 municípios do estado que apresentaram essa diminuição, 311 possuíam trabalhadores do Programa Mais Médicos. Além disso, como previsto, o programa ampliou o número de vagas para a graduação em medicina, em que além da capital foram criadas vagas nos municípios de Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Barreiras, Santo Antônio de Jesus, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista (NETO, 2016).

Contudo, apesar da proposta do programa mais médicos evidenciar os avanços para o País na ESF, muitas são as críticas, entre elas a ausência de infraestrutura básica para a atuação não só dos médicos, mas dos demais trabalhadores que atuam na ESF e que, portanto, não será resolvido apenas com a presença de médicos. Também é considerado como desafios a questão da língua estrangeira e a ausência da revalidação do diploma dos médicos estrangeiros (LOPES, 2013; KAMIKAWA; MOTTA, 2014).

Diante da importância e atualidade sobre essa temática o objeto deste estudo é o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do programa mais médicos e apresenta como perguntas norteadoras: como se dá o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do Programa Mais Médicos em um município da Bahia? De que forma são apresentados os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia? Quais as facilidades,

dificuldades e desafios após a implantação do Programa Mais Médicos para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia?

O objetivo geral do estudo é analisar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do programa mais médicos em um município da Bahia; e como objetivos específicos: descrever os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia; discutir as facilidades, dificuldades e os desafios encontrados no trabalho em equipe da Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa mais médicos em um município da Bahia.

Pode-se referenciar como justificativa acadêmica, que o interesse em estudar a temática processo de trabalho, foi construído durante o período de produção do trabalho de conclusão do curso de Enfermagem, no qual foi desenvolvido um trabalho sobre o processo de trabalho das técnicas de enfermagem na AB. Além disso, como entrevistadora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi possível identificar, através de entrevistas e de observações, diferentes organizações do processo de trabalho na ESF, onde obtive contato com trabalhadores do programa mais médicos e suas equipes.

Em relação a justificativa científica, foi realizado um levantamento na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de dez e quatorze de setembro de dois mil e dezesseis, utilizando-se os seguintes descritores, selecionados a partir da busca nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “processo de trabalho” AND “estratégia saúde da família” AND “trabalhadores” e os filtros: texto completo, escrito na língua portuguesa; publicados entre os anos de 2013 a 2016. Foram identificados 131 trabalhos (91 artigos e 40 dissertações/teses).

Dentre os achados, havia publicações referentes ao processo de trabalho individualizado dos diferentes trabalhadores: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, ACS, gestores; pesquisas sobre os elementos que constituíam o processo de trabalho, a saber: acolhimento, vínculo, educação permanente, promoção da saúde, entre outros; estudos que abordavam a relação do processo de trabalho com as condições de saúde do trabalhador; trabalhos sobre o processo de trabalho em equipe na ESF, com objetos de estudo diferentes desta pesquisa (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006; REIS et al., 2007; FROTA, 2008; MARQUI et al., 2010; MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010; SHIMIZU; REIS, 2011; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012). Aproximando-se do objeto de estudo desta dissertação, foi identificado apenas uma investigação sobre o processo de trabalho da equipe da ESF, considerando todos os membros da equipe mínima e equipe de saúde bucal. Porém a

realização da pesquisa se deu na cidade do Rio de Janeiro, sudeste do País, cujos objetivos do estudo consistiram em analisar a integração entre os profissionais da saúde bucal e da saúde da família no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão - RJ, com base na integralidade do cuidado, assim como identificar os aspectos limitantes e os facilitadores do trabalho em equipe (ARAÚJO, 2013).

Ainda referente a justificativa científica, realizou-se uma pesquisa na base de dados da BVS, nos dias quinze e dezesseis de setembro de dois mil e dezesseis utilizando apenas o termo “programa mais médicos¹” e como filtro: palavras serem encontradas no título, texto completo e estar em português. Assim, foram localizados 50 trabalhos (34 artigos e 16 teses/dissertações/monografias), compreendidos entre os anos de 2013 a 2016, sendo que nenhum tinha como objeto de estudo o processo de trabalho da equipe na ESF, após a implantação do programa mais médicos. Dentre os principais achados foram identificados trabalhos que discutiam benefícios e desvantagens do programa em relação à comunidade e ao município; trabalhos contendo opiniões de pesquisadores e da mídia sobre o programa mais médicos e também trabalhos de cunho jurídico sobre o programa.

Isso revela que os estudos existentes no Brasil sobre a temática - Processo de Trabalho em Saúde na Estratégia Saúde da Família relacionado a implantação do Programa Mais Médicos, ainda são escassos. Deste modo, analisar o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do programa mais médicos, permitirá trazer a luz do conhecimento um objeto ainda pouco explorado.

Por fim, enquanto justificativa social a expectativa é de que os resultados desse estudo apresentem a possibilidade dos trabalhadores repensarem e refletirem sobre os diferentes processos de trabalho em saúde, de modo a potencializar o trabalho em equipe. Além disso, através deste estudo será possível identificar os avanços e os desafios a serem enfrentados no processo de trabalho tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo.

¹ Apesar de ter sido encontrado como parte dos descritores nos artigos pesquisados, este termo ainda não é reconhecido pelo DeCS. Além disso, quando colocado junto aos demais descritores, nenhum artigo era encontrado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica se apoia nos aspectos históricos e conceituais sobre a atenção básica de saúde, o processo de trabalho em saúde e o trabalho em equipe na atenção básica.

2.1 Aspectos históricos e conceituais na Estratégia Saúde da Família

Com a publicação da Constituição Brasileira em 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (Lei 8.080/90), a qual trata sobre as atribuições e a organização do SUS e da Lei 8.142/90, que trata sobre a participação dos usuários e sobre o financiamento na área de saúde), implantou-se o SUS, baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. A partir desta realidade, muitas discussões e debates surgiram sobre as formas de abordar o processo saúde-doença, dentro de um contexto sócio-histórico-político-econômico, por parte dos trabalhadores de saúde, governo e sociedade civil organizada (SOUZA A. et al., 2006; PAIM et al., 2011).

Por conseguinte, foram definidos os níveis de atenção à saúde: promoção, proteção e recuperação, na perspectiva de que eles aconteçam de maneira unificada e articulada para que o acesso da população seja com ampla cobertura e com maior eficiência econômica e social possível (PASSOS, CIOSAK, 2006).

Ainda na década de 90, iniciou-se um processo de descentralização da saúde por meio do financiamento e da capacidade de gestão nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal), a partir da criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MOLESINI et al., 2010). A criação das NOB surgiu como proposta para regulamentar aquilo que foi estabelecido nas Leis que regem o SUS. Surgiram então as propostas das NOBs 01/91; 01/92 (com ênfase na prática médica, por conta do direcionamento financeiro por produção); a 01/93, que sofreu alterações posteriores com a NOB 01/96 (SANTOS S., 2010). Por meio desta última surge a proposta do Piso de Atenção Básica (PAB), dividido em PAB fixo e PAB variável, sendo o primeiro correspondente aos gastos direcionados com os procedimentos, de acordo com a população e o segundo, destinado a reorganizar o modelo de atenção à saúde, incluindo a ESF. Nos anos de 2001 e 2002, são aprovadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), com o intuito de complementar aquilo que as demais NOB não deram conta de corrigir, mantendo a forma de transferência financeira implantada na NOB 96 (PORTELA; RIBEIRO 2011).

Por meio das NOB e NOAS, houve a intenção do MS em melhorar o processo de descentralização da AB bem como suas formas de gestão, porém essas normas não conseguiram trazer avanços pretendidos para o SUS, pois segundo Santos e Andrade (2007) todas elas acabaram promovendo uma forte redução de liberdade dos estados e municípios em dispor de planos de saúde voltados para a realidade de cada região. Por isso, segundo Brandão e outros (2012, p. 348), surge o Pacto pela Saúde 2006, subdividido em: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida.

O Pacto pela Saúde é um documento de gestão acordado pelas três esferas de governo (união, estados e municípios) cunhadas na necessidade de redefinir parâmetros que visem à concreta e efetiva implementação do SUS, através de mudanças em seus mecanismos de gestão. Dessa forma, esse pacto rompe com os acordos realizados através das Normas Operacionais Básicas e da Norma Operacional de Assistência em Saúde, que pouco avançaram em termos de concretização do SUS.

Nesse sentido, apesar da tentativa em estabelecer acordos entre as três esferas governamentais com responsabilidades bem definidas e delimitadas, ainda é considerado um importante desafio, para o avanço do SUS, ultrapassar a barreira daquilo que é preconizado (por meio de tantas políticas, normas e portarias) para o campo real da ação advinda da execução e qualificação da gestão dos serviços a serem desenvolvidos pela AB (SANTOS S., 2010; BRANDÃO et al., 2012). Além disso, é preciso a compreensão de que o compromisso com que é preconizado no SUS não deve ser apenas exercido pelos gestores da AB, mas também por todos os trabalhadores da ESF, por meio da qualidade técnica do seu processo de trabalho.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo 198, o SUS deve ser organizado em três pilares: rede (formada por serviços municipais, estaduais e federais), regionalização e hierarquização. Segundo Teixeira (2011), a regionalização é tida como uma proposta de organizar e delimitar, em nível territorial, as ações de saúde, enquanto que a hierarquização se refere ao nível de complexidade tecnológica dos serviços que são direcionados por meio de ações de referência e contrarreferência dos trabalhadores do SUS. No entanto, conforme pode ser visto no trabalho de Viegas e Penna (2013), apesar de estar previsto em Lei, ainda são encontradas muitas dificuldades sobre essa inter-relação com as redes de atenção e a comunicação entre os serviços de diferentes complexidades. Por isso, para que haja uma organização pautada nesses pilares é preciso um envolvimento articulado entre os três entes federativos como forma de garantir uma gestão compartilhada.

O SUS possui como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde e como diretrizes organizativas: a descentralização, a

regionalização, a hierarquização e a participação social. Para o período foi caracterizado como um avanço em termos de atenção à saúde no País, no entanto, muitas foram e continuam sendo os desafios a serem enfrentados pelo SUS que está longe de ser o da Constituição (SANTOS N., 2013).

As ações de saúde, por sua vez, devem ser direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado, atrelado aos recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo que pode representar uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas (COELHO; JORGE, 2009). Porém, apesar de todo arcabouço legal, a implementação do SUS constitui um grande desafio para gestores, trabalhadores de saúde e sociedade como um todo, pois a busca de um novo modelo assistencial ganha força no sentido prático de dar respostas às necessidades reais da população (SILVA; TRAD, 2005; PAIM et al., 2011).

Sobre a organização do SUS, pode-se caracterizá-lo em três níveis de complexidade: atenção básica, média e alta (TEIXEIRA, SOLLA, 2006). Sendo que o termo AB é empregado para indicar o primeiro nível de organização (DIAS et al., 2009). Enquanto política de saúde publicada na Portaria nº 648/2006 e substituída pela Portaria nº 2.488/2011, a AB é “estruturada para ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2011b, p. 3).

Sobre a média complexidade, é definida como apoio de serviços para diagnósticos complementares e terapias de atenção especializada de menor complexidade tecnológica, bem como procedimentos não realizados no nível de atenção básica e que sejam considerados de menor valor pela tabela do SUS. Contudo, a oferta de serviços voltados para a média complexidade tem sido um dos gargalos a serem resolvidos pelo SUS para que seja garantida a integralidade da atenção à saúde (SOLLA; CHIORO, 2012).

Em relação a alta complexidade, Paim e outros (2015) afirmam ser aquela que realiza procedimentos que envolvam alta tecnologia e/ou alto custo. No entanto, uma das críticas realizadas pelo autor sobre essa classificação é a de criar um equívoco sobre a atenção básica não utilizar tecnologias de alta complexidade, quando na realidade podem acontecer situações que exijam mais dos trabalhadores que estão na AB do que de trabalhadores que atuam com aparelhos de tecnologia avançada.

Sobre a AB, em 1991 o PACS foi criado como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país (BRASIL, 2003a). Com a criação desse programa, foi possível observar que a integração dos serviços de saúde

com a comunidade era maior, no entanto uma estratégia que contemplasse a população precisava ser criada (GRIBEL, 2005). Assim, em conformidade com os princípios do SUS, surgiu no Brasil o PSF, uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da AB (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF foi criado em 1994, a partir de experiências exitosas com investimentos de promoção da saúde de países como Cuba, Inglaterra e Canadá (VIEIRA et al., 2004). Ainda na mesma década o PSF passou a ser definido como ESF, em substituição ao programa, visto que o termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Entende-se a ESF como um modelo de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (OGATA; FRANÇA, 2010).

A ESF se constitui num modelo centrado no usuário (família) e na equipe e não mais um modelo centrado no médico e no hospital e, desta maneira, apresenta-se como uma nova forma de trabalhar a saúde assumindo um compromisso de prestar assistência integral a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco os quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada tanto na unidade, quanto nos domicílios e nos locais comunitários (ROSA; LABATE, 2005; FAUSTO; MATTA, 2007). No entanto, para que realmente seja efetiva, a ESF deve contar com fontes financiadoras federais, como também adequar os trabalhadores que atuam no serviço por meio de incentivos de formação profissional, políticas que sejam implantadas na busca pela satisfação do trabalho (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) e fundamentalmente que haja interação entre os demais setores de complexidade da AB.

A organização do SUS deve ser constituída em pilares cuja interação com outros serviços é fundamental. Portanto, para facilitar e fomentar uma rede de atenção voltada para a necessidade dos usuários que nem sempre requerem atendimento no primeiro nível de atenção ou somente nele, é importante que haja um acolhimento facilitado em todos os níveis de atenção para que não sejam serviços isolados, sem comunicação ou fechados em suas rotinas. Somado a isso, existe também a preocupação com os diferentes territórios e realidades existentes tanto em nível municipal quanto estadual e federal que influenciam diretamente o sistema de regionalização do SUS, pois para que sejam criadas políticas que atendam às necessidades de saúde é preciso também relacionar a dimensão territorial a qual pertence os usuários.

Diante disso, a Portaria n° 2.488/2011, delimita que para que haja uma correspondência entre o território pertencente da USF e sua população, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por acompanhar, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média

recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de igualdade para esta definição (BRASIL, 2011b).

Dentre as principais atribuições designadas a todos os trabalhadores que atuam na ESF, pode-se destacar: fazer parte do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; manter atualizado os cadastros das famílias tanto na USF quanto para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); realizar o cuidado da população adscrita tanto no âmbito da unidade quanto em diferentes espaços que sejam necessários; participar do acolhimento dos usuários; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; realizar reuniões de equipe para discutir de maneira conjunta o planejamento das ações; realizar o registro das ações desenvolvidas na comunidade; estimular a participação da comunidade (BRASIL, 2011b). Vale ressaltar que apesar de existir este documento que direciona as práticas a serem realizadas pelos trabalhadores em saúde, a dimensão subjetiva do trabalho precisa ser considerada, uma vez que se constitui na relação estabelecida entre os trabalhadores e destes com os usuários, que definirão o tipo de organização a ser instituída nos serviços.

Apesar de definidas as atribuições dos trabalhadores na ESF, ainda são grandes os desafios para sua implementação, dentre os quais se destaca a própria constituição do trabalho em saúde, onde na prática, não privilegia o vínculo nem a própria noção de um trabalho em equipe (GALAVOTE et al., 2011). Além disso, a organização da ESF advém da conformação de programas verticalizados, submetidos pelo MS, que impede a autonomia dos governos municipais em realizar e priorizar a oferta de serviços de acordo com as suas demandas (FAUSTO; MATTA, 2007; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Embora exista o desenvolvimento de estratégias para avançar no direcionamento da assistência prestada aos usuários, ainda é perceptível a dificuldade de executar ações interdisciplinares que deveriam fazer parte do trabalho multidisciplinar nas USF, ou seja, trabalhadores de saúde ainda pautam as suas atividades valorizando o modelo biomédico em detrimento de ações voltadas para a promoção da saúde, bem como reproduzem cada vez mais um processo de trabalho fragmentado em que a responsabilização pelo trabalho se dá de maneira individual e não em equipe. Importante salientar, que esse fato não pode ser atribuído unicamente ao trabalhador, uma vez que o contexto organizacional dos serviços de saúde privilegia a lógica da produtividade em detrimento da produção do cuidado.

É preciso haver uma desconstrução de práticas de saúde, na qual a concepção de saúde é centrada na ausência de doença, delimitando o cuidado na cura e na transformação de um modelo sanitário centrado em procedimentos para um modelo de saúde coletiva voltado

para a produção de cuidados (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009). Por isso, é essencial um modelo de organização dos serviços de saúde, no qual as condições sócio-políticas, materiais e humanas, viabilizem um trabalho de qualidade para quem o exerce (trabalhadores de saúde) e para quem recebe a assistência (usuários) (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). A inter-relação usuário/trabalhador e trabalhador/trabalhador necessita ser fomentada com base na responsabilidade e também na reciprocidade, concretizada por meio de vínculos que venham contribuir no cuidado com o outro e consigo mesmo levando em consideração tanto a parte técnica quanto afetiva do processo de trabalho em saúde.

Araújo e Rocha (2007) pontuam que ao se ter o compartilhamento de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos contribuem e participam com suas especificidades para a qualidade da prestação das ações de saúde, o trabalho em equipe no contexto da ESF, ganha uma nova dimensão, tornando-se essencial que esses trabalhadores se relacionem em um ambiente livre para que juntos se comuniquem, estabeleçam interação e possibilitem assim a construção de um novo modelo de saúde que busca uma (re)formulação das práticas assistenciais.

Paim, em um texto apresentado em 1997, trouxe algumas preocupações que são consideradas até hoje como atuais no campo da AB em saúde:

A discussão entre as finalidades das práticas de saúde e o seu objeto, meios de trabalho e atividades, bem como a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação entre os modelos assistenciais e de gestão, constituem desafios teóricos e práticos para a Reforma Sanitária Brasileira [...] (PAIM, 1997, p 20)

Por fim, Passos e Ciosak (2006, p. 465, grifo nosso) avaliam que: “O SUS significa um importante avanço na luta por direitos de cidadania. Representa um importante passo para o fortalecimento dos sistemas de administração locais e regionais, contribuindo para o aumento do controle local e para as mudanças no **processo de trabalho**”. Entretanto, por ser um país capitalista e por valorizar a venda da força de trabalho, segundo Schraiber e outros (1999, p. 239) “há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho”.

Nesse sentido, (re)conhecer quais são os elementos que constituem o processo de trabalho em saúde visa não só a melhoria da assistência voltada ao usuário como também o reconhecimento de que é importante fazer parte e repensar as ações em saúde dos trabalhadores, cuja importância é compreender acerca da dialética do trabalho em saúde que está atrelado ao

conhecimento existente sobre o processo de trabalho individual e coletivo. Portanto, é preciso que haja o desenvolvimento de estratégias que viabilizem a integração entre os diferentes pontos de vista e de processos de trabalho em saúde, de modo a qualificar a atenção à saúde.

2.2 Processo de trabalho em saúde

Santos e Blengini (2010) afirmam que o homem possui necessidades como todos os outros animais. Entretanto, o que o diferencia dos outros animais é o trabalho, afinal, o homem cria meios e instrumentos para satisfazer suas necessidades e, assim, assegurar sua sobrevivência. De acordo com Marx (1994), o processo de trabalho, é dividido em elementos, correspondentes a atividade adequada a um fim, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho que são os instrumentais para sua efetivação e este processo independe da estrutura social em que está inserido.

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada. O que se manifestava em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu e o produto é um tecido (MARX, 1994 p. 222).

Somado a isso, o mesmo autor, contribui ao afirmar que através do trabalho, o homem imprime sobre a natureza aquilo que estava anteriormente em seu consciente, transformando a realidade em algo que terá um valor para sua vida. A medida que se utiliza criatividade, intelecto, força para gerar um produto e no despertar desses elementos, o homem transforma a si mesmo.

O processo de trabalho seria composto por: matéria-prima, instrumentos de trabalho, homem e o produto (RODRIGUES; ARAÚJO, 2008). Ademais, o processo de trabalho também pode ser entendido como o modo de desenvolvimento das atividades profissionais, o modo como se realiza o trabalho. Este, de uma forma geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre um objeto para que ao transformá-lo possam obter determinado produto que gere alguma utilidade (FARIA et al., 2009).

Ao tratar o processo de trabalho, no campo da saúde, é preciso considerar a sua singularidade no fato de ser realizado com pessoas e não sobre coisas ou objetos. O trabalho em saúde é algo que deve ser partilhado entre o usuário e o trabalhador em saúde, no qual o

primeiro também contribui para o processo de trabalho do segundo. Neste caso, a matéria-prima seria o próprio usuário, os instrumentos de trabalho seriam as tecnologias, o homem seria o trabalhador em saúde e o produto o próprio trabalho em saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2008). Por isso, deve-se considerar o trabalho em saúde como algo que exige saber acumulado, assim como teoria, método e técnicas previamente experimentadas (CAMPOS, 2010).

Segundo Barros, Santos Filho e Gomes (2012, p. 36) o trabalho em saúde assume algumas características quanto a prestação dos serviços, considerando a

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).

Ainda que seja considerado como “objeto” do trabalho em saúde, é importante destacar que as suas especificidades/subjetividades e individualidades precisam ser analisadas. Em contribuição, Sanna (2007) ao apresentar os elementos constituintes do processo de trabalho em saúde, aponta que a finalidade do trabalho é designada como a razão pela qual ele é feito, o objeto reconhecido como aquilo sobre o que se trabalha, os instrumentos reconhecidos como artefatos físicos, conhecimentos, habilidades e atitudes combinados de maneira peculiar e por fim o produto desse processo que nesse caso pode ser entendido como a saúde do indivíduo.

Reis e outros (2007, p. 657), caracterizam o objeto de trabalho como 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”. Segundo Mendes Gonçalves² (1992), o trabalho em saúde pode ser visto como a forma que o objeto será transformado. Porém, o processo de trabalho em saúde não pode ser caracterizado como uma “receita pronta” que será igual para todos, pois ele interage com diversos fatores envolvidos no desenvolvimento das ações dos trabalhadores de saúde.

O trabalho em saúde tem como especificidade transformar as práticas sociais, através de instrumentos, de conjuntos de saberes e de trabalhadores de saúde comprometidos para obter produtos da sua assistência que vão além de intervenções que modificam apenas o

² Este autor, introduziu a análise do processo de trabalho na saúde coletiva brasileira, inicialmente suas definições de trabalho em saúde eram voltadas para o trabalho médico, somente depois foi utilizado para outras áreas profissionais.

indivíduo a ser atendido, pois as mudanças ocorrem também naquele que executa a ação, neste caso, o próprio trabalhador em saúde. Portanto, mudanças na forma de agir e pensar o processo de trabalho em saúde poderá viabilizar ações em consonância aos princípios do SUS.

Em busca da dimensão relacional, Habermas construiu a teoria do agir comunicativo que se dá por meio de ações que são valorizadas pela linguagem, interação e a intersubjetividade. No entanto, apesar de reconhecer a importância em utilizar as dimensões comunicacionais, estas não podem ser usadas como única ferramenta no processo de trabalho em saúde, que deve estar relacionada a aplicação de dimensões instrumentais, pois, de maneira articulada, essas duas dimensões podem contribuir para atender as reais necessidades dos usuários e contribuir também na organização do processo de trabalho em saúde (CARVALHO et al., 2012).

No entanto, é importante considerar nessa modificação do processo de trabalho em saúde que

o paradigma comunicativo rompe com a velha moldura da relação sujeito/objeto substituindo-a por uma relação intersubjetiva onde se emitem e resgatam pretensões de validade sobre coisas do mundo objetivo, sobre normas ou expectativas de comportamento geral do mundo social e sobre estados subjetivos. Esta aproximação ao mundo deixa de ter exclusivamente a marca da dominação ou o controle de um sujeito sobre um objeto a ser conhecido ou manipulado e passa a representar uma construção solidária em que os atores se entendem sobre a melhor forma de atuar. (ARTMANN, 2001, p.186)

Embora, haja esse reconhecimento de mudança para aproximar os usuários dos trabalhadores do serviço de saúde da ESF, Ayres (2001), aponta enquanto desafio a forma técnica de diálogo utilizada pelos trabalhadores durante os seus atendimentos. Assim, para construir experiências baseadas na intersubjetividade dos sujeitos é preciso avançar sobre essa forma afastada de diálogo estabelecida entre usuários e trabalhadores para uma interação verdadeira que promova ações que poderão transformar os comportamentos da população assistida, trazendo benefícios para a saúde.

Sobre os meios de produção ou instrumentos de trabalho em saúde, podem ser citadas as máquinas, as ferramentas ou os equipamentos em geral, mas também, em uma visão ampliada, podem ser incluídos os conhecimentos e as habilidades desenvolvidas para o serviço em saúde. Pode-se entender que o homem é o agente de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação, de objetos ou condições, para se atingir fins previamente estabelecidos (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; FARIA et al., 2009).

No processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor com as ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral) e o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe

de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, acerca da sua necessidade de saúde, a fim da realização de um produto/finalidade. E nesse encontro entre esses dois sujeitos, estabelece-se um espaço de relações, intercessões, resultando num “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997).

Portanto, os produtos da saúde se realizam em ato, e assim o trabalho vivo se realiza da seguinte maneira: enquanto se executa o trabalho, o produto é realizado. Assim, o produto final do trabalho em saúde é algo imaterial que só acontece quando há a relação usuário-trabalhador de saúde e sua produção se dá em paralelo ao seu consumo (FRANCO; MERHY, 2012; MELO; SANTOS; LEAL, 2015).

Sobre o trabalho material e imaterial, Antunes (2015) contextualiza que é cada vez mais importante a utilização de uma dimensão não só tecnológica por meio de instrumentos materiais, mas também é preciso investir na dimensão intelectual (imaterial) do trabalho. Segundo Gorz (2005), o trabalho imaterial é algo que não pode ser mensurado, pois tem base no conhecimento que o indivíduo possui para executar o seu trabalho. Nesse sentido, tanto o trabalho material quanto imaterial estão subordinados a esta lógica de produção em que um não deve se sobrepor ao outro, para que haja uma visão ampliada da produção do trabalho em saúde que se dá por meio do trabalho vivo.

De acordo com Merhy e Franco (2005), o trabalho vivo se relaciona o tempo todo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual diversos tipos de tecnologias estão envolvidos. Essas tecnologias do trabalho em saúde podem ser descritas de três maneiras: em tecnologias duras (caracterizada pelos instrumentos), tecnologias leve-duras (representadas pelo saber técnico estruturado) e tecnologias leves (baseada na relação entre sujeitos que só têm materialidade em ato). Pode-se considerar aqui a utilização de determinadas tecnologias em detrimento de outras, a depender do trabalhador de saúde e da realidade de trabalho que ele possua.

Nesse sentido, Mendes Gonçalves (1994, p. 32), traz a seguinte definição em relação à tecnologia, a saber: “é o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”. Caracteriza-se, desse modo, um trabalho relacional, em que cada trabalhador de saúde exercerá sua atividade de acordo com a sua organização no serviço, levando-se em conta os diferentes sujeitos e as diferentes intencionalidades que cada um impõe em seu processo de trabalho, ou seja, o trabalho é reconhecido através do uso das tecnologias considerando tanto as relações sociais quanto as relações de trabalho.

Estabelecendo essa relação social, Merhy (2003, p.77), acrescenta que:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário/paciente se produz através de um trabalho vivo, em um processo de relação, isto é, há um encontro entre duas ‘pessoas’, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Constituir um critério de relação social para além do trabalho, pode viabilizar condições de aumentar a autonomia dos usuários no serviço prestado como também facilitar a relação de envolvimento com os demais trabalhadores da ESF, fortalecendo o trabalho em equipe e a organização do processo de trabalho em saúde. No entanto essa relação social não deve ser entendida pelos usuários como uma prestação de favor por parte dos trabalhadores que exercem suas atividades de saúde no serviço, mas sim como forma de garantia dos direitos sociais dos usuários.

Em relação a finalidade do trabalho em saúde, ela pode ser considerada tanto de maneira lucrativa quanto em defesa da vida (REIS et al., 2007), a depender de qual seja a intenção e a ação do trabalhador em saúde, ambos interesses podem ser encontrados nas atividades direcionadas à população. Sabe-se que todos os trabalhadores na ESF devem estar comprometidos com os princípios do SUS, de acordo com as normas e Leis estabelecidas, bem como as suas respectivas Leis do exercício profissional, devido a isso, Carvalho Neto (2010 p. 4-5) afirma que o “profissional está em meio a uma relação contraditória, pois ao mesmo tempo em que o empregador exige deste profissional ações que venham ao encontro de suas expectativas fins, ou seja, produtividade e lucratividade; estas expectativas vão em contra ao projeto profissional que exige compromisso ético-político.” Nesse sentido, é considerado também um desafio para os trabalhadores da ESF conciliar os seus interesses com os interesses da comunidade, de forma que essa dualidade seja feita de maneira comprometida e ética e que considere o modo singular do processo de trabalho em saúde.

Para Franco e Merhy (2012), na finalidade do trabalho em saúde, não se deve esquecer o lado subjetivo do ser humano, pois o trabalho em saúde também envolve o modo singular como cada um significa o trabalho e produz o agir em saúde. A subjetividade de cada usuário terá interferência direta nos elementos utilizados para transformar e produzir o trabalho em saúde dos trabalhadores e isso modifica o próprio produto deste trabalho. Essa transformação deve envolver não apenas o modo como os trabalhadores de saúde desenvolvem o seu trabalho para garantirem mudanças na saúde dos usuários, vistos como o objeto a ser

transformado, mas é preciso considerar também os meios para integrar esse usuário nas intervenções, considerando suas individualidades e particularidades que vão além do corpo biológico.

Segundo Ayres (2006, p. 50), “não será possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma desconfortável estabilidade acrítica os critérios biomédicos que tomamos para avaliar e validar as ações de saúde”. Nessa direção, é preciso considerar também pontos importantes do contexto de trabalho em saúde que não é apenas realizado individualmente, mas que apresenta desafios e responsabilidades no coletivo.

Além disso, o trabalho em saúde segue uma lógica capitalista, socialmente determinada. Segundo Druck (2011), o trabalho vem sofrendo grandes transformações ao longo dos séculos, estando neste momento em uma configuração ainda mais ampliada de exploração do capital por meio da compra e venda da força de trabalho em busca do lucro de maneira desordenada, cuja valorização do trabalho eleva cada vez mais a concorrência entre os trabalhadores. Essa dinâmica no trabalho traz como consequência a precarização social do trabalho.

Com base nessa lógica capitalista e de precarização, as teorias da administração influenciam o *modus operandi* do trabalho. Dentre as teorias, destaca-se a Teoria Científica de Taylor³ que também é muito parecida a perspectiva utilizada por Ford, por isso o termo taylorista/fordista é tão comumente encontrado nos trabalhos. O taylorismo e o fordismo são baseados na repetição, na padronização e na divisão das atividades desenvolvidas entre aqueles que executam e aqueles que formulam as ações. Caracteriza-se também por dificultar a comunicação entre os diferentes trabalhadores de um mesmo setor e a busca do aumento da produtividade através da “robotização” do serviço (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; ANTUNES, 2015). Sobre essa teoria, Matos e Pires (2006) asseveram existir muitas críticas a respeito dessa organização do trabalho, na qual se destaca: a fragmentação do trabalho, desmotivação e alienação dos trabalhadores, bem como a ênfase na sobrecarga de trabalho.

Em continuidade, também pode ser citada a teoria japonesa, denominada toyotismo, advinda do modelo imposto pela fábrica da Toyota, após a década de 45. Diferentemente do que preconiza o taylorismo/fordismo, possui como características: a valorização pela multifuncionalidade do trabalhador e o trabalho em equipe, valorização da produção pelo menor tempo de trabalho, a terceirização do serviço e a subcontratação por meio de contratos

³ Frederick Winslow Taylor (1856-1915), o fundador da Administração Científica, nasceu na Filadélfia, nos Estados Unidos

temporários de serviço. A ideia desta teoria também pode levar o trabalhador a executar um trabalho alienado, tendo em vista única e exclusivamente o trabalho como mercadoria em troca de salário e a ausência de conhecimento sobre o produto final do seu trabalho (ANTUNES; ALVES, 2004; ANTUNES, 2015).

Contextualizando essas teorias para o setor saúde, pode-se perceber a forma de organização do trabalho baseada no taylorismo/fordismo, em que a precarização do trabalho existe por meio das condições apresentadas nos serviços (SANTOS T., 2012) e o toyotismo com ênfase na produtividade. Assim, o processo de trabalho em saúde, ao aproximar-se dessas teorias, tornam os trabalhadores em sujeitos submissos e subordinados às condições de trabalho impostas, com possíveis situações precárias de atendimento e com constante ameaças de perder o emprego (BOURDIEU, 1998; DRUCK, 2011), pois na lógica capitalista não há trabalhadores insubstituíveis e, por isso, o pensamento de muitos está baseado em: “ter qualquer emprego é melhor do que não ter nenhum” (DRUCK, 2011, p. 41).

Diante do exposto, pode-se identificar o quanto a organização do processo de trabalho em saúde segue os preceitos das teorias que priorizam a divisão e a produtividade do trabalho que geram a precarização no contexto da ESF. Por isso, essa articulação utilizada pelo capitalismo incentiva a existência de competição entre os trabalhadores (GORZ, 2007), se constituindo como desafio o estabelecimento de interação entre os seus processos de trabalho. Além disso, ao não considerar o lado subjetivo das relações humanas, acentua-se o crescente avanço pelo uso de tecnologias cada vez mais avançadas e de custo alto de manutenção na realidade procedimento-centrado da assistência em saúde, por isso a importância em empregar novas técnicas e procurar mudar a lógica da divisão e padronização do trabalho, colaborando assim para o desenvolvimento das atividades e da organização do processo de trabalho em equipe na ESF, por meio de dimensões subjetivas e de cuidado com cada usuário.

2.3 Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos

O trabalho realizado na ESF, constitui-se por uma equipe multiprofissional. O modo que opera esse trabalho coletivo permite um rompimento no comportamento passivo dentro das unidades de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre serviços de saúde, trabalhadores de saúde e

população, a fim de gerar uma prestação de serviço integral, contínua e de qualidade (RODRIGUES; ARAÚJO, 2008).

Na definição de Peduzzi (1998, p. 91) a equipe de saúde pode ser definida por “um grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo processos de trabalho conexos em uma mesma situação particular de trabalho, em um dado estabelecimento de saúde”. Não basta existir trabalhadores com diferentes especialidades e com diferentes conhecimentos para se enquadrar em um trabalho em equipe, é preciso haver complementariedade deste trabalho envolvendo ações e reconhecimento da importância do trabalho do outro.

Nesse cenário também é possível identificar as relações de poder existentes, pautadas naqueles trabalhadores que têm maior influência dentro da equipe, como é o caso historicamente registrado da profissão médica (FREIDSON, 2009). Por meio de consultas, diagnósticos e especializações os médicos delimitam sua hierarquia no trabalho através de seus saberes (SCHRAIBER, 1995). Devido a isso, quanto maior a influência do poder na sociedade maior o prestígio daquele que o exerce, por isso o destaque do poder médico que desde o século XVIII influencia ações de transformação tanto na população quanto nos setores onde trabalha (FOUCAULT, 1979).

Segundo Fortuna e outros (2005), essa relação de poder também gera uma divisão social e técnica do trabalho, cujo acordo se baseia em trabalhadores de nível superior com maior poder (por meio de atividades consideradas intelectuais) e os de nível técnico com menor poder (através de atividades manuais). Matumoto e outros (2005), consideram enquanto prática de divisão social no trabalho em saúde: as diferentes remunerações dadas aos trabalhadores; facilidades e benefícios que não são ofertados a todos os trabalhadores; capacitações para atualização que também é feito de maneira fragmentada e nem todos os trabalhadores têm acesso; valorização da fala de trabalhadores com nível maior de graduação, entre outros aspectos.

Na área de saúde, especificamente na AB, é possível visualizar as diferentes oportunidades, por meio das divisões bem definidas e delimitadas do trabalho técnico e intelectual, no qual cada grupo de trabalhadores se torna responsável por um tipo específico de atividade. Desse modo, o trabalho em saúde apresenta duas lógicas bem definidas no desenvolvimento de suas práticas: a primeira representada por um conjunto de técnicas, normas e procedimentos (normalmente mais utilizada pelos trabalhadores de nível médio) e a segunda opera as tecnologias mais relacionais (exercida pelos trabalhadores de nível superior). Com essa

divisão, a tomada de decisão e a autonomia dos trabalhadores sofrem com as relações de poder impostas por aqueles que detenham as maiores responsabilidades no serviço.

Sendo assim, no trabalho em equipe, as relações de poder deveriam ser vistas como complementares (FORTUNA et al., 2005) e não como demonstração de quem possui o maior qualificação e formação superior em detrimento daqueles que não possuem, pois “o poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para violar ou destruir, mas para criar relações e novas realidades” (ARENDDT, 2007, p. 212). Na verdade, o poder deve ser visto não como algo a ser dominado, mas utilizado como estratégia para modificar uma realidade, pois quando é realizado de forma dominadora podem provocar relações tensas entre os trabalhadores.

Para Foucault (1979), o poder não existe de um determinado local ou tem início em um determinado momento, mas sim surge das relações de poder e da forma prática em que é realizado, sendo considerados enquanto pequenos poderes que são estabelecidos de maneira desigual e avaliados de maneira negativa, em que há uma relação de dominação por aquele que exerce e executa o seu poder, ou seja, reconhecido como algo que foi imposto de cima para baixo.

Sobre o poder no trabalho em saúde, apoiando-se na definição de Mario Testa (1995), ele descreve e apresenta três tipos de dimensões do poder: técnica, administrativa e política. O poder técnico corresponde às questões teóricas e clínicas dos serviços de saúde; o poder administrativo lida com os recursos econômicos enquanto que o poder político está associado a questões em defesa das necessidades e interesses de grupo assistido. Mas o que deve ser considerado é que independente do tipo de poder empregado no setor saúde, este deve ser trabalhado de forma conjunta para modificar situações postas como desafios no contexto da ESF. No entanto, a realização deste trabalho através de uma construção compartilhada e coletiva, envolvendo os diversos saberes e práticas, ali atuantes, e a interação com a comunidade adstrita, se constitui ainda em um importante desafio para todos que compõem a equipe (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Este desafio pode existir por conta de disputas nessas relações de poder existentes na divisão técnica do trabalho ocasionadas por realidades que seguem uma lógica contrária àquilo que se tem enquanto direcionalidade do trabalho (FORTUNA et al., 2005). Além disso, esta divisão técnica do trabalho não se configura somente entre as categorias de profissões existentes na USF, mas em subcategorias dessas profissões, por meio das especialidades que cada vez mais são exigidas pelo modelo capitalista. Diante disso, a equipe pode encontrar

dificuldades na resolução de problemas e na identificação de necessidades voltadas para os usuários, com valorização de procedimentos em detrimento do cuidado integral à saúde do seu objeto de trabalho (MATUMOTO et al., 2005), que é o indivíduo socialmente referenciado.

Outro desafio a ser citado, refere-se ao sistema de saúde brasileiro, ainda muito pautado na formação biomédica dos trabalhadores de saúde e em uma prática hegemônica (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), caracterizada por um modelo assistencial individualizado de assistência e com valorização de ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento de doenças. Por isso, enquanto a prática de saúde estiver voltada para a execução de procedimentos técnicos, para a resolução de problemas e doenças em detrimento da produção de saúde dos usuários/família, haverá dificuldades de interação entre as equipes da ESF. Na verdade, compete ao trabalhador de saúde direcionar a sua ação para o usuário e não exclusivamente para a doença.

Referente as consequências que um trabalho voltado para a cura em detrimento da promoção da saúde, Kantorski (1997, p. 13) assevera:

Este caminho da doença - cura, da onipotência virtual da técnica, da qualificação de alguns, que requer a desqualificação e a marginalização de tantos, tem nos conduzido a uma crescente desumanização das relações sociais de um modo geral. Esta desumanização se constitui através da alienação pois o homem não se reconhece mais no objeto que o seu trabalho produz, nem este trabalho contribui para o seu pleno desenvolvimento e a satisfação plena de suas necessidades.

Com isso, a mudança deve acontecer, no sentido das ações da equipe não serem pautadas apenas pelos saberes, métodos e técnicas, mas por uma vastidão de valores adquiridos internamente e externamente dos ambientes de trabalho. O trabalho em saúde acontece no espaço das relações, envolve um encontro entre trabalhadores de saúde e usuários numa coprodução de serviços. A atividade então do trabalhador de saúde não deve se basear em repetição de procedimentos e sim na produção de diversos processos de trabalho (BRITO et al., 2011).

Fortuna (1999) afirma que no trabalho em equipe, no setor saúde, é preciso ser considerado os sentimentos, conhecimentos, expectativas não só dos usuários, mas também dos trabalhadores envolvidos na assistência, dado as constantes mudanças e o processo relacional que envolve esse trabalho. Espera-se que os trabalhadores, em seus processos de trabalho, atuem de maneira interdisciplinar, através de planejamento das ações e do compartilhamento do processo decisório com os demais trabalhadores da ESF (BRASIL, 1997). Pois, de acordo com Galavote e outros (2011), os trabalhadores precisam ir além das relações sociais com os

demais componentes da equipe e também com os usuários. Concordando com este autor, é preciso, sobretudo, que haja integração entre suas ações e seus saberes.

Nessa direção, a Política Nacional de Humanização (PNH), aponta como finalidade viabilizar os processos de trabalho no campo da saúde para fortalecer o grupo de trabalhadores e propiciar os acordos de como agir nestes serviços (BRASIL, 2003b). Assim, a produção de sujeitos se faz através dos processos de trabalho, pois a realidade que se vive não é dada de maneira pronta e estática, mas sim constituída de acordo com as relações estabelecidas entre os trabalhadores (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Alguns problemas são evidenciados nos serviços de saúde ocasionados pela ausência de interação entre os trabalhadores da equipe e pela execução de um trabalho fragmentado pelos mesmos (SILVA; TRAD, 2005). Pires D. (2000) assevera que ao se fragmentar demais o trabalho de cada grupo profissional, faz com que os esforços para a resolução de algum problema sejam duplicados, podendo até gerar tomadas de decisões contraditórias.

Por conta dessa fragmentação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde, em que cada um executa suas ações de maneira não dialética, cria-se um processo de alienação no trabalho, cujo acompanhamento da produção do cuidado não é realizado de forma completa e em muitos casos o próprio trabalhador se condiciona a participar de apenas uma etapa desse processo de cuidado com os usuários, tornando-se desinteressados pelo trabalho do outro e até mesmo pelo seu próprio processo de trabalho. Com base nisso, acaba que o processo de trabalho em saúde se aproxima cada vez mais do modo de produção fabril em que cada trabalhador participa de apenas uma etapa da ação e assim um não conhece o trabalho do outro.

A alienação também pode ser agravada por fatores que estão fora da USF, a exemplo de gestores não comprometidos com a ESF e que tornam o poder de decisão de maneira centralizada, sem a participação dos demais trabalhadores de saúde (CAMPOS, 1999), interferindo diretamente na motivação para realizar o processo de trabalho em saúde de maneira conjunta.

Além disso, “por conta da fragmentação dentre os agentes e da diversidade de instrumentos aos quais se recorre, as equipes da ESF se defrontam com um objeto do processo de trabalho que se apresenta proporcionalmente cindido” (DALLA VECCHIA, 2012, p. 118). Nesse sentido, o usuário é fragmentado de acordo com a necessidade apresentada para o momento, em que cada trabalhador de saúde orienta-o conforme as suas especificidades, sem que haja interação entre os atendimentos e, com isso, perde-se também a finalidade e o produto desse trabalho.

Segundo Fortuna e outros (2005, p. 268) “a equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/reestruturação”. Com base nisso, Peduzzi (1998) apresenta em seu estudo duas modalidades de trabalho em equipe, caracterizada por: equipe agrupamento e equipe integração. Sendo a primeira considerada por meio da sobreposição de ações e trabalhadores em relação ao seu trabalho, enquanto que a equipe integração, configura-se por meio de articulação de ações e trabalhadores no serviço, ou seja,

quando há complementaridade objetiva, mas há autonomia e independência da perspectiva do projeto assistencial, portanto, autonomia técnica dos agentes, o trabalho coletivo ocorre na modalidade de trabalho em equipe agrupamento. E quando há complementaridade objetiva e colaboração no exercício da autonomia técnica, e não há independência de projetos de ação de cada agente, senão um projeto assistencial comum, o trabalho coletivo ocorre na modalidade de trabalho em equipe integração (PEDUZZI, 1998, p. 232-233)

Contudo, essa articulação dos trabalhadores ainda é considerada incipiente e fragmentada, por isso é preciso fomentar estratégias que viabilizem às equipes da ESF a buscarem ações com base na integralidade da assistência para que as equipes que atualmente, em sua maioria, são consideradas equipes agrupamento possam se tornar equipes integração, com a participação efetiva dos gestores municipais para criar meios que modifiquem esta realidade e traga benefícios para a articulação de um trabalho em equipe com objetivos comuns e de interação no trabalho, através de um ambiente favorável nas USF para as trocas de saberes, experiências e angústias vivenciadas pelos trabalhadores.

Segundo Peduzzi (1998, p. 163), “parece haver um certo deslocamento entre o discurso do trabalho em equipe, que parece idealizado e retórico, e o plano prático das múltiplas ações e dos variados agentes, onde não parece haver relações e conexões concretas”. Tais situações vão de encontro com aquilo que é preconizado para a reorganização do modelo de atenção, onde os processos de trabalho deveriam ser pautados no diálogo e na interação entre os diferentes trabalhadores do serviço de saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Para tanto, seria conveniente investir no diálogo, discutindo as intervenções técnicas, seus antecedentes e suas consequências, entre as diferentes áreas técnicas dos trabalhadores de saúde (PEDUZZI, 2003).

O trabalho de maneira articulada na ESF, pode ser desenvolvido e fortalecido a depender do nível de conhecimento que cada trabalhador possui sobre o processo de trabalho do outro e assim ao promover a partilha dos conhecimentos e a identificação das necessidades dos usuários, enquanto objetivos comuns entre os trabalhadores, poderá ser potencializado o

trabalho em equipe, pois não há trabalho em equipe sem comunicação e diálogo no serviço (PEDUZZI, 1998).

Apesar das atribuições técnicas de cada um dos trabalhadores envolvidos na ESF estarem definidos pela Portaria 2.488/2011 do MS (BRASIL, 2011b) e atualizadas na portaria 2.121/2015, a qual reforça as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2015b), ainda é difícil estabelecer de maneira efetiva a articulação e a interação dos trabalhadores, do ponto de vista do processo de trabalho em saúde (MORAIS, 2008).

É preciso considerar alguns aspectos dessa relação de trabalho, sabendo-se que não é só o fato de trabalharem no mesmo local que definirá um trabalho em equipe. É preciso haver o desenvolvimento da comunicação e o reconhecimento da importância do trabalho do outro, para que assim seja constituído um projeto de atenção único voltado para os usuários e para a comunidade de atendimento da USF. Torna-se perceptível que quando não é estabelecido essa relação de comunicação entre os membros da equipe da ESF, o alcance dos objetivos previamente instituídos se torna frágil e difícil de ser alcançado. Nesse sentido, Almeida e Mishima (2001, p. 151), afirmaram que:

um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; [...] a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

Deste modo, é importante que haja a interação tanto dos trabalhadores de nível superior quanto os de nível técnico da ESF, pois conforme afirmaram Merhy e Franco (2005, p. 3) “não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar o mundo das necessidades de saúde”. Por isso, para que haja integração no trabalho em saúde é importante que os trabalhadores conheçam o seu próprio processo de trabalho e também o daqueles que atuam na AB, valorizando a produção dos cuidados prestados e construindo juntos os objetivos a serem alcançados, bem como a maneira adequada de atingi-los (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Com o intuito de melhorar o acesso, a qualidade da atenção e o problema relacionado a ausência de médicos na ESF, surge o “Programa Mais Médicos”, cuja função é a convocação de médicos, tanto brasileiros quanto estrangeiros, com o objetivo de reorganizar uma rede de saúde com interação entre as profissões no trabalho e promover melhorias na infraestrutura e

nos equipamentos de saúde, no entanto, para que ocorram estas mudanças é preciso fomentar estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe da ESF (BRASIL, 2013a). Apesar deste não ser o objetivo principal do programa mais médicos, alguns estudos apontam repercussões positivas na organização do processo de trabalho em saúde e no trabalho em equipe.

De acordo com a Lei nº 12.871/2013 podem ser contratados para o programa tanto médicos brasileiros quanto estrangeiros, sendo autorizado por três anos a permanência no referido programa (BRASIL, 2013c). No ano de 2016, completou-se os três anos do início do programa, encerrando-se o prazo de acordo com o estabelecido em Lei (BRASIL, 2013a). Através de uma Medida Provisória nº 723/2016 de 29 de abril de 2016 assinada pela ex-presidente Dilma Rousseff (BRASIL, 2016a) e sancionada pela Lei nº 13.333/2016 de 12 de setembro de 2016, assinada sem vetos pelo então presidente Michel Temer, garantiu-se o prazo de mais três anos do programa mais médicos e por igual período foi prorrogado o visto dos médicos estrangeiros (BRASIL, 2016b).

Ao todo, existem 11.429 médicos cubanos atuando no Brasil. O número corresponde a 62,6% dos 18.240 médicos participantes no programa Mais Médicos. Na Bahia, 1.064 dos 1.432 médicos do programa que atendem no estado são cubanos, o que representa 74% do total (SESAB, 2016). Tendo em vista a grande participação de médicos cubanos neste programa, é importante ressaltar algumas informações acerca do sistema de saúde deste país, Cuba foi um dos países que influenciaram o Brasil a desenvolver um modelo de atenção à saúde voltado para a família (VIANA; DAL POZ, 2005).

Dal Prá e outros (2015) confirmam que o sistema de saúde em Cuba é referência para diversos países, pois tem como base do seu serviço a dimensão social, visando atender as necessidades individuais e familiares da comunidade e desenvolvendo atividades que prezem pelo sentido ampliado do conceito de saúde. Além disso, Delgado Correa (2012) acrescenta que baseado na reforma do Ensino Superior de Cuba, da década de 60 e usado até a atualidade, a formação médica deve ser realizada para atender a população de maneira preventiva e curativa considerando não só o corpo, mas a realidade social e econômica.

Dentre os destaques de saúde em Cuba está a taxa de mortalidade infantil, considerada a mais baixa da América Latina. O país tem como prioridade em seu sistema de saúde a busca pela pesquisa nas instituições de saúde, associado ao ensino e a assistência dos seus trabalhadores (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011; OSA, 2011).

Os princípios norteadores do sistema de saúde cubano são: caráter estatal e social da medicina; acessibilidade e gratuidade dos serviços; orientação profilática; adequada aplicação dos avanços na ciência e tecnologia; participação da comunidade e intersetorialidade: **colaboração internacional**, centralização normativa e

descentralização executiva (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011, p. 5171, grifo nosso, tradução nossa).

Em relação a colaboração internacional, esta se refere a uma prática particular de Cuba em enviar os médicos cubanos para programas de outros países, a exemplo do Misión Milagro (Venezuela), o Programa Operación Milagro (Bolívia) e o próprio Programa Mais Médicos (Brasil). Nestes países, o envio dos médicos é visto como uma alternativa para uma determinada população que sofre com a escassez do atendimento desses trabalhadores em regiões de maior vulnerabilidade e em centros urbanos nas localidades periféricas (GOMBATA, 2016).

Por isso, segundo Pinto e outros (2014), o programa mais médicos surgiu como uma tentativa do governo em prover regiões mais afastadas e com dificuldades de manter médicos na AB, na busca em ampliar não só os números destes trabalhadores, mas em melhorar a formação em medicina na atuação dos serviços da ESF, através de novas vagas para residência médica e de reorientação na formação de médicos e especialistas de acordo às necessidades do SUS. Somado a isso o mesmo autor complementa que:

o Programa está articulado a um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, à melhoria das condições de atuação das equipes e ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que buscam consolidar um outro padrão de qualidade para os serviços locais da AB brasileira. Por tudo isso, o programa mais médico mostra estar em sinergia com a nova PNAB, ampliando seu potencial de apresentar em curto e médio prazos um conjunto de efeitos que podem contribuir para mudar o patamar de acesso, qualidade e legitimidade da AB no Brasil (PINTO et al., 2014, p. 106).

Em estudo publicado, foi constatado por Santos, Costa e Girardi (2015) o quanto este programa apresentou contribuições para o envolvimento em equipe dos trabalhadores de saúde na organização dos serviços prestados nas USF do país. Em consonância, Bertão (2015), em estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul, conseguiu identificar importantes mudanças no processo de trabalho da equipe da ESF no atendimento ao idoso, embora os avanços em relação às metas físicas da USF, em parte, não foram atendidos. Em outro município do Rio Grande do Sul, também se identificou avanços com a implantação do programa mais médicos, sendo caracterizados pela melhora do processo de trabalho da ESF e consequentemente do atendimento aos usuários (SALAZAR, 2015).

Na cidade de Curitiba, no Paraná, a implantação do programa mais médicos ajudou a fortalecer e unificar o trabalho das equipes na AB, apesar de apresentar alguns desafios iniciais como o idioma, mas que logo foram substituídos pelo interesse dos membros da equipe ao conhecimento cultural e técnico trazidos pelos trabalhadores estrangeiros. Nessa mesma

pesquisa, foi possível identificar a relação de igualdade que os médicos estabeleceram com os demais membros da equipe da ESF, trazendo benefícios no âmbito coletivo e sendo participativos nas decisões e responsabilidades correspondentes a USF (OPAS, 2015).

A inserção deste programa na ESF, pode contribuir como uma importante estratégia de mudança com intenção de fomentar transformações no trabalho em equipe, porém nem todos corroboram essa afirmativa, declarando que o programa mais médicos é uma manobra do governo, de caráter eleitoreiro, para desvalorizar ainda mais a AB, mais especificamente a ESF com a importação de médicos e a permanência de problemas como a carência de recursos e a falta de infraestrutura do serviço (LOPES, 2013; SÁ, 2013; CALLEGARI, 2014).

Dentre as controvérsias apontadas, Viana (2015), traz considerações referente a diminuição de custos dos municípios com a substituição de médicos por trabalhadores do programa mais médicos e também sobre a não qualificação profissional dos trabalhadores, afirmando ser um programa exclusivamente voltado para o aumento do número de médicos.

Em outro trabalho, Caramelli (2013), afirma não ser contra a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, contudo se mostra contrário ao programa mais médicos, alegando não ser feito com um critério de embasamento científico, já que os médicos estrangeiros não precisam passar por nenhum tipo de revalidação do diploma, além disso ele também referencia o problema do idioma como uma barreira para esses médicos que aqui atuam. Campos (2013) também se mostra contrário a essa forma de “contratação” dos médicos, a qual não é feita nenhuma revalidação do diploma e ainda é realizado de maneira precária, sem que haja investimento de carreira médica voltado para AB.

Na verdade, é preciso ainda muitas reflexões a respeito da proposta do programa mais médicos e conseqüentemente dos benefícios, desafios e dificuldades quanto as contribuições dessa estratégia em promover mudanças. Porém, não se pode deixar de considerar os relatos atuais dos avanços que essa proposta vem fomentando na AB.

Para acreditar em um trabalho de maneira efetiva nos serviços de saúde da ESF, precisa-se que toda a equipe esteja cada vez mais próxima dos recursos que têm disponíveis para o seu processo de trabalho, como também conheça a organização dos fluxos de encaminhamentos e o acesso aos serviços (BRASIL, 2013a). Sem a ocorrência de mudanças em nível micropolítico do processo de trabalho em saúde, as transformações necessárias não serão efetivas (MERHY, 2006; REIS et al., 2007).

Entende-se como importante investir na formação diferenciada desses trabalhadores, para que durante o período de graduação já estejam empenhados em aprender a trabalhar em equipe (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). Nesse sentido, destaca-se entre os

objetivos do programa mais médicos, a mudança curricular dos cursos de medicina brasileiros em busca da formação de trabalhadores engajados às demandas da AB e que saibam atuar em equipe multiprofissional (BRASIL, 2015a).

Apesar de haver a intenção de promover mudanças curriculares desses trabalhadores envolvidos na ESF, o modelo biomédico ainda é hegemônico em todas as formações de saúde, sendo o ensino ainda pouco voltado para as prioridades da saúde da família e a importância do trabalho em equipe nos aspectos relacionados à organização do trabalho na ESF. Por isso, outra política importante a ser considerada para o fortalecimento do trabalho em equipe é a Educação Permanente, pois conforme afirmam Motta, Buss e Nunes (2004, p. 178) sua implantação e implementação “se dá num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade por novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores”. A educação permanente se desenha como uma proposta que venha proporcionar o crescimento tanto profissional quanto pessoal dos trabalhadores de saúde, promovendo mudanças que viabilizam uma nova forma de organizar o processo de trabalho individual e coletivo.

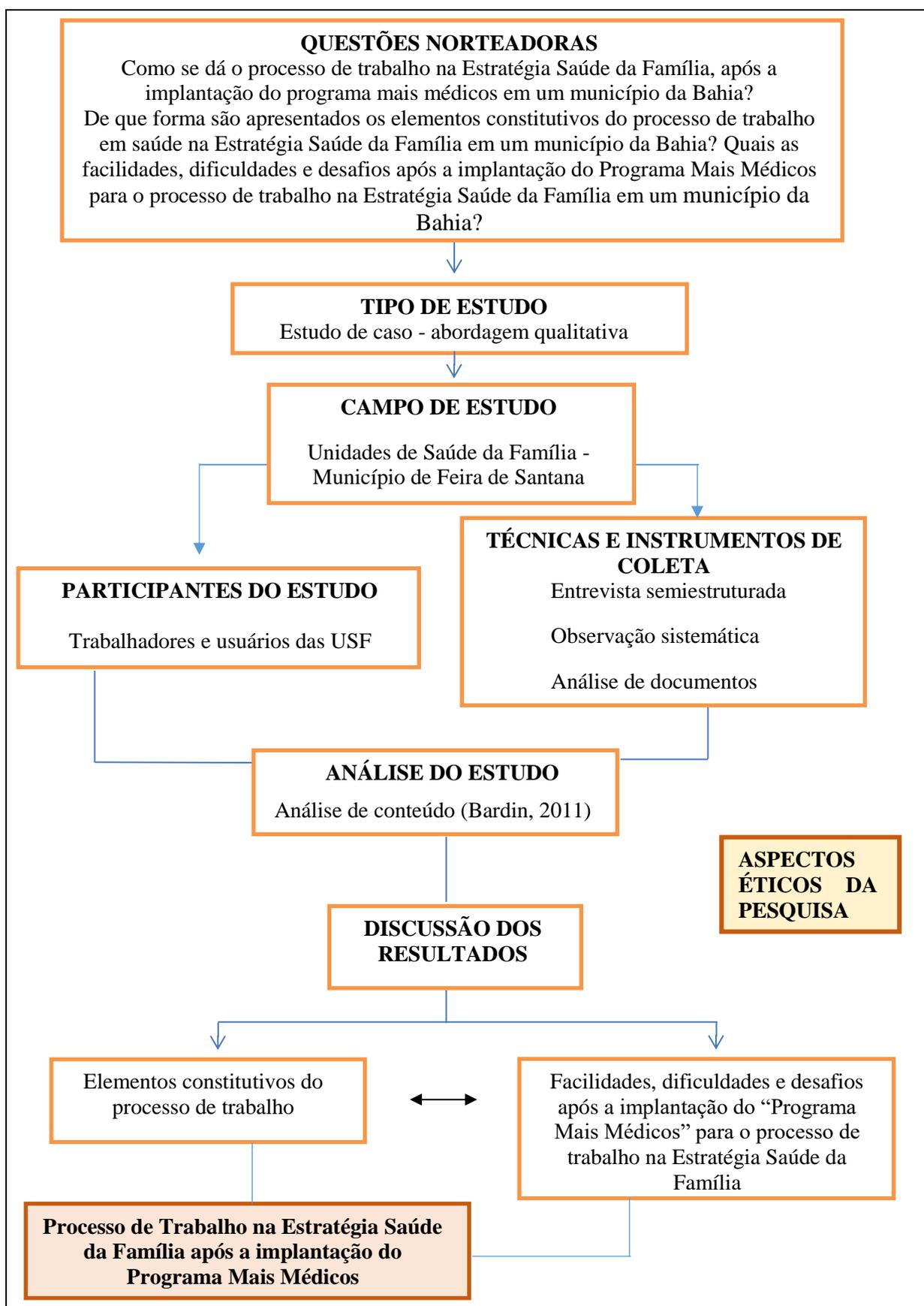
Embora haja algumas medidas para reverter os problemas citados, estas ainda são incipientes diante da complexidade do trabalho na sociedade que tem características de ser fragmentado pela especialização, burocratização, tendendo ao mecanicismo, executado de acordo com normas e rotinas, imbuídos de exigências, às vezes atrasadas ou exageradas que podem, em muitas situações, impedir o trabalhador de saúde de se transformar e de recriar o seu trabalho (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007).

Evidencia-se ainda muitos desafios a serem enfrentados em um trabalho em equipe, portanto, as mudanças exigidas não serão concretizadas enquanto cada trabalhador agir individualmente. É preciso que haja transformações tanto em nível micropolítico quanto macropolítico, através da gestão e da própria formação profissional que se fundamente no SUS idealizado e preconizado na Constituição Federal.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta os passos que foram seguidos para a construção das etapas da pesquisa, a saber: tipo de estudo, campo de estudo, participantes do estudo, técnica e instrumentos de coleta, análise do estudo e aspectos éticos da pesquisa, conforme apresentado no fluxograma 1:

Fluxograma 1 – Desenvolvimento da pesquisa



Fonte: Elaboração própria, 2016.

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa. A opção pelo estudo de caso se justifica dado que serão analisadas especificidades de duas USF, entendendo que essas unidades compõem um sistema delimitado em que as partes são integradas. Apesar disso, esse tipo de estudo não delimita à sua comparação com outros casos (LAVILLE; DIONNE, 1999; STAKE, 2000). Em complemento Yin (2005, p.32) classifica o estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”, pois conforme afirma Martins (2008), por meio deste estudo há um aprofundamento sobre o objeto delimitado que advém de uma imersão ao contexto social, dificilmente alcançado por meio de uma avaliação quantitativa.

Stake (2000) assevera que o estudo de caso busca tanto o que é comum como o que é particular em cada caso e pode evidenciar a natureza do caso, o histórico do caso, o contexto físico, econômico, político, legal etc. Considerou-se o estudo de caso como adequado para este estudo, dado que o objeto de pesquisa “processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa mais médicos” envolve relações complexas, de um fenômeno contemporâneo ainda pouco explorado. Além disso, de acordo com Contandriopoulos e outros (1999, p. 40) “A observação do caso se faz pelo interior [...] O potencial explicativo decorre, então, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise estudadas”.

Por sua vez, o foco de interesse na pesquisa qualitativa é amplo e visa a análise da realidade que não pode ser quantificada, pois se trabalha com universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

3.2 Campo do estudo

O estudo de caso foi realizado no município de Feira de Santana. Trata-se do segundo maior município da Bahia, situado a 110 km de Salvador, a qual se liga através da BR-324. Apresenta, aproximadamente, uma população de 556.642 habitantes (Censo de 2010), uma extensão territorial de 1.337 km² e densidade demográfica de 416,03 hab/km² (IBGE, 2015).

O município possui uma rede assistencial composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, III, Infantil e Álcool e Drogas, Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Saúde Especializado (CSE), Centro de

Referência HIV/AIDS, Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI), Ambulatórios, Policlínicas, Unidades Laboratoriais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Especializados e Hospitais Gerais (DATASUS, 2010).

A AB no município, encontrava-se estruturada com noventa e uma USF, até o período de dezembro de 2015. Das unidades de saúde da família, um total de vinte e uma correspondem a unidades da zona rural e setenta unidades localizam-se na zona urbana; noventa e uma equipes de saúde da família compõem estas unidades e há trinta e sete equipes de saúde bucal.⁴

Sobre o programa mais médicos, o critério de seleção estabelecido pelo município para receber os trabalhadores médicos eram USF que estivessem a mais de sessenta dias sem este trabalhador e USF que fossem consideradas mais distantes, com isso, o primeiro médico do programa foi recebido em setembro de 2013 e desde então até agosto de 2016, atuavam na cidade 25 médicos entre estrangeiros (cubanos e uma mexicana) e brasileiros, distribuídos pelas zonas rurais e também bairros periféricos do município que apresentavam problemas com a permanência do profissional médico nas USF. De acordo com a matéria publicada no jornal Grande Bahia (possui sua sede em Feira de Santana), na data de 10 de agosto de 2016, a responsável pelo programa no município de Feira de Santana concedeu uma entrevista confirmando a pactuação e assinatura do município para garantir a continuidade do convênio com o programa mais médicos na cidade e conseqüentemente ampliar a quantidade de médicos a serem recebidos pelo programa (PROGRAMA..., 2016).

Foram selecionadas duas USF para análise, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: pertencer a zona urbana; possuir equipe completa composta por um médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e técnica em saúde bucal; ter a implantação do “Programa Mais Médicos” na unidade no ano de 2013 (ano em que foi dado início o processo de implantação do programa no País e no município estudado) e que possuíssem apenas médicos estrangeiros, para que pudesse ser identificado as singularidades e especificidades entre os processos de trabalho em saúde tanto do trabalhador individual (médico) quanto da equipe, sem a pretensão de comparar os trabalhos realizados e tampouco qualificar o trabalho desses agentes.

⁴ Informação verbal, obtida pela pesquisadora com uma informante chave da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, no setor correspondente à Coordenação da Atenção Básica em dezembro de 2015.

3.3 Participantes do estudo

A composição da unidade de análise deste estudo contou com trabalhadores de saúde do ensino superior e técnico, vinculados à atenção básica do município de Feira de Santana e usuários cadastrados em uma das USF selecionadas. Assim, foram incluídos intencionalmente na pesquisa um trabalhador de cada categoria profissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal), considerando-se aquele com maior tempo de atuação na USF, respeitando-se o mínimo de seis meses, por entender que tal tempo possibilitaria aos trabalhadores reconhecerem seu processo de trabalho. Sendo, portanto, excluídos os trabalhadores em gozo de férias, licença médica e/ou licença maternidade.

Também foram selecionados usuários de cada USF analisada, sendo estes maiores de dezoito anos, cadastrados desde o período anterior à implantação do programa mais médicos e que tivessem recebido algum tipo de atendimento, pelo menos uma vez nos últimos seis meses. A escolha foi realizada de maneira aleatória, antes das consultas e/ou procedimentos, de acordo com a agenda de atendimento do médico, da enfermeira e do cirurgião-dentista. A seleção dos usuários foi encerrada no momento em que houve a saturação dos dados.

Com isso, foi possível entrevistar 21 participantes, separados em dois grupos: o grupo 1 representado por doze trabalhadores de saúde e o grupo 2 representados por nove usuários das USF. Por se tratar de duas unidades, utilizou-se a letra 'A' e a letra 'B' para diferenciá-las e os números correspondem a ordem em que foram realizadas as entrevistas em cada unidade. A letra "C" é correspondente as entrevistas realizadas com os usuários de ambas as unidades, sendo os números a ordem em que as entrevistas foram realizadas. Tais informações são encontradas nos quadros 1 e 2 e também ao longo do texto de análise.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa – Trabalhadores de saúde (Grupo 1). Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.

ORDEM DA ENTREVISTA	IDADE (anos)	SEXO	FORMAÇÃO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ESF/AB	TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA USF
A1	29	M	Odontologia	5 anos	2 anos
A2*	39	F	Técnica em enfermagem e Serviço social	10 anos	8 anos
A3	31	F	Enfermagem	6 meses	6 meses
A4	34	F	Medicina	5 anos	2 anos e 8 meses
A5	35	F	Técnico de enfermagem e superior incompleto (Enfermagem)	3 anos e 8 meses	3 anos e 8 meses
A6	46	F	Segundo grau completo - ACS	24 anos	17 anos
B1*	59	F	Auxiliar de enfermagem	2 anos	2 anos
B2	30	F	Enfermagem	6 meses	6 meses
B3	43	M	Medicina	19 anos	2 anos e 8 meses
B4	52	F	Técnica de enfermagem	15 anos	9 anos e 6 meses
B5	48	F	Magistério - ACS	18 anos	18 anos
B6	26	F	Odontologia	2 anos e 6 meses	6 meses

Fonte: Elaboração própria, 2016.

*Atua como técnica de saúde bucal

No quadro 1, apresenta-se algumas características dos participantes do grupo 1, totalizando 12 trabalhadores da ESF, sendo dois representantes de cada profissão pertencentes a equipe mínima da ESF juntamente com a ESB, com idades entre 26 e 59 anos. Apenas dois dos trabalhadores pertenciam ao sexo masculino, um em cada unidade. Todos os participantes possuíam acima de um ano de formado, porém somente os médicos informaram possuir especialização em saúde da família/AB, os demais trabalhadores ou não tinham especialização ou ainda estava em curso de formação ou ainda apresentavam especialização em outras áreas.

Sobre a experiência na ESF e atuação na USF pesquisada, apenas as enfermeiras possuíam menor tempo de atuação. Pode-se inferir a dificuldade dessa profissão permanecer tempo maior nas USF, devido ao grande número de demissões bem como de realocação no serviço de saúde, por conta da forma precarizada e terceirizada das contratações.

Em relação à quantidade de vínculos empregatícios: a médica possuía tipo de vínculo como intercambista individual, pelo programa mais médicos e o médico cooperado pelo

seu país e ligado ao programa mais médicos. Os cirurgiões-dentistas possuíam mais de um vínculo empregatício, com a prática de atendimento em consultórios particulares. Apenas os ACS são concursados pela prefeitura do município de Feira de Santana, os demais são todos cooperados.

O quadro 2 apresenta a caracterização dos usuários que participaram da pesquisa:

Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários (Grupo 2). Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.

ORDEM DA ENTREVISTA	IDADE (ANOS)	SEXO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	TEMPO QUE FREQUENTA A USF
C1	42	F	Não alfabetizada – assina o próprio nome	Diarista	Mais de 10 anos
C2	30	F	Ensino Fundamental incompleto	Auxiliar de serviços gerais	12 anos
C3	30	F	Ensino Fundamental incompleto	Dona de casa	Mais de 10 anos
C4	25	F	Ensino Médio completo	Lavadora	5 anos
C5	46	F	Ensino Fundamental incompleto	Dona de casa	10 anos
C6	21	F	Ensino Fundamental incompleto	Dona de casa	6 anos
C7	53	M	Ensino Fundamental completo	Vigilante	7 a 8 anos
C8	50	F	Ensino Fundamental incompleto	Cozinheira	24 anos
C9	55	F	Ensino Fundamental incompleto	Doméstica	3 anos

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Como se pode observar, apenas um usuário foi do sexo masculino; os participantes tinham idades entre 21 e 55 anos; predomínio de participantes com ensino fundamental incompleto e com o tempo que frequenta a USF de pelo menos 3 anos. Sobre a última vez que frequentou a USF o tempo compreendido entre os participantes foi de uma semana a quatro meses.

3.4 Técnicas e instrumentos da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, através de um roteiro previamente elaborado, ocorrendo face a face através do encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto (LAKATOS; MARCONI, 2009). Somado a isso, Minayo (2010), define a entrevista como um instrumento facilitador, pois deste modo é possível identificar a finalidade através da conversa, facilitar a abertura, ampliar e aprofundar a comunicação, com o intuito de apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa.

Desse modo, as entrevistas foram realizadas individualmente, no período de junho a julho de 2016, por meio de roteiros, com os trabalhadores de saúde (APÊNDICE A) e com os usuários (APÊNDICE B), dentro das USF, em sala preservada, onde foi garantido a privacidade dos entrevistados e gravadas utilizando o aparelho eletrônico MP4, não tendo sido registrada nenhuma recusa. A duração das entrevistas realizadas com os trabalhadores variou aproximadamente entre 11 minutos e 73 minutos e com os usuários essa variação ficou aproximadamente entre 5 minutos e 13 minutos. Depois de realizadas, essas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora responsável.

A fim de complementar e reforçar os dados obtidos com as entrevistas, foi realizada também a técnica de observação sistemática (APÊNDICE C), no período compreendido entre junho e julho de 2016 com variação de tempo entre 2 minutos a 1 hora e 30 minutos, a depender do tipo de atividade observada, sendo que as mais rápidas eram realizadas nos momentos de triagem e as mais demoradas em reuniões. Ademais, buscou-se: como os trabalhadores da ESF lidavam com as suas demandas, quais eram os recursos disponíveis e utilizados na sua atuação, para quem era direcionado o seu trabalho e as facilidades, dificuldades e desafios de realização de um trabalho integral entre os trabalhadores que atuavam na USF. Assevera Triviños (2007, p. 153), que “observar naturalmente não é simplesmente olhar”, ou seja, utilizar a observação como técnica é procurar estudar um evento para além de aspectos aparentes, é buscar compreendê-lo em suas contradições e em suas relações (CARVALHO, 2012).

A terceira técnica utilizada, foi a análise de documentos que segundo Richardson e outros (2008, p. 230) busca “estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas”. Além disso, segundo Gil (2002, p. 45) “a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico [...] os documentos [analisados] constituem fonte rica e estável de dados”. Os documentos analisados, mediante roteiro (APÊNDICE D), foram: os ofícios, as atas,

as comunicações internas, os livros de registros compreendidos no período de junho de 2015 a junho de 2016, bem como o relatório anual de gestão (RAG) em 2015, programação anual de saúde (PAS) em 2016 e o plano municipal de saúde (PMS) compreendido entre 2014-2017.

Todo material coletado, encontra-se armazenado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), por período de cinco anos, sendo deletado e descartado após esse período.

3.5 Análise do estudo

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que articula o contexto cultural, psicossocial e os processos de produção de mensagens, bem como relaciona significantes e significados. Para tanto seguiu-se três etapas, a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados:

A primeira etapa, consistiu na ordenação das entrevistas que versa na escolha de entrevistas que possuíam em seu conteúdo elementos que contemplaram os objetivos do estudo. Em seguida, realizou-se a organização dos relatos das entrevistas, das observações e das análises de documentos para início da classificação e interpretação das informações.

A segunda etapa, caracterizou-se pela classificação dos dados, em que foi priorizado a leitura de cada entrevista, anotando as primeiras impressões, buscando identificar as coerências internas das informações, as convergências, divergências e diferenças durante as falas dos entrevistados. Isso foi importante para que não houvesse uma mera exposição das falas ou um desprezo dos achados em campo. Nesse processo classificatório, foram identificadas unidades temáticas, de acordo com o roteiro de entrevista. Para tanto, utilizou-se dois quadros (quadros 3 e 4), sendo o primeiro referente aos trabalhadores das unidades e o segundo sobre os usuários.

Quadro 3 – Síntese das entrevistas dos trabalhadores de saúde, em Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.

Entrevistados	A1	...	A6	B1	...	B6	Síntese Horizontal
Unidades Temáticas							
Finalidade							
Objeto							
Instrumentos/ meios							
Organização do trabalho							
Trabalho em equipe							
Locais de Trabalho							
Facilidades com o programa mais médicos							
Dificuldades com o programa mais médicos							
Produto							
Facilidades do trabalho							
Dificuldades do trabalho							
Síntese Vertical							

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Quadro 4 – Síntese das entrevistas dos usuários, em Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.

Entrevistados	C1	C2	C3	...	C9	Síntese Horizontal
Unidades Temáticas						
Instrumentos/meios utilizados na consulta médica						
Dia típico do atendimento na USF						
Locais de atendimento						
Facilidades do programa mais médicos						
Dificuldades do programa mais médicos						
Facilidades do atendimento						
Dificuldades do Atendimento						
Síntese Vertical						

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A síntese horizontal representa a fala de todos os entrevistados, sobre cada unidade temática, identificando-se as convergências, divergências, diferenças e complementariedades. Já a síntese vertical é referente a fala total de cada entrevistado acerca do objeto de estudo.

Após esta identificação, fragmentou-se as falas dos entrevistados, de acordo com cada unidade temática, contribuindo na construção das categorias de análise:

- Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho
- Facilidades, desafios e dificuldades do “Programa Mais Médicos”

Na última e terceira etapa, os dados passaram por tratamento e interpretação. A interpretação foi realizada por meio de deduções relacionadas aos achados com o referencial teórico.

Na análise, buscou-se as convergências e diferenças, sem desconsiderar as divergências e complementariedades entre as enunciações dos participantes da pesquisa, juntamente com a análise dos documentos e o material coletado durante as observações sistemáticas, considerando os aspectos relevantes de acordo com os objetivos do estudo.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Toda pesquisa que envolve seres humanos possui uma série de implicações éticas e legais, que perpassam pelo campo da Bioética, tais como a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade, portanto necessitam ser contempladas para ter o devido respaldo legal/jurídico. Nesse sentido, o estudo foi guiado pela Resolução nº 466/2012, a qual diz respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Essa Resolução, traz, em seu Art. III os critérios considerados importantes para a realização da pesquisa, são eles:

Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; d) relevância social da pesquisa o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 2012b, p. 3).

Possui como relevância social a possibilidade dos trabalhadores em saúde refletirem sobre os processos de trabalho individuais e coletivos. Além disso, este estudo poderá fomentar novas pesquisas ligadas a esse tema, e possivelmente trazer novas perspectivas na forma de organizar o trabalho em saúde.

Os possíveis riscos estavam relacionados ao constrangimento em responder alguma questão, sendo que os (as) participantes tiveram o direito de não respondê-las, sem que fosse

submetido (a) a qualquer tipo de penalização, bem como, foi respeitado o direito de desistência da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, conforme estabelece a Resolução 466/2012.

Os (as) participantes ainda corriam o risco de serem identificados (as), entretanto, para evitar essa situação não se fez menção às unidades de saúde deste estudo, as entrevistas foram diferenciadas por siglas e números e, além disso, as observações realizadas no ambiente de trabalho não foram identificadas nominalmente.

Não houve remuneração pela participação neste estudo e nem responsabilização dos (das) participantes pelos custos de operacionalização. As despesas do estudo foram de responsabilidade das pesquisadoras. Em caso de possíveis danos aos participantes, comprovadamente causados em decorrência da pesquisa, as pesquisadoras se comprometeram com a indenização. Foi assegurada a privacidade e o anonimato, de modo que os (as) entrevistados (as) não sofressem consequências danosas a sua livre expressão de palavras. Haverá a apresentação final do trabalho nas USF pesquisadas e caso haja alguma informação que gere algum tipo de desconforto, essa não será publicada.

Em relação aos riscos referentes à manipulação dos documentos, a pesquisadora se comprometeu em não tirar fotos e também em não retirar nenhum deles para serem analisados fora do ambiente da USF, bem como não rasurar ou danificar quaisquer documentos.

Assim, o projeto de pesquisa referente a este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), encontra-se aprovado e registrado, sob número do parecer: 1.530.791. Ademais foi enviado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (APÊNDICE E) com posterior autorização para a realização da presente pesquisa (ANEXO A)⁵.

Todos aqueles que participaram da pesquisa foram orientados quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES F e G) e, após suas apreciações e concordâncias, assinaram em duas vias, sendo que uma ficou em posse do entrevistado e outra em posse da pesquisadora para ser arquivado no NUDES/UEFS.

Por fim, as pesquisadoras se comprometeram em encaminhar o relatório final desta pesquisa e apresentar os resultados do trabalho na SMS, como também publicá-los em congressos, simpósios, seminários e em revistas científicas, livros e artigos. Também será

⁵ A pesquisa foi autorizada no período anterior ao envio do projeto ao CEP, porém existiram algumas modificações em relação aos critérios de inclusão das unidades, inclusão dos usuários e de novos documentos a serem analisados. Desse modo, informamos a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (APÊNDICE F), com posterior impressão de nova autorização e alterações devidas, por parte da Coordenação da Seção de Capacitação Permanente (ANEXO B).

enviado um relatório final à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, haja vista ter sido a financiadora desta pesquisa, através do pagamento de bolsa da mestranda.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados desse estudo foram realizadas seguindo os critérios metodológicos apresentados no capítulo anterior. As categorias de análise foram previamente definidas, em função dos objetivos do estudo. Dessa forma, a categoria empírica central deste estudo é o processo de trabalho na ESF, após implantação do programa mais médicos e possui enquanto categorias analíticas: elementos constitutivos do processo de trabalho na ESF; facilidades, dificuldades e desafios encontrados no trabalho em equipe da ESF, após implantação do programa mais médicos.

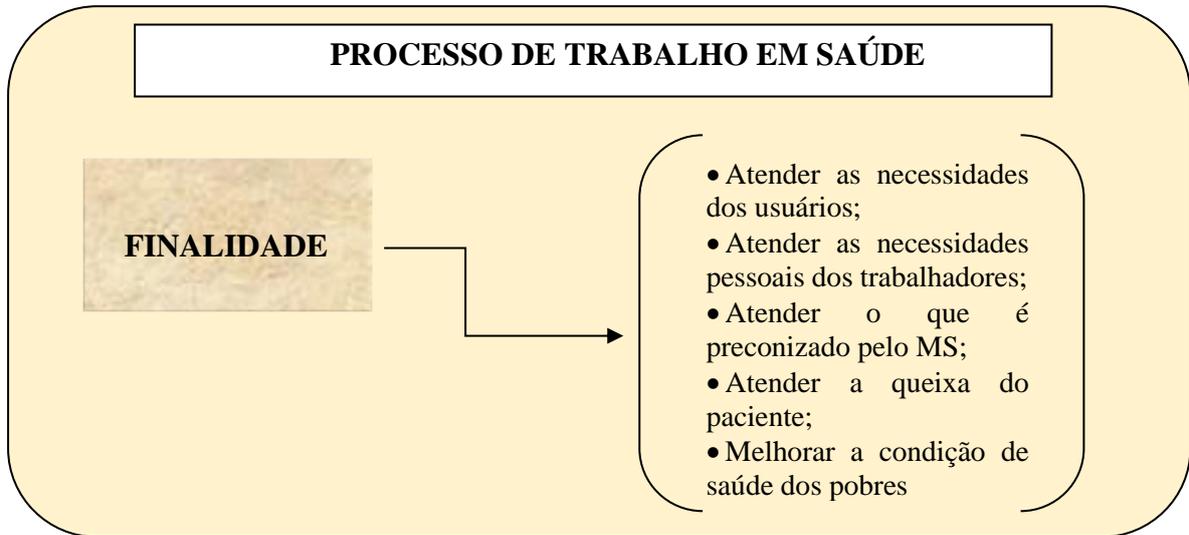
4.1 Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho

Cardoso e outros (2011, p. 1088) contextualizam a singularidade da categoria trabalho no campo da saúde, ao afirmar que:

O objeto de trabalho é a matéria-prima do trabalho, algo reconhecido como passível de transformações para se obter o produto. Ao reconhecer neste algo potencialidades para atender a uma dada necessidade, os trabalhadores operam com instrumentos, recursos para a transformação e obtenção do produto, e ao operar tais instrumentos transformam também a compreensão sobre seu trabalho, assim como as subjetividades produzidas, e seus desejos conformam os modos de agir desses trabalhadores.

Portanto, um dos elementos constitutivos descritos pelos entrevistados foi a **finalidade do trabalho** que pode ser definida como “a razão pela qual ele é feito. Ela vai ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência” (SANNA, 2007, p. 222). Por isso, antes de iniciar as discussões, serão apresentados na figura 1, os principais achados da pesquisa sobre a finalidade do processo de trabalho em saúde:

Figura 1 – Finalidade do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em um primeiro momento, os entrevistados apresentaram a finalidade do seu processo de trabalho como uma relação de interação com a comunidade, conforme as falas a seguir:

Ajudar as pessoas assim de alguma forma. (A2)

Eu gosto de ajudar pessoas que estão precisando, de orientação, um apoio, porque na realidade quando entramos numa casa [...] **somos amigos também e tem pessoas que consegue ter essa facilidade, essa liberdade de conversar com a gente**, o que tá se passando, o que tá sentindo. (B5)

Portanto, é possível evidenciar que ao ter a finalidade do seu trabalho voltado para “ajudar as pessoas”, não é necessário ser um profissional na área de saúde, pois esse tipo de cuidado com o outro fica aquém da perspectiva de buscar a resolução das necessidades socialmente referenciadas pelos usuários. Esse tipo de cuidado, segue uma lógica considerada por Anéas e Ayres (2011) como sendo de cuidado ontológico, que significa a perspectiva do cuidado como algo que todos são capazes de executar, independentemente, de ter ou não uma formação em saúde. Em outras palavras, significa o cuidado doméstico que é peculiar a todo ser humano.

Por sua vez, ao mencionarem que a finalidade do trabalho em saúde é de ajudar o usuário que procura os serviços de saúde, passa uma ideia de benefício, de caridade e não de direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal. Esta visão de trabalho caritativo se configura como um desafio para a transformação dos usuários em cidadãos que possuem direitos (CASATE, CORRÊA, 2005; GOMES et al., 2011)

Conforme observação realizada nas USF, durante as consultas e procedimentos realizados, ainda é frequente visualizar a finalidade do trabalho voltada para aspectos que se ligam ao modelo hegemônico biomédico em que se priorizam as queixas apresentadas pelos usuários que buscam o serviço de saúde e a priorização de serviços voltados para os programas preconizados pelo MS, conforme as falas a seguir:

A Atenção Básica tá focada a tratar, pelo menos, uns 90% das doenças, que seja na prevenção, tratamento ou... a recuperação da saúde [...] mas você sabe que não é todo paciente que se encontra na fase que você possa apoiar na prevenção, então **já alguns deles já são pra mesmo tratar e alguns recuperar aquele estado de saúde que em algum momento perdeu...** (A4)

Atender os programas do Ministério da Saúde, né, as estratégias de saúde da família para promover a assistência de promoção, recuperação e possível tratamento, né, de algumas... de algumas patologias. (B2)

Apesar de apenas B2 informar sobre essa priorização em atender aos programas do MS, em observação realizada nas agendas dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, foi possível identificar essa lógica programática, por meio de consultas previamente agendadas, o que não inviabilizava a realização de consultas de demanda espontânea também. Apenas os cirurgiões-dentistas não estabeleciam o atendimento de acordo com os grupos do MS, a assistência era feita por demanda livre, fortalecendo-se a prática exercida do modelo curativista, cujas demandas surgem de acordo com os problemas apresentados pelos usuários. Além disso, outro desafio pode ser identificado, através das falas de A1 e B1:

A demanda é Espontânea, vão chegando e vão marcando e **quando eu chego, já tem o caderno já com todos os pacientes marcados e já tem as fichas separadas, ela [técnica em saúde bucal] coloca na mesa. Aí eu só faço chamar o prontuário.** (A1)

Vou no livro e olho todos os pacientes que tem marcado [...] vou pro arquivo, pego todas essa 'ficha', vou ver o que precisa nessas 'ficha', o que precisar eu vou 'botando' [...] **preencho todas 'ficha', deixo o dela pra ela preencher, boto tudo em ordem, quando a doutora [cirurgiã-dentista] chega já tô dando todo mundo em ordem,** se tiver paciente idoso, se for hipertenso eu já vou aferir a pressão, se for paciente diabético, vou 'aferir' a glicemia, porque quando ela chega, já tá tudo pronto. (B1)

Chama-se atenção o distanciamento imposto por esses trabalhadores de saúde, que não apresentam um contato prévio com o usuário por meio do acolhimento, voltando seu exercício predominantemente para um modelo produtivista do cuidado que em nada aproxima os usuários aos trabalhadores de saúde. Segundo, Lopez e Wegner (2013) o acolhimento está diretamente ligado ao modo de atuação do trabalhador em saúde e quando este acolhimento não é realizado da maneira correta, aspectos como a empatia, a preocupação e o vínculo com a

comunidade são prejudicados, interferindo também na garantia de realização de um trabalho integral em saúde.

Outra crítica a ser considerada é a falta de iniciativa dos trabalhadores em realizar práticas de saúde para além do que é preconizado, na busca por reverter esse modelo de atenção normatizado e centralizado imposto pelo MS que limita os atendimentos no SUS. A verticalização e a excessiva padronização acabam por desconsiderar as reais necessidades de saúde dos usuários. Para Tesser e Sousa (2012) o serviço de saúde deve orientar suas ações não só em técnicas uniformizadas, mas principalmente envolver tanto a subjetividade dos usuários como também a dimensão relacional dos trabalhadores de saúde em busca da consciência para além de questões epidemiológicas e saberes clínicos.

Fertonani e outros (2015), identificam avanços para a mudança do modelo de atenção, através da ampliação do acesso aos serviços, cuidados domiciliares, saúde da criança, mulher, idosos, porém a implementação dessas propostas e políticas ainda sofrem grandes dificuldades devido a lógica predominantemente produtivista e hierarquizada. Pensa-se que é necessário o estabelecimento de um projeto político-ideológico, com a participação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca por um sistema em que a promoção da saúde seja o cerne do SUS.

Muito embora alguns entrevistados neguem a doença como finalidade do seu trabalho, os depoimentos a seguir, contradizem essa afirmação. Ou seja, ainda que subliminarmente, a ideia de tratar a doença é destacada nos discursos.

Eu trabalho pensando **não só em tratar a doença, mas como forma de prevenção**, na parte de orientação, prevenção... então é: **promoção, prevenção e recuperação da saúde da minha comunidade.** (A3)

Quando você atende algum paciente, **tem que não só focar na doença que ele apresenta ou o que ele vem.** (B3)

O conceito de saúde, de maneira ampliada, não é visto como a simples ausência de doença, desse modo, faz-se necessário considerar os aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos, entre outros. Apesar da entrevistada A3 ter trazido esta ampliação sobre o conceito de saúde, as observações realizadas durante as consultas, apresentaram-se de maneira divergente, pois foram encontradas ações predominantemente voltadas para a prática curativa e individual de prevenção de doenças havendo assim, um desencontro daquilo que se fala enquanto finalidade do trabalho e o que realmente está sendo feito, corroborando-se a achados encontrados nas pesquisas de Pereira R. (2011), cujo objetivo era analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro e de Baralhas e Pereira

(2011) sobre a identificação das representações elaboradas pelos ACS acerca de suas práticas, em um município do interior paulista. Vale ressaltar que essa relação do processo saúde-doença, ainda é considerada um paradigma a ser superado pela ESF.

Em complemento, B3, caracteriza que “o trabalho primordial, principal, é a **prevenção**” em reforço ao enfoque considerado pelos trabalhadores à doença, pois ao considerar o trabalho preventivo, suas ações estão centradas em evitar doenças e não em promover saúde. Observou-se que as atividades desenvolvidas nos consultórios eram muito mais voltadas para a queixa-conduta e a prevenção de doenças, com momentos pontuais de orientações individuais relacionadas ao problema pelo qual o usuário tivesse procurado o serviço. Com isso, corrobora-se Fausto e Matta (2007, p. 64), quando afirmam que “as ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista”, onde são priorizados os procedimentos em detrimento das reais necessidades de saúde da comunidade assistida.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), a importância em considerar a promoção da saúde no processo de trabalho das USF está em promover ações integradas e intersetoriais que envolvam não só os trabalhadores, mas também os usuários e os gestores da AB que passarão a reconhecer esta prática de maneira mais horizontal, com o estabelecimento de metodologias participativas. Utilizar métodos de promoção da saúde pode interferir positivamente no cuidado com o usuário e conseqüentemente no processo de trabalho dos trabalhadores. Somado a isso, Alves e Aerts (2011) acreditam que a partir do desenvolvimento de uma prática voltada para a promoção da saúde, os usuários poderão ampliar e fortalecer suas capacidades de escolha na ESF, em relação a opções mais saudáveis e benéficas para o seu cuidado em saúde.

Conforme afirmam Medina e outros (2014, p. 80), é preciso avançar em pesquisas que “explorem as razões pelas quais ainda estejamos neste patamar, depois de quase 25 anos de SUS, quase 23 anos de implantação do Programa Saúde da Família / Estratégia Saúde da Família e 11 anos de publicação oficial de uma política nacional de Promoção da Saúde”. Em trabalho realizado por estes autores, cujo objetivo foi descrever as práticas educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da família de diferentes regiões do País, utilizando como fonte os dados produzidos pelo PMAQ-AB, encontraram resultados que demonstraram poucas atividades desenvolvidas com o propósito de promover saúde. Apesar dos relatos, dos trabalhadores, sobre a realização de ações educativas de promoção da saúde, os valores referentes a comprovação destas atividades foram muito baixos (MEDINA et al., 2014).

Ao analisar os cadernos de registros de atividades que são desenvolvidas pelos trabalhadores das USF, foi possível identificar a grande quantidade de atividades de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas não pela equipe de saúde da família, mas pela equipe do NASF. Tal fato pode ser justificado devido à falta de articulação e de planejamento conjunto entre as equipes da ESF e do NASF. Por meio de observação realizada durante uma das reuniões com a equipe de saúde da família e alguns membros da equipe do NASF, a médica pontuou a importância de ter maior contato com a equipe do NASF, pois segundo ela, era a primeira vez que realizavam uma atividade juntos. Foi possível identificar que tais ações fragmentadas e desarticuladas do trabalho da equipe de saúde da família com a equipe do NASF também foram encontradas na pesquisa de Andrade L. e outros (2012), sobre compreender e analisar as causas de desarticulação de conhecimentos e serviços entre as equipes da ESF e NASF.

Somado a isso, Medeiros e outros (2011, p. 322) afirmaram que apesar de existirem diferentes trabalhadores nos serviços de saúde da AB, esta “só poderá construir uma prática inovadora a partir do compartilhamento de agendas, construção de novas agendas integradas com o intuito de viabilizar uma melhor assistência à saúde dos usuários dos serviços, e criando os vínculos necessários para efetivação de uma prática multiprofissional”. Por isso, deve-se existir a articulação entre as equipes para que possam ser aprimoradas a organização do trabalho em saúde e conseqüentemente a organização das ações desenvolvidas à comunidade para contemplar e atender aquilo que se preconiza a ESF, por meio de iniciativas que divulguem e promovam essa estratégia.

Pode-se inferir também que sofre influências da organização estabelecida pelos trabalhadores no processo de trabalho, bem como a formação universitária muitas vezes voltada para ações curativas em detrimento de ações de promoção e prevenção à saúde (MORETTI-PIRES, 2009; MEDEIROS et al., 2011; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012; TRINDADE; PIRES, 2013). Sobre a pós-graduação, somente os médicos, apresentavam especialização em saúde da família/AB, realizada pelo programa mais médicos, o que também pode justificar em parte as ações da grande maioria dos trabalhadores voltadas para a prática hegemônica do modelo biomédico.

Um outro aspecto, a ser destacado é a ênfase na produtividade de procedimentos/atendimentos dada pela gestão municipal. Isto pode levar a uma “desvalorização” das atividades de promoção da saúde, gerando um trabalho mais pontual em cima de problemas já existentes, conforme apontam A4 e A6.

Existe um tempo determinado pra falar, para conversar, para dar um atendimento, então não... infelizmente, né, embora eu deseja dar o meu atendimento, não posso, né. (A4)

Porque a gente é mais papel, só dados... é a cobrança de dados em todos os ‘sentido’ [...] os ‘agente’ e com a unidade também... é muito ‘dados’, muitos papéis, só cobrança. (A6)

Diante desta dificuldade, B2 complementa a ideia ao dizer “**não adianta você fazer uma consulta só pra poder ter quantidade e não fazer a qualidade do atendimento**”. A entrevistada B2 reconhece a importância da valorização de uma conduta para além dos números exigidos de atendimentos, pensando em um trabalho que também considere a subjetividade que existe entre usuários e trabalhadores e assim se aproxime às propostas de humanização do trabalho. Segundo Merhy (2007), deve existir uma combinação pautada em atender as necessidades dos usuários e a lógica da produtividade do serviço, no entanto, a finalidade principal deste trabalho em saúde é agir em defesa da vida, tanto no aspecto individual quanto no aspecto coletivo da comunidade.

Nesse sentido, infere-se que o fato de haver esse foco da gestão municipal com a produtividade, faz com que os trabalhadores apresentem dificuldades de desenvolverem o seu trabalho na perspectiva integral do cuidado com a comunidade e até mesmo prejudique na dimensão relacional entre trabalhador-usuário. Além disso, ter uma perspectiva produtivista e de metas no cuidado dificulta o próprio trabalho em equipe, tornando este trabalho fragmentado e mecanicista, assemelhando-se ao modelo de administração taylorista do trabalho, cujo enfoque está justamente na fragmentação e na subordinação às condições de trabalho impostas do serviço. A perspectiva do controle exacerbado para a prestação de contas do trabalho não deve passar a ser a finalidade principal de atuação dos trabalhadores da ESF.

A entrevistada B6, em continuidade a um atendimento direcionado para a doença e em recuperar o corpo adoecido, reforça a ideia de um trabalho voltado para a resolução de problemas em detrimento ao conceito de produção do cuidado em saúde:

Teoricamente a estratégia de saúde age na prevenção, né, que a gente... teoricamente o projeto é pra isso, mas só que acaba acontecendo, na verdade, que a gente pouco consegue fazer... instruir os pacientes quanto a prevenção, independente da idade [...] A gente atua realmente na sintomatologia do paciente, paciente chega aqui com um sintoma e a gente vai cuidar desse sintoma. (B6)

Para a entrevistada B6, apesar de reconhecer a importância da prevenção na assistência, sua prática ainda se configura de maneira contraditória ao proposto pela ESF que deveria priorizar também ações de promoção à saúde e não apenas ações de queixa-conduta.

Observou-se que os trabalhadores apresentaram certo confundimento entre os termos “prevenção” e “promoção”, configurando-os como termos iguais, por isso é preciso a compreensão sobre a diferença existente entre estes termos. O primeiro está voltado para combater situações de risco, advindas de sintomas encontrados na comunidade, sendo realizadas, portanto, ações normativas para a mudança de hábitos (inclusive considerando os programas de saúde, propostos pelo MS), seu foco está na doença. A segunda, refere-se a ações desenvolvidas para a conquista não só do bem-estar físico, mas também relacionadas a questões sociais de vida, por isso não devem ser consideradas apenas ações técnicas do trabalho para conhecer o funcionamento das doenças (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Em pesquisa desenvolvida por Pires V. (2007), cujo trabalho foi investigar sobre a integralidade do cuidado no processo de trabalho de equipes de saúde da família em um município baiano e na pesquisa realizada por Rios (2015) que teve como um dos objetivos discutir o processo de trabalho da equipe de saúde da família para a resolubilidade da atenção na ESF no município de Feira de Santana-BA, identificou-se trabalhadores reconhecendo a importância da promoção em saúde em sua prática cotidiana, porém sem tê-las como prioridade na assistência prestada à comunidade.

Nesse sentido, romper com o modelo biomédico tem sido um dos maiores desafios do SUS, por isso é preciso que haja intervenções sobre essa forma de pensar, de agir e de formar os trabalhadores, fazendo mudanças para que o trabalho seja desenvolvido não só na perspectiva individual e entre os trabalhadores, mas que ele enxergue o usuário também enquanto parte integrante do seu processo de trabalho, buscando-se uma nova forma de atuação e reconhecimento por parte da comunidade em relação às ações de prevenção e promoção do cuidado em saúde (RODRIGUES; ARAUJO, 2008). Na verdade, deve-se considerar o ser humano em sua forma singular e não só com foco na doença, priorizando ações que busquem melhorias e avanços nos serviços de saúde.

Com isso, as falas de A4 e A5, apresentam como finalidade do seu trabalho ações que busquem esses avanços e melhorias, por meio do acolhimento aos usuários.

A finalidade, assim... Acolher a essa população, **acolher a população** onde estou trabalhando, conhecê-la. (A4)

Eu tento pegar, tipo assim, uma amizade, interagir mais com as ‘criança’ [...] então **mostrar também a humanidade pra elas** [mães] [...] **passar segurança, conforto pra elas.** (A5)

Ao acolher e passar confiança, os trabalhadores poderão estabelecer o vínculo com os usuários, além de ampliar a resolutividade frente aos problemas socialmente referenciados.

Cecílio (2009, p. 119) destaca que a criação de vínculos é “mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa; significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”.

Segundo, Junqueira (2010), a existência da confiança consolida a relação a ser estabelecida entre usuários e trabalhadores para que possa ocorrer a recuperação ou a manutenção da saúde, com o auxílio (quando necessário) de outros trabalhadores seja da atenção básica ou por meio de referência em outros serviços de complexidade. Desse modo ao exercer o cuidado com responsabilização dos trabalhadores da ESF, é possível concluir que o seu objetivo é atender as demandas, bem como tentar resolver os problemas dos indivíduos, buscando meios de encaminhá-los (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Por outro lado, também foram encontradas nas falas de A6 e B4, a finalidade do trabalho voltada para as necessidades individuais e pessoais, ao referirem:

Eu trabalho pra que mesmo? [risos] que pergunta... Bom, **pra uma melhora de vida, né, tanto minha, porque também eu me realizo como pessoa, como a comunidade.**
(A6)

No caso, eu trabalho... **pra suprir necessidades básicas minhas, né, da minha família e tal.** (B4)

É possível compreender a importância do trabalho como parte significativa na vida dos trabalhadores. Durante a entrevista, A6 e B4, não configuraram a finalidade do seu processo de trabalho apenas voltado a necessidades pessoais, ainda assim consideraram importante este aspecto, assumindo uma resposta central a essa pergunta enquanto potencializadora, em termos de arrecadação financeira, para a sobrevivência pessoal. Assim, pode-se inferir que essas trabalhadoras, acabam sendo induzidas pelo trabalho ao modo capitalista de produção que segundo Antunes (2009) consiste em uma importante forma de organização em que não só os trabalhadores, mas todos os seres humanos acabam por se adaptar. Com isso, obtém-se trabalhadores alienados que se sujeitam a condições precárias de trabalho em troca de acumulação do capital.

Por isso, é preciso certo cuidado sobre esse olhar individualizado relacionado a finalidade do trabalho, pois, conforme afirma Azambuja e outros (2007), os trabalhadores tendem a ter uma postura de submissão ao capital e muitas vezes por não ter a opção de escolha de onde trabalhar, enxergam o seu trabalho apenas como algo para suprir suas necessidades pessoais, perdendo assim a consciência e o real significado e finalidade do trabalho para a comunidade a qual presta serviço.

De maneira complementar aos aspectos pessoais, os trabalhadores A5, A1 e A2 referenciam a importância de adquirir o conhecimento no dia-a-dia do trabalho, por meio das falas:

[Adquirir] conhecimentos na minha profissão, porque eu gosto da área e tento fazer o melhor. (A5)

Aprender mais com pacientes, com diferentes comunidades. (A1)

É bom, né, pra gente que a gente tem conhecimento, né?! O dia-a-dia como é realmente, né, a verdade do SUS, né, a realidade do SUS, o que é. (A2)

Tais aspectos pessoais não trarão benefícios apenas ao trabalhador, mas também à equipe da ESF e a própria comunidade, pois através da busca por novos conhecimentos e por novas maneiras de intervenção fomentarão no serviço o aprendizado individual e/ou coletivo de maneira efetiva. É preciso considerar o conhecimento do trabalho em saúde não só por meio de estudos de casos hipotéticos, mas através de experiências vivenciadas e adquiridas no dia-a-dia do trabalho.

Baseando-se em Ceccim (2012), construir o conhecimento, no trabalho em saúde, corresponde a considerar diferentes formas de aprendizagem por meio de situações reais, novas informações e conhecimento sobre o local de atuação que poderão informar sobre as necessidades sociais em saúde da comunidade por meio do desenvolvimento de competências de um trabalho vivo em ato, a partir da relação com o usuário e/ou com outros trabalhadores de saúde.

De modo diferente aos demais trabalhadores, A1 apresenta como finalidade do seu trabalho o desenvolvimento de atividades que se configuram para **“melhorar a condição do paciente e da população mais carente que não tem acesso ao tratamento mais qualificado... particular, né?!”** (A1), ou seja, a perspectiva do “SUS de pobres para pobres”. O mesmo entrevistado complementa: **“como ele [usuário] não tem condição de pagar em outros lugares, ele procura a gente aqui, ele é muito bem atendido”**.

A partir desta interpretação, em que A1 afirmou existir tratamento qualificado apenas em serviços particulares, remete-se a um pensamento de que o SUS seria direcionado apenas à população mais carente, o que segundo Paim e outros (2015, p. 47) significa dizer: “para quem não tem nada ou muito pouco, parece que qualquer coisa serve. Assim, prevalece a concepção de um sistema de proteção social residual, baseado na assistência dos que não podem resolver seus problemas no mercado. Bastaria, assim, uma medicina simplificada para gente simples”. A ESF ainda é vista por alguns como uma estratégia que visa atender as necessidades de uma população mais carente, com características de trabalho pouco qualificado e com uso

de baixas tecnologias que buscam o baixo custo do atendimento (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Também é possível encontrar nessa fala, resquícios do pensamento de Estado Mínimo, que surgiu a partir da década de 90, tendo em vista a focalização de ações da ESF para os mais pobres (FAGNANI, 2011). Segundo Bresser Pereira (2001), essa prerrogativa nunca teve apoio político em ver o Estado realizando ações apenas de maneira compensatória para o SUS e especificamente para a ESF. No entanto, nos últimos anos o que se vê são ataques constantes ao SUS, contra o direito universal à saúde e as privatizações dos serviços em nome de interesses capitalistas na área da saúde pública (BRAVO; CORREIA, 2012; CAMPOS G. et al, 2016).

Cabe então dizer, que apesar da crítica em relação a fala de A1, o modo como esse trabalhador reconhece e realiza o seu exercício profissional dentro da ESF, pode estar vinculado, em grande parte, às concepções que perpassam o modelo assistencial sob o qual o serviço está organizado, bem como as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano do processo de trabalho das equipes. Por isso, é preciso enfrentar esse limite estabelecido para que sejam realizadas estratégias que visem o avanço de um modelo assistencial cuja finalidade seja atender as necessidades de saúde de todos aqueles que procuram o serviço, sem distinção de classe social, gênero ou raça, por meio de uma rede integrada de serviços que funcione de maneira articulada a uma atenção continuada e que se busque constantemente a defesa por um serviço de qualidade, não só pelos trabalhadores, mas também por parte da comunidade e dos gestores.

Diante do exposto, Fortuna e outros (2005), afirmam ter diversas maneiras para que a equipe atenda os objetivos e finalidades de suas ações em saúde, sejam elas de uma maneira pontual sobre uma queixa ou até mesmo por meio da identificação das necessidades dos usuários. Contudo, o que irá diferenciar serão os motivos que levarão esses trabalhadores a agir de determinada forma, seja pelo salário que recebem, por ajudar a população ou porque faz parte da sua atividade dentro do contexto da ESF. Portanto, ao se referir a finalidade do trabalho em equipe, deverão ser levados em consideração não só os aspectos coletivos, mas também os individuais que muitas vezes não são compartilhados entre a equipe e por isso precisam ser conversados para que mudanças aconteçam na comunidade e também aos trabalhadores que ali atuam.

Nesse sentido, a relação estabelecida entre trabalhador/objeto de trabalho e trabalhador/trabalhador definirá o tipo de finalidade executada na ESF, ao considerar: a subjetividade das práticas de saúde e também a organização do próprio processo de trabalho, por meio de vínculos estabelecidos entre trabalhador-usuário; do trabalho em equipe voltado

para a integralidade da atenção à saúde e até mesmo de trabalhos voltados para atender necessidades pessoais de cada trabalhador. Segundo Mendes Gonçalves (1994), existe uma relação dialética estabelecida pelos trabalhadores de saúde sobre a finalidade do seu processo de trabalho que deve estar pautada nas necessidades de saúde da população e no modo de organização do serviço. Por isso, é preciso destacar que o cerne da finalidade do trabalho dos trabalhadores de saúde envolve tanto relações entre os trabalhadores da equipe de saúde da família quanto desses trabalhadores com os usuários, para que juntos consigam desenvolver a integralidade da assistência em saúde.

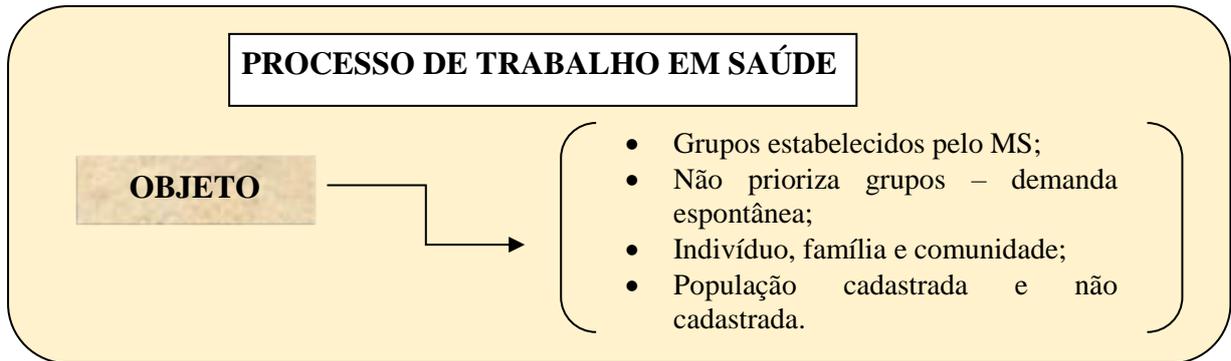
Em resumo, foi possível identificar os seguintes achados para os entrevistados sobre o que consideram ser a finalidade do seu trabalho: ajudar as pessoas, construir vínculos e realizar o acolhimento com os usuários; ir além do tratamento de doenças, considerando a promoção, prevenção, recuperação e o tratamento de doenças; atendimento às demandas do MS, por meio dos programas pré-determinados para a ESF; valorização pela produtividade dos atendimentos, ocasionada pela própria formação universitária e cobranças de produtividade promovidas pela gestão municipal; a finalidade do trabalho voltada para as necessidades individuais e pessoais (financeiras e de conhecimento); e a finalidade de melhorar a saúde de usuários pobres que não têm condição para realizar um tratamento particular.

Conclui-se que apesar da vinda dos médicos estrangeiros para o contexto da ESF, advindos de países, cujo sistema de saúde é voltado predominantemente para a produção do cuidado, a finalidade do trabalho da equipe, conforme representada nas falas dos entrevistados, é voltada para o atendimento do corpo adoecido. Essa lógica, é própria do sistema capitalista que visa a recuperação desses corpos para manutenção da força de trabalho.

Pôde-se observar durante a coleta de dados, a adaptação dos trabalhadores médicos a um serviço já consolidado e estruturado a seguir e priorizar a lógica da produtividade em detrimento de ações voltadas para a promoção da saúde. Conclui-se que um trabalhador não consegue modificar por si só essa lógica de organização da equipe de atenção à saúde que é realizada, de maneira predominante, em todo o País e que antecede a criação do SUS. Apesar dos avanços advindos com o programa mais médicos na ESF, a finalidade do trabalho em saúde ainda é um paradigma a ser enfrentado nos espaços macro e micropolíticos do SUS.

Sobre o objeto de trabalho em saúde que está relacionado àquilo que se quer transformar, pode-se dizer que a depender de onde se atua, existirão diferentes formas de pensá-lo. Apresenta-se na figura 2 os principais resultados desta pesquisa:

Figura 2 - Objeto do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Neste trabalho, a convergência entre a maioria dos trabalhadores foi priorizar os programas ministeriais do governo, enquanto objeto de trabalho em saúde. As USF seguem orientações do município sobre a organização do serviço baseado em grupos pré-determinados, conforme estabelecem as portarias e políticas do MS, com serviços voltados para grupos da comunidade que são identificados como grupos de risco, conforme referem B2, A6, A1, A5 e A4:

Pessoas: adultos, jovens, crianças e gestantes, idosos, homem ou mulher, porque os programas eles são divididos justamente pela faixa etária e/ou sexo, no caso: saúde da mulher, saúde do homem, idosos que têm hipertensão e diabetes são grupos, né, grupos de gestantes, grupo de puérperas, grupos de crianças de 0 a 5 anos, adolescentes. (B2)

Temos gestante, idosos, hipertensos, diabético, que é o grupo que assim... que mais... ah tem adolescente também, tá, que é assim que é mais focado na unidade são esses 'grupo'. (A6)

Crianças, geralmente de uns 3 a 10 anos, são pacientes idosos, hipertensos, diabéticos também têm... Idosos têm bastante... Só isso... Gestantes também. (A1)

Mais idosos e as crianças [...] as gestantes também são maioria aqui também. (A5)

São os grandes grupos, mas seguindo todas essas diretrizes, né, saúde do homem, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, atingir doenças negligenciadas, né, essas coisas. (A4)

No entanto, ao se ter uma prática voltada predominantemente para os programas ministeriais em função dos grupos populacionais prioritários, faz entender a lógica de um processo de trabalho voltado muito mais para ações de uma prática produtivista que dificulta um espaço de reflexão do cotidiano para os trabalhadores e para os usuários, pois conforme afirmam Chagas e Vasconcellos (2013), os usuários se submetem a ofertas de serviço disponíveis que não são levados em consideração as reais necessidades deles que, ao

procurarem o serviço de saúde, esperam ter seus problemas resolvidos independentemente do dia de determinado programa.

Entende-se, que os trabalhadores não consideraram o corpo socialmente referenciado como objeto de trabalho, limitando-se o atendimento a priorizações de programas voltados para hipertensos, diabéticos, recém-nascidos, gestantes, como também situações de agravo a saúde relacionados à vigilância, vacinas, tuberculose, entre outros (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007). Somado a isso, Silva Júnior e Alves (2007), acrescentam o fato desses programas ministeriais terem um caráter muito mais prescritivo e normativo, tendo como foco questões epidemiológicas e clínicas, tornando a atuação dos trabalhadores da ESF verticalizada baseada em indicadores, em detrimento ao acolhimento e a escuta de problemas pontuais da comunidade.

Enquanto a priorização do objeto de trabalho se resumir a programas ministeriais, esses trabalhadores enfrentarão dificuldades em avançar em seu processo de trabalho, pois com atuações pré-definidas pelos programas do governo, dificilmente haverá uma mudança de atendimento sobre as reais necessidades de saúde da população atendida.

Para justificar a divisão estabelecida por grupos prioritários de atendimento, A4 acrescenta que esta serve para organizar o seu trabalho: “eu formei assim os seguintes grupos, não porque sejam fechados ou ninguém possa entrar fora desses grupos, mas **pra levar uma maior ordem, um maior controle**”.

Embora apenas A4 tenha referenciado a divisão por grupos prioritários para a organização do seu trabalho, durante o período de observação, foi possível identificar situações em que apesar de existirem as consultas programadas para determinado tipo de programa nas agendas dos trabalhadores, a busca dos usuários pelo serviço com suas demandas variadas, na grande maioria das vezes, não inviabilizava o atendimento, independentemente de ser urgência ou não. Nos casos em que os usuários buscassem o atendimento para encaminhamentos ou atualização de receitas médicas e não houvesse a possibilidade de troca no dia, as auxiliares administrativas conseguiam encaixar estes usuários no decorrer da semana ou até no mesmo dia em outros horários. Nesse sentido, os trabalhadores conseguiam estabelecer uma integração adequada entre as ações programadas preconizadas e as ações de demanda espontânea.

Em contrapartida, B6 assevera não ter o foco de atendimento para grupos específicos: “**não tem um... uma linha de seleção de pacientes...** a gente atende criança, adulto, gestante [...] **a gente não tem o foco de um... uma pessoa assim... específica**”. Foi possível observar que essa trabalhadora exercia sua função, sem estabelecer grupos prioritários e, portanto, realizava todos os seus atendimentos em formato de demanda espontânea. A

priorização de atividades voltadas apenas para a demanda programada ou apenas para a demanda espontânea traz prejuízos tanto para os trabalhadores (que podem de alguma maneira enfrentar sobrecarga no trabalho), quanto para os usuários (que podem não conseguir ter suas necessidades atendidas).

É possível perceber alguns fatores que podem estar relacionados a essa sobrecarga de trabalho, alguns inclusive percebidos pelas observações realizadas, como a ausência de materiais, a falta de articulação de um trabalho em equipe e a ausência de acolhimento. Sobre o acolhimento, se fosse desenvolvido de maneira adequada, ultrapassando-se a ideia de triagem, poderiam evitar o direcionamento prioritário dos atendimentos, principalmente os de demanda espontânea, para o médico, conforme relatado nas falas a seguir:

Uma demanda agendada, uma demanda espontânea e as urgências, né, geralmente são demandas espontâneas, tem muito a ver com as urgências é... então... geralmente o procedimento é assim: chega o paciente, né, dizendo que tenha agendado ou que esteja pedindo o atendimento no dia, né, aí... teria que passar por uma triagem [...] porque assim, a unidade, como volto a dizer... **a solicitação principal é com o médico, mas há muitas dessas situações que podem ser resolvidas pela enfermeira ou mesmo outras circunstâncias que podem ser resolvidas pela técnica de enfermagem, pelo dentista.** (A4)

A gente primeiro faz a avaliação do paciente, **fala com ela [médica], se é emergência ou se pode esperar e aí ela decide...**se ela vai atender naquele momento ou se a pessoa pode voltar no outro dia [...], porque **a comunidade ela vem muito atrás do médico, ela precisa do médico.** (A5)

Essa valorização pelo trabalho médico, pôde ser encontrado em relatos apresentados no trabalho de Pereira R. (2011), sobre o trabalho multiprofissional na ESF em um município do Rio de Janeiro, onde a consulta médica era a priorização da população na busca pelo serviço de saúde. Nos trabalhos de Chagas e Vasconcellos (2013) referente a análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco no Acre e de Souza M. e outros (2014), sobre as necessidades de saúde e produção do cuidado em uma USF, foram encontrados trabalhadores que indicaram o desenvolvimento das ações centradas na figura do médico.

Em estudo realizado por Scherer, Pires e Jean (2013), acerca da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família, esta relação de poder estabelecida com a priorização do trabalho médico era vista como dificuldade no desenvolvimento do trabalho, pois a decisão final sempre era direcionada a este trabalhador, desvalorizando assim os demais membros da equipe. Em divergência ao que foi encontrado nesta pesquisa, Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) em estudo sobre as relações de poder na equipe multiprofissional da ESF, apresentaram que o médico se considerava a figura central dos serviços desenvolvidos na ESF, avaliando seu status como superior aos demais

trabalhadores. Tal achado, não corrobora a fala de A4, em que esta considerou outros trabalhadores para a resolução de problemas, não se restringindo a tomada de decisão apenas para si.

Outros trabalhadores referiram sobrecarga no trabalho, ultrapassando o número de procedimentos definidos pela SMS, como uma tentativa de facilitar o acesso à comunidade:

Eu sei que eu dou mais atendimentos dos que eu tenho que dar... você já olha aqui a folha, pedindo certo número de atendimentos, mas eu dou a mais. (A4)

Eu tento marcar doze em cada sessão e cinco emergências em cada sessão, são dezessete pacientes de manhã e dezessete de tarde que estão **por cima da média que solicita a Secretaria, mas com esse bairro é um pouquinho mais é... superlotado, então, tentamos ajudar a população.** (B3)

A gente, às vezes, até faz mais do que deveríamos fazer, mas eu não reclamo por isso. Se a gente for fazer... seguir só mesmo o padrão que é pra fazer...não vai funcionar e não funciona. (B5)

Alguns autores apontam que o acolhimento deve ser utilizado como ferramenta importante na construção de uma organização do serviço em equipe e na ampliação do acesso aos atendimentos ofertados pela ESF (ASSIS et al., 2010; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; AMORIM et al. 2014). Diante da falta de acolhimento nas USF pesquisadas, os trabalhadores acabaram apresentando sobrecargas nos atendimentos realizados, portanto, notou-se ser preciso a reorientação do processo de trabalho em saúde em que os trabalhadores possuam maior senso crítico para a realização dos atendimentos, considerando a vulnerabilidade dos usuários para que executem uma prática competente, resolutiva e sem sobrecargas, com consequente ampliação do acesso à ESF.

É importante considerar que é preciso modificar a lógica de ações voltadas, em sua maioria, para a demanda espontânea que não sejam de urgência/emergência, pois essas ações fazem com que os usuários não reconheçam a proposta da ESF que é promover saúde e não apenas tratar doenças. Do mesmo modo, essa lógica também dificulta o processo de trabalho dos trabalhadores, que por muitas vezes priorizam atividades de caráter imediato e pouco resolutivo, conforme identificado na fala de A3 “eu vou atendendo conforme a demanda, os pacientes agendados, demanda espontânea, o que vá aparecendo durante o dia que isso aqui também é uma caixinha de surpresa, **volta e meia aparece alguma coisa então a gente vai fazendo de acordo com a demanda.**”

Com isso, corrobora-se Santos N. (2013, p. 165), cujo um dos objetivos de seu trabalho era identificar os dispositivos facilitadores e limitantes para a integração da rede de serviços de saúde e coordenação dos cuidados por equipes de saúde da família:

O desequilíbrio entre demandas programadas e espontâneas corroboram práticas distantes de uma APS forte, contribuindo para o não reconhecimento pela população-usuária, da USF enquanto locus privilegiado para o cuidado, contudo, o mais delicado é tornar equipes engajadas e que buscam desenvolver um processo de trabalho mais centrado nas famílias, pouco distintas de equipes mais tradicionais ou sem envolvimento com o trabalho, ou seja, há uma opacidade às boas práticas (SANTOS N., 2013, p. 165).

A busca por essa centralidade do serviço nas famílias e comunidade, além do indivíduo, foi encontrada na fala de B3: “O objeto de trabalho... você pode... desde é... a pessoa como tal, mais a família ou a comunidade”. No entanto, apesar de apenas B3 indicar a preocupação com os demais membros da família e da comunidade, não foi visto esse consenso entre a prática e a fala dos trabalhadores das USF pesquisadas. Entende-se que um dos maiores complicadores para a efetivação desta prática está na fragmentação e verticalização do trabalho, portanto, é imprescindível atuar de maneira conjunta e realizar a troca de informações, por meio das reuniões e construções conjuntas de projetos terapêuticos.

Nesse sentido, através da atuação compartilhada, tendo como objeto de trabalho o indivíduo/família/comunidade, será possível fomentar a organização do trabalho para além do modelo hegemônico, considerando aspectos referentes ao ambiente social, econômico, cultural, a vinculação da comunidade e a valorização de sua participação e poder de decisão, pois conforme afirmam Marqui e outros (2010, p. 960):

Quando o objeto de trabalho é a família no seu contexto de vida, os profissionais das equipes de ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas [...], tendo como finalidade atingir a resolutividade das necessidades em saúde individuais e coletivas. O processo de trabalho na ESF exige tais habilidades e sua ausência pode ser um fator que contribua para a presença de profissionais com dificuldades de utilizar esses referenciais em sua atividade profissional.

De maneira complementar, A4 afirma ser importante considerar a participação do usuário no projeto terapêutico, sugerido pelos trabalhadores de saúde.

Eu vou olhar você como a parte e o objeto de estudo da medicina, o ser humano e as condições que geram [...] eu vou olhar que que estas coisas estão lhe prejudicando e eu vou tentar orientar e volto a lhe dizer, eles... **o paciente faz a escolha** [...] Então **você vai dar toda essa gama de possibilidades e o paciente vai escolher. Cabe a nós respeitar**, se a gente percebe que ele está tomando uma decisão errada, a gente volta a explicar e a perguntar quais são as dúvidas, por que a questão que está rejeitando, mas nunca obrigando, entendeu. (A4)

É importante que os usuários/comunidade, sintam-se respeitados na tomada de decisão e participação. A equipe de saúde da família deve enxergar esses usuários, objetos da ação, como um aliado para buscar os resultados positivos na situação de saúde da comunidade

e estimular o empoderamento dos mesmos para um papel mais ativo. Assim, re(significar) o papel dos usuários/comunidade é desenvolver estratégias com intuito de fortalecer essa participação no cumprimento das ações (PINAFO; NUNES; GONZALEZ, 2012; SOARES S., 2012; TADDEO et al., 2012).

Os usuários, que buscam por atendimento, precisam compreender a importância de fazer parte nas decisões a ser tomada junto aos trabalhadores, pois a partir dessa compreensão os usuários poderão informar suas reais necessidades e assim passarão a não ser vistos como “objeto coisificado” de trabalho.

De maneira ampliada, foi possível identificar na fala de A4, o objeto de trabalho sendo a “**população que temos cadastrada, mas também temos uma população que não está cadastrada** que é chamada de área descoberta [...]”. Nessa perspectiva A4 não delimita o público atendido na ESF. Durante o período de observações, notou-se a procura pelo serviço das salas de vacinas de ambas as USF, por usuários não cadastrados no serviço, mas que não tiveram seu atendimento negado e tampouco prejudicou o atendimento da população cadastrada.

Em divergência, B4 e A2, respectivamente, consideram que apenas aqueles que estão na área da USF é que são considerados o seu objeto de trabalho: “**A comunidade é o que? São pessoas que trabalham ou pessoas que moram no bairro**, né, então eu trabalho pra... **eu trabalho pra eles**” e “**Pessoal aqui do bairro mesmo. Só do bairro...** Crianças, idosos, adultos, adolescentes”. No estudo realizado por Vendramel e outros (2014), sobre a identificação do conhecimento do processo de territorialização pelos profissionais das equipes de saúde da família do município de Cáceres-MT, também foram identificados trabalhadores que limitavam o seu objeto de trabalho a famílias cadastradas na USF. Entende-se que a limitação do atendimento somente à população cadastrada na ESF, prejudica o acesso de outros usuários ao serviço e, portanto, apresenta-se na contramão da universalização do SUS. Na verdade, a universalização do SUS, na prática não acontece, pois o que se vê na ESF são ações muito mais voltadas para a seletividade dos usuários que se enquadram à proposta verticalizada dos programas ministeriais (ALBUQUERQUE, 2014).

Apesar de alguns trabalhadores delimitarem o atendimento às pessoas que moravam no bairro, alguns usuários relataram a dificuldade de acesso ao serviço:

Porque **tem horas que a gente chega aqui e é um sufoco pra atender. Tipo eu vim segunda-feira e não fui atendida, vim hoje, quarta, pra ser atendida**. Vim no outro mês não atendeu o menino. (C4)

Eu tenho hora que eu fico perguntando: “meu Deus que **é difícil da gente conseguir uma consulta**”, **só isso aí que eu achei ruim**, mas o resto tudo é bom aqui. (C5)

Embora C4 e C5 apresentem essa crítica sobre a dificuldade em conseguir atendimento, em observação realizada durante o período de coleta, foi possível identificar a ausência de reclamações, por parte dos usuários, quanto ao agendamento de consultas que costumam ser realizados uma vez ao mês, semanalmente e/ou diariamente a depender do trabalhador de saúde. Além disso, conforme já foi citado anteriormente, os casos que não eram considerados de urgência/emergência eram realocados para outros dias, conforme pôde ser identificado na fala de C4.

Apesar de reconhecer a importância em atender as necessidades apresentadas pelos usuários e atendê-los de maneira espontânea, existem algumas contradições entre o que é proposto pela ESF e a vontade dos usuários, pois esse caráter imediatista que muitos deles apresentam acabam gerando conflitos entre os trabalhadores em ultrapassar essa barreira de atendimento voltado apenas para a queixa-conduta. Por isso, Soares R. (2014, p. 35), afirma que os trabalhadores de saúde “se veem diante de uma demanda crescente por respostas rápidas, pragmáticas e emergenciais” que fortalecem a prática do modelo hegemônico, pautada no saber médico.

De modo divergente as falas acima, C9 referiu não ter problemas em ser atendida quando busca o serviço de saúde: “na hora que eu tiver precisando, tiver algum problema... eu vim e ser atendida... **como é de costume eu vim aqui e ser atendida[...]**”.

Entende-se que o foco principal do objeto de trabalho em saúde deve ser a população, sendo responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários, desenvolverem ações que viabilizem a efetivação do cuidado socialmente referenciado. “Contudo, identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas” (FERTONANI et al., 2015, p. 1876).

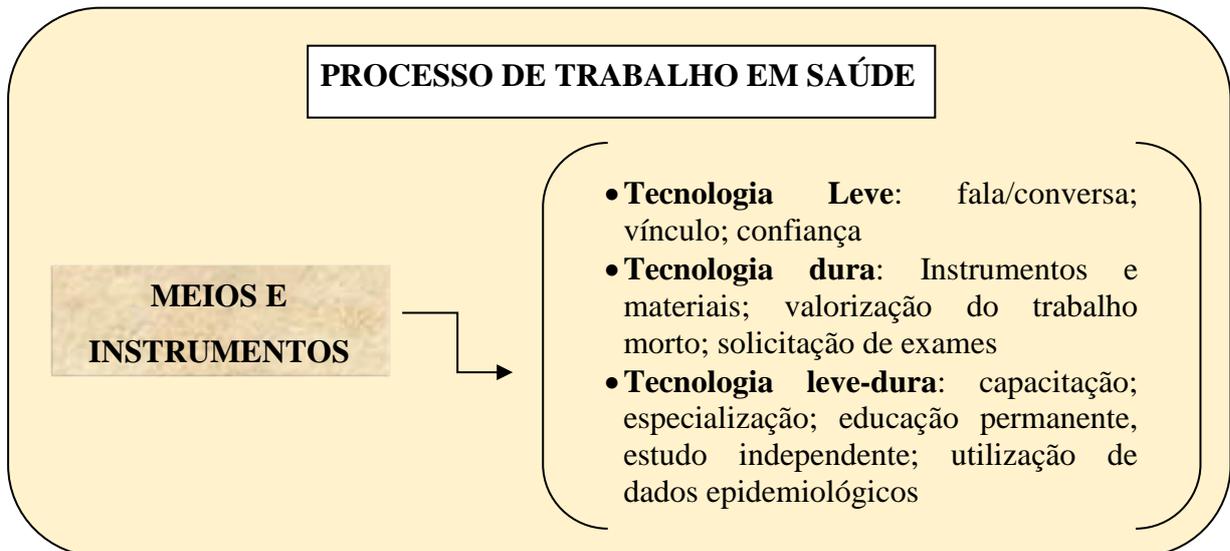
Pode-se notar, conforme foi visto nos achados sobre a finalidade do trabalho em saúde, que o objeto de trabalho em saúde da maioria dos trabalhadores pesquisados, também segue a lógica de priorização dos programas ministeriais, com predomínio do modelo biomédico. Em observações realizadas nos consultórios, salas de vacina e em salas de procedimentos foi possível notar e evidenciar o quanto estes trabalhadores focalizavam seu atendimento para as queixas apresentadas pelos usuários, com realização de procedimentos e orientações voltadas para resolver essas queixas. No entanto, estes achados não corroboram

Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) quando afirma que o objeto de trabalho em saúde é o corpo socialmente referenciado, reconhecido como aquilo que o trabalhador em saúde possa desenvolver sua ação para gerar mudanças significativas para o usuário/objeto.

Sendo assim, o que se espera desses trabalhadores é que encontrem, por meio de uma linha de atuação, a construção de um processo de trabalho compatível com os princípios propostos pelo SUS, bem como facilite a organização do seu trabalho e da equipe utilizando os meios e instrumentos adequados para contemplar aquilo que deve ser a finalidade e o objeto da sua ação. É importante ressaltar, que esta mudança de paradigma, sobre o objeto de trabalho em saúde, deve partir não só dos trabalhadores em saúde da ESF, mas também dos usuários o processo de tomada de decisão, bem como de estratégias e propostas dos gestores que viabilizem a reorientação do modelo assistencial.

Em relação aos meios e instrumentos identificados pelos participantes desta pesquisa e apresentados na figura 3, reconhece-se:

Figura 3 – Meios e instrumentos do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.- jul. de 2016.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Foi possível identificar uma variedade de meios e instrumentos utilizados pelos trabalhadores da USF que será abordado seguindo a conceituação de tecnologia ofertada por Merhy (2006): tecnologias leves, leve-duras e duras. Concordando com Franco e Merhy (2012) que não há trabalho em saúde que contenha apenas uma dessas tecnologias, mas de acordo com a ênfase dada a cada uma delas no serviço, poderá ser identificado o tipo de modelo assistencial predominante.

A partir do conceito trazido por Mendes Gonçalves (1994), o trabalho em saúde tem por base a tecnologia “não material”, caracterizada pela dimensão relacional estabelecida nos processos de trabalho em saúde, que segundo Merhy (2006) é chamada de tecnologias leve, classificadas por Franco e Merhy (2012) como àquelas que se referem as relações de produção de vínculo, acolhimento e autonomização. Com base nisso, foram encontradas falas que priorizavam esse tipo de tecnologia na execução de suas atividades, conforme pode ser visto a seguir:

A gente utiliza a informação, boca a boca, que é o... que se dá no momento de consulta (paciente e profissional). (B2)

O médico tem que aproveitar a oportunidade para **fazer saúde, para falar**, né. [...] **falar pessoalmente com ele, esclarecer todas as suas dúvidas** [...] as vezes o paciente só está precisando de **algo que olhe para ele e o escute, então é só falar, dar uma esperança**. (B3)

Às vezes não tem nada, não tem nenhuma doença fisiológica, não tem nada físico... é, mas às vezes **eles [usuários] vêm pra conversar, pra desabafar e tal** [...] **no que a gente pode a gente dá um conselho, a gente dá uma orientação**. (B4)

O **meu instrumento de trabalho mais é conversar**, é orientar, é procurar entender o problema, né. (B5)

A **nossa principal tecnologia é o ouvir, é o saber ouvir o quê que [é] a demanda da nossa comunidade**. (A3)

Em relação de material assim pra gente utilizar... não. Só mesmo a fala. (A6)

Eu não sei se ‘esteja’ certo ou ‘esteja’ errado eu **falar muito com eles**, mas o que eu tenho certeza é que **muitos deles aprenderam a saber que o que eles têm**, que é uma coisa importante, né. (A4)

Nas observações, realizadas durante o período de coleta, verificou-se que a grande maioria dos trabalhadores utilizavam na maior parte do tempo a tecnologia leve, por meio do estabelecimento de vínculo e confiança com os usuários, no entanto, foi notada a ausência de acolhimento, como dispositivo para a organização do processo de trabalho em equipe. As atividades eram realizadas por meio de agrupamento dos saberes e práticas em que cada um executava a ação de forma fragmentada e com ênfase na triagem. Através das triagens, os usuários eram atendidos por ordem de chegada, conforme afirmou B2: “**a gente vai chamando por ordem de chegada**”, baseado na queixa-conduta. Em casos mais graves havia o direcionamento do atendimento. Tal conduta pode ser comprovada por meio da fala de A4:

A gente tem uma diretriz de acolhimento de todo paciente que chega, mas vamos fazer essa hierarquização, né, vamos dar essa prioridade aos casos que são realmente urgências [...] **mas a verdade é que não acontece essa questão é... tanto do acolhimento** [...] eu não tomo conta exatamente quando chega ou não chega um paciente e principalmente por isso **tem que estar outra pessoa encarregada desse informar exatamente que que tá precisando o paciente e pra onde tem que ser**

orientado [...] geralmente é assim, aí eles... essa questão passam na recepção, né, se identificam, depois na... tem que fazer a triagem com as enfermeiras e passar comigo. (A4)

Um dos usuários entrevistados também relatou essa falta de acolhimento e em alguns casos a própria ausência da triagem:

Passa **primeiro por uma triagem, mas não é sempre assim não**[...] Vai... marca, o dia você vem... é chamado, porque é por ordem de chegada, 'cê' quando o dia que tá marcado, 'cê' vem, aí entrega esse cartão... aí o cartão do SUS, esse aqui é o cartão da família e acompanhado com o cartão do SUS, que já tá anotado lá o que a recepcionista marcou. Aí **você é chamado, pelo médico, por ordem de chegada, e nem todas vezes tem essa triagem não. É vez em quando.** (C7)

Para a reorientação do modelo de atenção é necessário ressaltar a importância do acolhimento, com consequente (re)organização do processo de trabalho em saúde, o acolhimento se configura em estratégia fundamental para ampliar o acesso ao serviço de forma mais resolutiva. Durante a observação de uma reunião realizada entre os trabalhadores da equipe, foi discutido o papel das técnicas de enfermagem na realização do acolhimento e classificação de risco. Foi priorizado a discussão sobre essas trabalhadoras por elas serem consideradas o primeiro contato, dentro da USF, com os usuários e por isso a importância delas conhecerem e realizarem um acolhimento de qualidade. Contudo, vale ressaltar que o acolhimento deve ser realizado por todos os componentes da equipe de saúde da família, não devendo-se restringir esta ação apenas às técnicas de enfermagem.

O MS (BRASIL, 2009), propõe que para desenvolver os atendimentos, os trabalhadores devam fazer uso do acolhimento e este não deve ser restringido a uma atitude voluntária. A partir do acolhimento, a relação entre o profissional e os usuários do serviço de saúde pode ser potencializado em ações produtivas e resolutivas não só para os usuários, como também para os próprios trabalhadores, por meio da escuta, identificação e resolução de problemas (MERHY et al., 2006; ASSIS et al., 2010).

Por isso, Bagatini, Selli e Rivero (2006) orientam que o perfil dos trabalhadores que atuam na ESF deve ser pautado no acolhimento, no vínculo e serem estabelecidos de acordo com as responsabilidades e comprometimentos pessoais diante do trabalho que realizam. Deste modo, em consonância com o que afirma Merhy (2006), as tecnologias leves se tornam inesgotáveis, pois são elas que viabilizam o compromisso dos profissionais em acolher, resolver e autonomizar a relação trabalhador de saúde com os usuários, e esse encontro sempre é caracterizado de forma singular. Assim, valorizar o uso de tecnologias leves como recurso do trabalho é uma forma de possibilitar aos trabalhadores uma estratégia para lidar não só com as

necessidades do corpo, doença, do biológico, mas também buscar resolubilidade para prestar cuidado integral à saúde (FERMINO, 2010).

Em relação ao atendimento dos médicos do programa mais médicos, os usuários também relataram a importância dessa tecnologia para o seu atendimento e o quanto isso trouxe significado para a criação do vínculo e confiança, conforme pode ser visto nas falas a seguir:

Ela **toca** assim **na gente**... aí a gente **volta a conversar de novo**. (C3)

Ele pergunta se a gente tá melhor, o que que tá sentindo... Aí a gente fala que não tá sentindo nada, se tiver sentindo alguma coisa fala. (C1)

Ela sempre escuta a gente, sempre manda a gente deitar, né, pra sempre fazer o necessário assim que ela vê que possa fazer, né, tipo assim, examinar, que ela examina a gente na consulta. **Eu nunca saí daqui... Eu nunca cheguei aqui pra dizer assim: “ela não me examinou”, ela sempre me examinou**. (C2)

Olha tudo direitinho e conversa com a gente tudo direitinho. (C8)

Em estudos publicados sobre o trabalho de médicos, que não faziam parte do programa mais médicos, foram apresentadas ações destes trabalhadores mais voltadas e preocupadas com o diagnóstico e tratamento de doenças, reforçando-se assim o modelo biomédico (PEREIRA R., 2011; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013). Também foram identificados trabalhos que não apresentavam diferenças quanto ao uso de tecnologias leves pelos trabalhadores médicos que não faziam parte do programa mais médicos (NERY et al., 2011; ARAKAWA et al., 2012).

É possível afirmar o quanto a criação de uma relação com base na confiança e no vínculo, pode viabilizar uma aproximação dos trabalhadores com os usuários do serviço, fomentando uma efetiva modificação no processo de trabalho dos mesmos, por meio da subjetividade do relacionamento estabelecido com a comunidade. Somado a isso há uma valorização por parte dos usuários ao perceber o uso desta tecnologia e o interesse dos trabalhadores por meio de uma fala, de um toque (através do exame físico) e até mesmo pela escuta. Fazer uso de tecnologias leve no serviço em saúde pode ser considerado mais um instrumento terapêutico de envolvimento e inter-relação efetiva entre usuário/trabalhador na realização do atendimento/serviço em saúde.

Em pesquisa realizada por Moimaz e outros (2010), cujo objetivo era avaliar o grau de satisfação de usuários aos serviços de saúde público municipal, também foi identificado pelos usuários o quanto a forma de interesse dos trabalhadores em relação a escuta de suas necessidades fomentavam o bom relacionamento, por meio da criação de vínculos. Em consonância, no trabalho desenvolvido por Rios (2015), tanto os usuários quanto os

trabalhadores de saúde identificaram que a criação de vínculos entre esse binômio usuário-trabalhador funcionava como um facilitador para o desenvolvimento da prática no processo de cuidar em saúde.

Sobre o desenvolvimento de práticas que facilitam o processo de trabalho em saúde, está o uso de certa pessoalidade e convencimento do trabalhador para incentivar o usuário a buscar atendimento mesmo sem apresentar um problema prévio, a exemplo está a fala de A2: **“eu cativo, aí eles vão... aí vai marca e aí que a maioria não liga, não quer [marcar uma consulta], né, aí vou [falando], acaba que marcando”**. Considera-se que as tecnologias leves se constituem como instrumento indispensável nas práticas de saúde, pois a partir da criação de vínculos, advindos com o diálogo, o trabalhador de saúde pode modificar/redirecionar as suas práticas.

De maneira divergente foi identificado também aqueles trabalhadores que trazem enraizados a valorização do uso de tecnologias duras como sendo a mais importante durante a execução das suas atividades:

A cadeira funcionando [risos] e o compressor funcionando... é indispensável. (B6)

A prioridade é o material esterilizado que fica nesse armário aqui. (A1)

Os materiais são mais assim: seringas, as agulhas que eu tenho mais, os frascos das vacinas, que eu preciso. (A5)

Vale ressaltar, conforme observação realizada, que estes trabalhadores reforçaram o uso de tecnologias duras, pois seus trabalhos na ESF estavam mais voltados para a realização de procedimentos. Além disso, durante as observações das consultas de B6 e A1, identificou-se a valorização do atendimento baseado na queixa-conduta, em que pouco se fez valer o atendimento com o cuidado voltado para a integralidade do indivíduo. Sendo realizadas ações pontuais em cima de problemas já existentes, evidenciando mais uma vez o quanto o processo de trabalho na ESF ainda é aprofundado na assistência compartimentalizada e voltada para procedimentos. É importante considerar que as falas destes trabalhadores divergem daquelas apresentadas pelos médicos do Programa Mais Médicos, cuja valorização está no uso das tecnologias leves.

Para Ogata e França (2010), a busca de mudança deste modelo de atenção, perpassa pela utilização das tecnologias de relações, centrando as ações de saúde na produção do cuidado que se manifesta através do trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. Merhy e outros (2006, p. 120) completam esclarecendo que:

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Em referência às tecnologias duras, a usuária C1 complementa sua fala ao valorizar também a solicitação de pedidos de exames a serem realizados em outros níveis de atendimento: “**ele passa exames... é... eu acho ótimo**, não tem o que dizer dos ‘médico’ e nem das ‘enfermeira’ e nem das ‘menina’ que trabalha aqui”. Contudo, tal afirmativa não significa a valorização exclusiva da usuária sobre esta tecnologia para o seu atendimento, pois conforme afirma Merhy (1998) os usuários ao buscarem o serviço de saúde não estão a procura apenas da realização de procedimentos e pedidos de exames, mas estão em busca de relações de confiança com os trabalhadores na expectativa de que estes resolvam os seus problemas.

Em continuidade, viu-se uma grande preocupação dos trabalhadores ao relatarem os recursos caracterizados como tecnologia dura sendo um desafio/dificuldade a ser enfrentado tanto no processo de trabalho destes quanto no atendimento aos usuários.

Tem uns tempos mesmo que tá faltando material, né, isso ninguém... quer entender, então... Aí tá assim, tem o que? Uns quatro meses. (A2)

Então **era para ter um pouquinho mais de recursos para manter esses remédios**. (B3)

Material, se não fosse isso, ‘tava’ tudo completo. (B1)

Algumas vezes falta assim... materiais de uso da unidade e tudo. (B4)

A gente não tem muito... como é que eu digo... muito material, muita... pra poder desenvolver um trabalho melhor, né. (B5)

A gente trabalha com um limite de material, né, às vezes realmente, não tem como a gente adaptar... dá um jeitinho, mas **tem coisas que quando faltam aí a população fica carente daquele serviço**. (B6)

Não deixasse faltar muita coisa pra comunidade, nem medicamento, nem nada, porque isso acaba nos atingindo, né, porque nós somos a linha de frente, **então nós temos que responder por isso**. (A5)

Tal dificuldade também foi relatada pela usuária C8, por meio da fala: “Às vezes, né, que às vezes vem, precisa e aqui **não tem material** pra fazer... um curativo... **porque sempre falta, né**”. Em análise realizada nos documentos enviados das USF para a SMS, a grande maioria era referente a pedidos de materiais que precisavam ser repostos e/ou enviados para a continuidade do serviço. Nem sempre, encontrou-se respostas aos ofícios enviados para a gestão municipal, de acordo com a análise realizada nos documentos recebidos das USF.

Ainda sobre a dificuldade com a falta de determinados instrumentos e materiais, A4 complementa: “e **pela formação que a gente tem, eu posso fazer múltiplas coisas aqui, entendeu? Pela unidade... só temos disponibilizado, sei lá, estetoscópio, uma lâmpada, até aí... não é suficiente**”.

Nota-se com isso, um trabalho preocupado com a produção de procedimentos, com foco em tecnologias duras. Este achado também pôde ser identificado no estudo realizado por Souza M. e outros (2014), cujo objetivo era analisar as necessidades de saúde e produção do cuidado em uma Unidade de Saúde de um município da Bahia. Concorde-se com esses autores ao afirmarem que apesar de haver apenas o relato de dificuldades envolvendo o trabalho morto, por meio da ausência dos materiais, instrumentos e insumo, é necessário refletir sobre a importância da atuação em conjunto de tecnologias que envolvam a parte instrumental do trabalho com as relações que devem ser fortalecidas a cada encontro com os usuários e com os demais trabalhadores da equipe para a continuidade da assistência. Ou seja, não é possível fazer o trabalho em saúde com qualidade com a ausência de uma ou de outra tecnologia.

Para corroborar as afirmações anteriores, B3 faz uma observação: “tem pacientes que não fazem o tratamento direitinho, né, mas a causa principal não é desconhecimento, **às vezes a causa é não ter o poder aquisitivo pra comprar o remédio e quando o remédio falta na farmácia, que dá de graça, eles abandonam o tratamento**. Então aí... aí coisas que se ‘vão das mãos’, né”.

É possível compreender que independentemente do vínculo e muitas vezes da confiança estabelecida entre os trabalhadores e usuários, a ausência de determinado material, instrumento e/ou insumo pode interferir na qualidade e na continuidade do processo de trabalho da equipe e conseqüentemente prosseguimento da assistência à comunidade. No entanto, conforme afirmaram Tesser e Sousa (2012) ainda é dominante a valorização do saber biomédico e conseqüentemente do uso de tecnologias duras pelos trabalhadores que atuam na ESF.

Em continuidade, Sanna (2007) assevera que os meios/instrumentos não podem ser reconhecidos apenas por artefatos físicos, mas também por conhecimentos, habilidades e atitudes combinados de maneira peculiar, voltados a uma necessidade específica de cada usuário ou situação que apresentam, determinando deste modo como será feito este trabalho. Portanto, Merhy (2006) afirma que a tecnologia leve-dura abrange todos os saberes profissionais bem estruturados, caracterizando-a como saber técnico. Em complemento, Mishima e outros (2003, p.151) trazem que a essa tecnologia são atribuídos “saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, o saber de enfermagem e outros saberes da saúde”.

Dentre as alternativas para a fomentar o uso desta tecnologia pelos trabalhadores de saúde, está a realização de capacitações e/ou educações continuadas. Deste modo, pode-se fazer a reflexão de que ao adquirir e/ou utilizar o conhecimento como forma de instrumento de seu trabalho, o trabalhador modifica a si mesmo, bem como promove o seu crescimento pessoal. A busca pelo conhecimento pode partir tanto de maneira individualizada, pela equipe de saúde da família, quanto por meio dos municípios com atividades de educação permanente e/ou capacitações a serem realizadas com certa periodicidade de acordo com as necessidades dos usuários e dos próprios trabalhadores.

Conforme pôde ser analisado nos ofícios enviados a SMS, de uma das enfermeiras, esta sentiu a necessidade de solicitar treinamentos específicos para a manipulação dos kits de teste rápido HIV/AIDS e sífilis e para aplicação da vacina BCG, contudo, não foi identificado se houve a realização destes treinamentos.

Segundo Kessler e Krug (2012), a educação permanente é considerada determinante para a ampliação de qualificação profissional dos trabalhadores que atuam na ESF, por meio da assistência prestada à comunidade. Conforme pode ser visto nas falas a seguir:

A Secretaria de Saúde ela se preocupa muito com a educação permanente dos seus profissionais, então sempre tem atividades lá na Secretaria voltada a temas específicos: gravidez, sífilis, é... acolhimento, humanização, então diversos temas, sempre...[as capacitações] **geralmente são pra médicos e enfermeiros, mais enfermeiros do que médicos ainda.** (A3)

A gente fez especialização na saúde... na atenção básica, né... saúde da família, né, a gente toma conta que existem múltiplos programas, diretrizes. (A4)

Quando a Secretaria de Saúde dá uma capacitação, é, fazem o convite para nós e a gente vai. (B3)

A gente tem aquela capacitação agora que eu faço o curso da... **pela prefeitura, da UEFS que a gente... todos os dentistas que fazem o curso saem capacitados pra tratar lesões de tecido mole** [...] Um turno, toda segunda-feira pela manhã, toda semana. (B6)

Mensalmente acontecem umas **capacitações na Secretaria [...]** **Para enfermeiros e tem pros médicos também, mas não são juntos** [capacitações]. Geralmente é... são grupos separados, então assim, **o grupo de enfermagem quem mais tá fazendo essas atualizações.** (B2)

Segundo a PNAB (2.488/2011), a educação permanente é de responsabilidade de todas as esferas do governo, em que se deve considerar os elementos que façam sentido para os atores envolvidos e isto equivale tanto aos profissionais que atuam na AB quanto aos usuários que receberão esses conhecimentos adquiridos (BRASIL, 2011b). Deste modo, a educação permanente é considerada necessária para a aquisição e atualização de conhecimentos,

habilidades bem como o aprendizado que parte de desafios e problemas vivenciados durante o processo de trabalho em saúde.

Sobre a educação permanente realizada com os médicos do programa, segundo a Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013c, p. 1) em seu artigo VII apresenta como objetivo “aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS”, por meio de especializações em saúde da família com período de duração correspondente ao tempo de permanência no programa que são 3 anos, podendo-se prorrogar por igual período caso seja ofertado pelo Ministério da Educação e Saúde outras modalidades de formação. Segundo o inciso 5º do art. 14 da mesma Lei, caberá a coordenação do programa mais médicos acompanhar e fiscalizar os módulos de aperfeiçoamento realizados pelos trabalhadores médicos participantes, através de métodos de avaliação que apresentem resultados de aprovação e reprovação da avaliação. Com isso, espera-se que o programa desenvolva ações que integrem o serviço com o ensino. De acordo com as entrevistas realizadas com os médicos, ambos afirmaram terem feito a especialização no País em saúde da família/AB.

Sobre os demais trabalhadores da ESF, foi possível observar, por meio dos ofícios recebidos, que a grande maioria das capacitações realizadas no município ainda são voltadas especificamente para os trabalhadores de nível superior, com ênfase para as (os) enfermeiras (os), haja vista serem consideradas as gerentes das USF do município, muito embora, não estejam legalmente instituídas no cargo.

Tais capacitações acontecem de forma pontual, pelo menos uma vez ao mês com temas diversos. Apesar das capacitações serem realizadas, em sua maioria, com as enfermeiras, espera-se que todas elas sejam compartilhadas com os demais membros da equipe e fomentem o desenvolvimento de discussões, para que sejam buscadas soluções criativas tanto para o trabalho em equipe quanto para os problemas relacionados a comunidade. No entanto, não basta apenas “transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 895).

Por isso, alguns trabalhadores fortaleceram esta ideia e referiram realizar o repasse das informações compartilhadas e aprendidas durante as capacitações e treinamentos

A gente sempre tem capacitações e aqui na unidade a gente costuma também fazer educação permanente pros nossos colegas de trabalho, né. (A3)

Nós enfermeiras passamos pro técnico e também pros agentes quando eles solicitam assim algum tema ou então de dois em dois meses, a gente senta, faz uma roda de conversa e tá passando essas atualizações. (B2)

A enfermeira faz com a gente, essas capacitações. (A6)

Ah capacitações sempre tem, sempre tem... a gente quando tem dúvida de alguma coisa, a gente pede as enfermeiras aqui mesmo pra fazer com a gente[...]Médico também faz capacitação com a gente, quando há necessidade, fazemos... fora também da unidade de saúde, né. [...] [as capacitações] **Não demora muito não, sabe, tem... Sempre que tem...** as vezes fazemos também, a universidade manda, a gente faz também na universidade e vai se espalhando. Tem vários lugares aí que manda ofício pra Secretaria convocando os agentes comunitários. (B5)

No entanto, tais falas não coadunam a análise realizada nos cadernos de atividades das USF, visto que não foram identificadas anotações referente às capacitações e treinamentos realizados pelos trabalhadores de nível superior, sejam as enfermeiras ou os médicos, com os demais membros da equipe. Nos documentos enviados pela SMS também foram identificadas poucas capacitações que envolvessem toda a equipe e/ou os trabalhadores de nível médio. Com isso, surge a ideia do quanto ainda é preciso avançar sobre as práticas em busca de melhorias para o município, que inclusive possuía enquanto proposta da PAS (FEIRA DE SANTANA, 2016), do PMS (FEIRA DE SANTANA, 2014-2017) e do RAG (FEIRA DE SANTANA, 2015) a realização de capacitações para a equipe da ESF, tendo o PMS, delimitado que 30% dos trabalhadores deveriam ser capacitados. Entretanto, conforme analisado nos ofícios enviados às USF, na grande maioria das vezes, somente as enfermeiras recebiam essas capacitações.

Esta ausência de capacitações voltadas para todos da equipe, implica em reclamações e em desafios a serem superados pela gestão municipal. Alguns trabalhadores demonstraram insatisfação com o fato de não se sentirem prestigiados e valorizados em também participar de tais atividades que muitas vezes têm relação direta com o trabalho executado dentro da ESF.

Eu acho errado, antes a Secretaria chamávamos nós pra tomar o curso, tipo assim, de reciclagem de vacina, todo ano tinha uma reciclagem de sala de vacina [...] **então agora eles não tão mais fazendo esse tipo de trabalho, eles estão chamando as enfermeiras** quando tem algum tipo de mudança de vacina, de algum... do mapa, da parte de imunização, **eles chamam a enfermeira e mandam as enfermeiras passarem pra gente.** (B4)

As capacitações... assim...são mais quando a gente pede, **quando a gente precisa, né,** aí são pedidas à Secretaria, às vezes, vem... as vezes demora muito pra vim, então assim... **o profissional ele tem que entrar aqui já sabendo [...] demora muito as capacitações daqui... e quando tem, são mais pra enfermeiros.** (A5)

Assim, identificou-se o fortalecimento de um trabalho hierarquizado, ainda pautado no individual e não em equipe, pois por meio das falas de B4 e A5, há uma referência em privilegiar processos educativos que estejam voltados para as atividades técnicas do trabalho, com conseqüente reforço da fragmentação das equipes e dos processos de trabalho, na medida

em que a preocupação dos trabalhadores se voltam para as suas categorias profissionais. Segundo Pagani e Andrade (2012) essa forma de agir no trabalho é influenciada pela formação acadêmica destes trabalhadores que em sua grande maioria não foram ensinados a trabalharem em equipes multiprofissionais de maneira que venham contribuir no trabalho do outro.

Por esta razão, deve-se existir um consenso entre a gestão e os trabalhadores, pois também cabe a estes estarem comprometidos com o desenvolvimento do seu trabalho em equipe em todos os momentos, como também é importante o interesse em se qualificar e se capacitar para o trabalho na ESF e não só buscar orientação pontuais, por meio do surgimento de dúvidas ou de alguma situação desconhecida, conforme afirmou A5.

A capacitação, muitas vezes, é o primeiro contato daquele trabalhador com determinado problema e serviço. Torna-se fundamental e importante agregar novas práticas e novos conhecimentos para o atendimento com a comunidade (SHIMIZU; REIS, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012; ANDRADE R. et al., 2016), não devendo ser visto apenas como algo complementar ao trabalho, mas sim essencial para promover mudanças criativas no processo de trabalho de toda a equipe de saúde da família, por meio de acompanhamentos que visem indicar temas a serem abordados de acordo com a realidade de cada local de atuação destes trabalhadores.

Dentre as ferramentas utilizadas par o desenvolvimento da educação permanente, está o telessaúde, cuja finalidade é “atender demandas na área da saúde nos segmentos clínicos, administrativos e educacionais” para contribuir de forma eficiente e com baixo custo a organização do trabalho em saúde (CARNEIRO; BRANT, 2013, p. 2365). Apenas um dos trabalhadores referenciou o uso do telessaúde na contribuição do seu processo de trabalho: “temos uma parte aí que tem... telessaúde, tem múltiplas coisas onde você pega o telefone e fala e diz: ‘olha, eu não tô entendendo aqui o que faço com esse senhor’ **pronto, aí você recebe orientações**” (A4). Deve-se compreender que por meio da utilização desta ferramenta, a tomada de decisão no trabalho em saúde pode ser facilitada, ampliando a visão crítica dos trabalhadores e estimulando a busca por novos conhecimentos.

Em complemento, alguns trabalhadores alegaram realizar a busca individual por conhecimento, não se detendo apenas ao que o município oferta. Saber compartilhar esse conhecimento e utilizá-lo deve ser um dos compromissos do trabalhador com a comunidade em que se atua, por meio de desenvolvimento de relações democratizadas entre os “trabalhadores no cotidiano do seu trabalho, potencializando a cooperação entre os mesmos” (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2413).

Eu tô em casa, estudando um tema, é, e sei que ‘importância’ para os demais colegas ou a doutora ou as enfermeiras, eu o envio, temos um grupo de whatsapp e eu o público, é, para que ela [...] tenha um aprendizado, né, venha e se capacite. (B3)

Eu não sei de tudo, que ninguém sabe, mas pelo menos a minha parte aqui eu... eu sei e eu sempre procuro me inteirar, eu não sou daquelas que ficam meio parada não, sabe, **eu sempre tô fuçando alguma coisa na internet, sobre imunização, sobre se teve alguma mudança, alguma coisa.** (B4)

De maneira divergente ao que a maioria dos trabalhadores informaram sobre capacitação, duas trabalhadoras referiram a ausência de capacitações voltadas para as técnicas de saúde bucal realizadas pelo município.

Aprendizado? Nada, não... já foi diretamente assim: ó você vai pra sala de dentista, aí pá... [risos]. A dentista que tinha aqui que foi me auxiliando. (A2)

o médico [dentista] me ensinou, o médico [dentista] foi... é que ele não trabalha mais aqui, ele me ensinou tudo. (B1)

o dentista que acaba capacitando a técnica pra ela se tornar uma técnica de saúde bucal. (B6)

A responsabilidade por essa atualização partiu dos cirurgiões-dentistas, sem critérios formais exigidos para a formação de um técnico em saúde bucal. Foi possível notar que nenhuma das técnicas de saúde bucal possuíam formação para trabalhar nesta área, na verdade, eram técnicas de enfermagem que foram adaptadas para atuarem nas ESB junto aos cirurgiões-dentistas.

Em estudo realizado por Mattos e outros (2014) que discutia sobre a inclusão de saúde bucal na ESF em cidades da região sudeste do Brasil, foi aplicado questionário em 48 técnicas de saúde bucal, 29 (60,42%) delas possuíam curso formal para exercer a função e 28 (58,33%) já tinham trabalhado em algum serviço de saúde bucal do município antes de se inserir na ESB. Contudo, esta não é a realidade encontrada nas USF pesquisadas do município de Feira de Santana, marcada pela falta de capacitação técnica formalizada aos trabalhadores de nível médio da ESB.

Já os estudos realizados em Pernambuco por Pimentel e outros (2012) e no centro-oeste do Brasil por Reis, Scherer e Carcereri (2015), não diferiram do que foi encontrado por esta pesquisa, onde haviam dificuldades dessas localidades em realizar capacitações voltadas para a ESB, tanto com trabalhadores de nível médio quanto trabalhadores de nível superior.

Observou-se por meio dos documentos enviados, em sua maioria pela SMS do município estudado, que as capacitações aconteciam na tentativa de resolver necessidades identificadas pelo município e não individualmente de cada localidade pertencente às USF.

Além disso, para serem realizadas capacitações que venham fazer diferença no processo de trabalho é preciso investimento dos gestores em qualificar seus trabalhadores para a atuação na ESF, com intuito de modificar a realidade fragmentada e individual produzida no serviço.

Ainda sobre a tecnologia leve-dura, apenas A4 relatou sobre a importância de realizar o levantamento do perfil da população para a qual trabalha

Quando a gente chega a gente vai, faz um estudo da população, né, quais são as doenças mais... é... comuns, qual é a situação econômica, psicossocial, né, é... faz uma... a gente chama de... uma... Não sei... bom a gente faz uma análise da unidade onde você vai trabalhar [...] porque daqui vão sair todos os dados epidemiológicos, né, que vão ajudar ou não na população, [...] pra melhorar ou saber que tá precisando uma... comunidade. (A4)

Apesar de existir essa descrição sobre a importância de conhecer a realidade em que se atua por meio dos dados epidemiológicos, ainda é possível identificar certa superficialidade sobre essas descrições e conhecimento referente a comunidade que se trabalha, achado que converge com os resultados do estudo de Tesser e outros (2011), cujo objetivo era investigar de que maneira a análise da realidade social e de saúde era feita e como contribuía para a proposição de ações de promoção da saúde e de educação permanente. Em divergência, no estudo de Chagas e Vasconcellos (2013), realizado em USF do Rio Branco – AC, as autoras revelaram que nas equipes de saúde observadas nenhuma realizava diagnóstico da situação de saúde da população, assim como não levantavam informações referente às fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Por ainda ser superficial essa preocupação em relacionar problemas de saúde encontrados na comunidade com as necessidades de saúde da população, o olhar dos trabalhadores sobre o processo saúde-doença ainda se configura de maneira limitada, relacionando as necessidades de saúde a uma visão biologicista e individual do trabalho, com ausência da integralidade. Por isso, é preciso maior criticidade de trabalhadores e gestores sobre a atuação e utilização das tecnologias de saúde, pois a partir delas são construídas o processo de trabalho na ESF, devendo-se considerar o conhecimento, os instrumentos utilizados e o vínculo com a comunidade para transformar as práticas profissionais e o próprio processo de trabalho em saúde. Ademais, reconhece-se que muitas das propostas em melhorar a assistência da ESF ainda acontecem de maneira isolada com grupos de trabalhadores e não para a atuação em equipe.

Por fim, ressalta-se que apesar da referência sobre a importância de utilizar tecnologias leves durante o processo de trabalho e da própria ênfase relatada pela grande maioria dos trabalhadores desta pesquisa, corrobora-se Pereira M. (2001), Anés e Ayres (2011)

quando pontuam não haver hierarquização de valor entre as tecnologias duras, leve-duras e leves, pois todas são consideradas importantes a depender da situação em que serão utilizadas. No entanto, segundo Merhy (2007), priorizar o uso de tecnologias leves viabiliza a transformação do objeto de trabalho, cujos processos de intervenção se dá em ato, buscando uma lógica de trabalho para além de saberes técnicos estruturados.

Apesar de ter sido encontrado no estudo, a predominância de tecnologias leves, como a conversa e a comunicação nos atendimentos, observa-se que a implantação do acolhimento ainda não acontece de fato. Reconhece-se como desafios para o SUS municipal, a implantação do acolhimento como um dispositivo de organização do processo de trabalho, assim como, a incorporação de uma política de educação permanente para todos os trabalhadores que atuam na ESF, pois através destas ações é possível modificar substancialmente a qualidade das atividades desenvolvidas por esses trabalhadores não só no âmbito individual, mas também no âmbito coletivo do trabalho em saúde.

Entende-se que a partir de um acolhimento e de vínculos qualificados dos trabalhadores com a comunidade, é estabelecido uma maior responsabilização e autonomia dos usuários no processo de cuidado que passam a interagir mais com os trabalhadores. Além disso, capacitar os trabalhadores de saúde da ESF, pode potencializar a construção de um novo perfil profissional para o SUS, cujo interesse maior deve ser sobre as demandas da instituição e da equipe em detrimento de interesses pessoais, voltados para a atualização individual.

O trabalho em equipe é um tema que está diretamente relacionado à organização do trabalho em saúde, conforme apresentado na figura 4:

Figura 4 – Trabalho em equipe e a organização do trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.- jul. de 2016.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Foram identificadas divisões técnicas do trabalho com a justificativa de poder realizar a diversidade de atividades e ações estabelecidas para a ESF. As falas convergem para diferentes processos de trabalho, os quais estão voltados para práticas clínicas individualizadas:

A organização da unidade, **cada qual é responsável pelo seu setor [...] a gente na realidade é um fluxograma**, né, o paciente ele chega na unidade, ele **passa pela recepcionista**, a recepcionista ela pega os prontuários **passa pra técnica de enfermagem que é quem vai tá fazendo essa triagem** de pressão, de glicemia, de aferição de temperatura, de peso e medidas e aí depois esses pacientes ela vai **ali naquele momento dividir: quem são os pacientes do enfermeiro e quem são os pacientes do médico.** (B2)

Cada quem conhece as funções que temos que fazer e cada quem é responsável por fazer essas coisas que cada um já tem que ter certeza, né, no momento de chegar que o que tem que ser feito por cada um deles. (A4)

Aí eu vou atender os pacientes lá de fora, pra saber... qual é... **em que setor eu vou direcionar cada um deles, se é pra médica, se é pra enfermeira, se são vacina, curativo, remédio** e aí a gente vai, juntamente com minhas colegas, aí a gente vai direcionando cada um pro seu setor. (A5)

Ainda sobre essa divisão, foi observada a prioridade e preocupação com a organização de cada setor pelo qual o trabalhador é responsável, a exemplo dos cirurgiões-dentistas juntamente com as técnicas de saúde bucal que priorizavam a organização do consultório odontológico, dos médicos e enfermeiras que organizavam seus atendimentos, das técnicas de enfermagem que cuidavam das salas de vacina e triagens a serem realizadas e das ACS que priorizavam a organização do seu trabalho através do cadastramento dos usuários e com as visitas domiciliares.

Com o propósito de ratificar as observações realizadas, têm-se as seguintes falas:

Sim, né, aí eu vou fazer o que: recolher o material, né, lavar, esterilizar, deixar tudo em ordem já pro outro dia, tudo arrumadinho, assim. (A2)

Como eu trabalho na sala de imunização, eu vou providenciar a retirada da vacina, né, que você tem que tirar o gelox, botar pra climatizar, você climatiza, depois você vai, anota, faz as anotações da temperatura, da geladeira e tal, depois você vai, quando climatiza você... coloca na caixa térmica, aí espera, aguarda a temperatura chegar ao nível ideal pra retirar a vacina da geladeira e colocar na caixa térmica e começar o seu trabalho. (B4)

Um dia típico no meu trabalho... eu faço assim, eu tiro um dia, né, digamos assim... hoje eu vou só fazer visita a gestantes, né, então eu vou fazer só visita a gestantes naquele horário, né. Pela manhã sempre... não todos os dias, mas sempre eu venho na unidade de saúde, né, não é todos os dias, mas sempre eu venho. Porque as vezes chega exames, chega muito exame e nós aqui entregamos, nós não deixamos a demanda na unidade de saúde. (B5)

Colocar número nas fichas... organizar tudo direitinho que a gente tem umas 'ficha' [...] então aí a gente vem, organiza os 'prontuário', deixo pronto lá, já preenchido com o nome das pessoas da família toda da casa e já deixo organizado, já com o número de família tudo organizado, com tantos prontuários lá, aí quando elas vêm já vê tudo 'organizadinho', aí não tem problema. (A6)

Depois que esses pacientes eles são triados, as pastas vêm pro meu consultório e eu vou chamando um por um [...] Nessa consulta a gente dá as orientações de enfermagem, procura saber se tá tomando a medicação correta, se tá sentindo alguma coisa, faz uma avaliação e aí transcreve a receita do médico, caso o paciente ele esteja sem queixas, se ele estiver apresentando alguma coisa a gente encaminha pro médico pra que ele possa tá reavaliando essa medicação que passou. (B2)

Em consonância a estes achados está o trabalho de Shimizu e Reis (2011) sobre as representações sociais dos trabalhadores acerca do Programa Saúde da Família e o estudo de Chagas e Vasconcellos (2013). Tais autores, afirmaram dificuldades em articular de maneira integrada as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, pois a priorização do trabalho nas USF se constituía de maneira muito individualizada.

Por meio das observações realizadas, poucos foram os momentos de trabalho em equipe realizados pelos trabalhadores, podendo-se citar uma atividade educativa desenvolvida pela enfermeira e a médica de uma das USF. Do mesmo modo, nos livros de registros, foram poucas as atividades em equipe que estavam documentadas em períodos anteriores ao

desenvolvimento dessa pesquisa. Em uma das unidades, observou-se no livro de registro o desenvolvimento de uma atividade educativa cujo tema foi “Tuberculose, prevenção, detecção, orientações gerais, alimentação, saúde bucal e outros” que contou com a participação da maioria dos trabalhadores da ESF, a saber: a técnica em saúde bucal, a técnica de enfermagem, o cirurgião-dentista, a médica, a auxiliar administrativo e a auxiliar de serviços gerais.

Não foram observadas nenhuma interação da ESB com a equipe de saúde da família, durante os atendimentos e/ou atividades de educação em saúde realizados nas USF. Conforme trabalho apresentado por Pereira R. (2011), existe o distanciamento entre o trabalho do cirurgião-dentista e o trabalho dos demais trabalhadores da ESF, por ocorrer uma atuação mais voltada a atender aspectos clínicos e de procedimentos a serem realizados. Diante do exposto, alguns entrevistados também relataram a ausência de participação no trabalho do outro:

Porque, geralmente, não tem muito encontro. Eu atendendo aqui, ela [médica] atendendo lá, os pacientes da enfermeira atendendo os dela... Só quando é atividade de creche, semana do idoso, semanas específicas, dias específicos também... Em datas já definidas. (A1)

O dentista... a gente tem um bom relacionamento, né, mas só que ele tem mais contato com a ACD [auxiliar de consultório dentário]. (A5)

No trabalho desenvolvido por Reis, Scherer e Carcereri (2015), foi identificado que o processo de trabalho do cirurgião-dentista ainda permanece muito direcionado nele próprio e, por isso, as ações para o trabalho em equipe eram enfraquecidas. A ESB ainda precisa desenvolver estratégias que busquem seguir os princípios e diretrizes do SUS. Nessa direção, Silva L. e outros (2012) afirmaram que para modificar essa atuação voltada para práticas assistenciais é preciso interagir com os demais trabalhadores na construção de atividades que tenham como foco a promoção da saúde.

Em um único momento de interação de todos os membros da equipe de saúde da família com a ESB, por meio de uma reunião realizada mensalmente pelos trabalhadores, foi observada a ausência de planejamento sobre o trabalho conjunto a ser realizado com a ESB, sendo apenas informada a necessidade de uma das técnicas de enfermagem se responsabilizar pela esterilização dos materiais e arrumação da sala, devido ao afastamento da técnica de saúde bucal. Com isso, verifica-se que apesar de existir um momento de compartilhamento das atividades a ser desenvolvida em equipe, a ESB ainda prioriza o atendimento individual em detrimento a atividades em equipe.

Além disso, foi possível identificar também a realização de atividades que não privilegiavam práticas de integralidade em saúde, mas que priorizavam ações com base na queixa do usuário e com o direcionamento apenas para problemas identificados individualmente nos consultórios das USF. Dentre os grupos priorizados da assistência, estavam as gestantes:

[Encaminhamento de usuários para a médica e a enfermeira] **Difícilmente**, porque aqui quando [acontece] alguma alteração, **a gente encaminha pro CEO** que é o Centro de Especialidades Odontológicas que é especializado na... em determinadas áreas. O que a gente não faz aqui, encaminha pra lá. (A1)

Olha, **com eles [cirurgião-dentista e com a técnica de saúde bucal], eu diria assim que eu tenho menos contato, né [...]** eu, claro, quando eu vejo algum caso eu faço referência ao odontólogo, **principalmente as gestantes, elas queixam-se muito de dor de dente na fase da gestação, então ele é muito parceiro com relação a isso.** (A3)

A gente fez um acordo agora com as enfermeiras também de todos as pacientes gestantes passar por... eu deixo um dia específico, só pra gestantes, pra tá acompanhando as gestantes e aí eu trabalho com ela do terceiro mês até o sexto e aí eu tento trabalhar nesse prazo, pra gente poder tá fazendo todo o tratamento dela que puder [...] **algum caso específico, entendeu, que vai é... passar pelo médico, pela enfermeira.** (B6)

Nesse sentido, pode-se inferir que o trabalho praticado nas USF pesquisadas é realizado pela justaposição das ações, onde os trabalhadores não desenvolvem suas atividades de modo que haja a complementariedade entre elas. Com isso, aumenta-se ainda mais a individualização do processo de trabalho na ESF, sendo um grande desafio romper com essa lógica curativista e programática das ações que são desenvolvidas de acordo às necessidades momentâneas apresentadas pelos usuários que em nada se aproxima ao que se preconiza a ESF.

Em complemento a divisão realizada no trabalho em saúde, as enfermeiras apresentaram uma particularidade. Além dos aspectos já pontuados sobre a organização dos seus atendimentos, também são desenvolvidas atividades voltadas para o gerenciamento das USF:

Acaba os atendimentos, a gente sai pra poder **ver o quê que tá faltando, o quê que tá no lugar, faz... olhar mapas de... mapas de procedimento, mapas de atendimentos [...]** sou eu quem arrumo o livro, que registro, que faço depois, no final, **o controle pra tá mandando pra secretaria, quantos atendimentos foram feitos, o armário em si, as pastas, dados dos ACS que eles mandam pra mim** as planilhas pra poder tá passando pro rapaz da digitação [...] **esse tipo de organização quem faz sou eu enfermeira [...]** eu vou tá fazendo o pedido de material, né, de insumo, **dessas fichas de atendimento individual, fichas de visita domiciliar que é do agente, ficha de procedimento que é da técnica de enfermagem e também do assistente bucal, então isso é um trabalho de gerência da enfermeira que a gente que faz esses pedidos, mensal.** (B2)

Eu verifico a pendência... se tem alguma pendência do dia anterior, eu verifico, as vezes chega um ofício que eu esteja fora, esteja em uma visita, esteja na secretaria, então chegou uma pendência ou alguma coisa eu sempre verifico no início do dia. (A3)

A gerência na ESF, pode ser exercida por qualquer trabalhador em saúde de nível superior, mas conforme pode ser visto em alguns trabalhos sobre essa temática, as ações em gerência tendem a ser realizadas predominantemente pelos enfermeiros (SILVA L. et al., 2012; CARVALHO et al., 2014; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014; RIOS, 2015), de forma dicotômica sem o envolvimento dos demais trabalhadores da ESF. Sob sua responsabilidade também está o direcionamento do trabalho em equipe que costuma acontecer nos momentos de reuniões:

A gente tem uma reunião de equipe, uma vez ao mês ou quando necessário duas vezes, **a enfermeira ela faz uma reunião de** equipe e ali a gente expõe as nossas dúvidas, as nossas ideias, pra melhor, ou quando tem alguma implantação de algo novo pra gente ‘puder’ programar melhor. (A5)

Ela [enfermeira] reúne todo mundo na sala dela, aí a gente vai sentar, vai ver o que foi que fez errado, vai ‘botar’ os pontos nos ‘i’s, tudo certinho. (B1)

Neste estudo, as enfermeiras possuíam o papel de mediadora das reuniões, aquelas que direcionavam os assuntos a serem discutidos; os trabalhadores tinham suas dúvidas, sugestões e opiniões escutadas e assim discutidas para a tomada de decisão final decidida em equipe. Pereira R. (2011), identificou em seu estudo, que através desses espaços de discussões entre os trabalhadores da ESF, as relações de poder impostas pela forma de organização do trabalho em saúde tendem a enfraquecer.

Em divergência ao que foi encontrado nesta pesquisa, no trabalho de Matumoto e outros (2005), sobre a experiência de equipes de saúde da família em Ribeirão Preto – SP, identificou-se que durante as reuniões realizadas pelas equipes havia certa hierarquização das falas com os trabalhadores de nível superior, bem como a transferência de decisão final não para a equipe da ESF, mas para um único trabalhador, considerado o coordenador da equipe: o médico.

Sobre os assuntos a serem discutidos para o planejamento mensal das atividades, bem como a participação da equipe durante as reuniões, foram identificadas particularidades entre as duas USF, pois enquanto uma realizava reuniões mensais com a participação de todos os membros da equipe, a outra realizava reuniões individualizadas com pequenos grupos de trabalhadores, priorizando-se os técnicos de enfermagem e os ACS.

Tem a **reunião de equipe, né, falando sobre cada atividade [...] os agentes e nós aqui do posto: enfermeira, médico, os técnicos, a recepcionista, todo mundo [participa] [...] [finalidade da reunião]** “A finalidade é o que? De qual vai ser a atividade do mês, entendeu?! O que vai acontecer neles, a agenda da enfermeira e da médica. (A2)

Nós temos a reunião de equipe. Essa **reunião de equipe acontece sempre, [sempre] tá acontecendo [...]Aí geralmente a gente expõe o problema que tá acontecendo ou até aqui mesmo na unidade, quando acontece algum problema também...coloca-se em pauta e resolve ali na hora...** é questão de unidade, abrir unidade, questões do agentes de saúde... do agente... do trabalho extra, porque nós fazemos o trabalho extramuros, né, a gente não fica aqui na unidade, aí **qualquer coisa que tiver é colocado na pauta e ali é [discutido] [...]A reunião é a equipe toda: é o agente de saúde, os técnicos, até o agente da limpeza faz parte.** (A6)

Através das observações realizadas, foi possível presenciar dois momentos de reuniões entre as equipes nas USF, com periodicidade mensal. Em uma delas, foram discutidos assuntos referentes ao planejamento de ações a serem desenvolvidas, orientações sobre mudanças de comportamentos dos trabalhadores, resolução de conflitos, dificuldades apresentadas, repasse de informações advindas da SMS e repasse de informações sobre a USF.

Segundo Pereira R. (2011), temas relacionados ao planejamento e avaliação de atividades acontecem em momentos de reuniões com todos os trabalhadores envolvidos. No entanto, nesta pesquisa, apenas as ações educativas realizadas fora do ambiente da USF e atividades relacionadas às exigências da SMS eram colocadas na agenda de prioridade. Com isso, retoma-se a ideia de processos de trabalho verticalizados e pautados não nas necessidades apresentadas pelos usuários e trabalhadores, mas com enfoque para a obtenção de metas exigidas pela SMS. Ademais, o trabalho não é horizontalizado, dado que cada trabalhador de nível superior se responsabiliza pela atividade, a partir do tema informado durante as reuniões. Entende-se, portanto, mais uma vez, a justaposição das ações e o fortalecimento da equipe da ESF no formato de agrupamento, com a sobreposição de ações individuais (PEDUZZI, 1998).

A entrevistada B2, não considera relevante a participação do médico na tomada de decisões, com a justificativa de que as reuniões realizadas se referem apenas à equipe de enfermagem.

Só quem não participa das reuniões, que dificilmente participa, são os médicos, porque a gente trata, realmente, de assuntos de enfermagem, assuntos de conduta de equipe e a gente sabe que a equipe é responsabilidade da enfermagem, né, então assim, o médico se solicitar, ele participa, mas assim, dificilmente, porque as reuniões que a gente faz assim equipe é pra tratar assunto da equipe de enfermagem. (B2)

Durante observação realizada na reunião desta equipe, apenas a equipe de enfermagem estava presente. Não foram discutidas ações de planejamento das atividades que

seriam realizadas pela USF. Dentre os pontos de pauta estavam: informações relacionadas à USF, informações vindas da SMS, orientações sobre mudanças de comportamentos dos trabalhadores, resolução de conflitos e as dificuldades apresentadas no desenvolvimento do trabalho.

Ao analisar os livros de reuniões, a participação de todos os trabalhadores da equipe, restringia-se a uma das USF. Contudo, os pontos de pautas discutidos eram semelhantes nas duas USF, estavam centrados na resolução de problemas administrativos, em acordo ao que Araújo (2013) encontrou em seu trabalho.

Em trabalho realizado por Souza M. e outros (2013, p. 192), cujo objetivo era analisar o trabalho em equipe na atenção primária em saúde de Portugal⁶, identificou-se a “percepção favorável por parte dos entrevistados, que ressaltou a existência de integração e cooperação entre os membros da equipe, com maior socialização das informações, plano de trabalho comum, existência de reuniões para decisões coletivas e planejamento participativo”. Deve-se considerar que estes resultados, podem estar relacionados a exigência de formação específica para a atuação na AB de Portugal, diferentemente do que acontece no Brasil, onde não são exigidos dos trabalhadores formação em AB para o serviço. Como foi possível notar, ainda é preciso avanços que viabilizem o trabalho em equipe com as diferentes formações exigidas pela AB no País.

Aproximando-se dos achados desta pesquisa, o estudo de Chagas e Vasconcellos (2013), revela ausência total de planejamento realizado em equipe, sem sistematização das ações e, portanto, com presença de dificuldades nas avaliações e no próprio planejamento das atividades, haja vista não existir a identificação das responsabilidades comuns e específicas de cada trabalhador envolvido na ESF.

A falta de participação da equipe em tomadas de decisões e durante as reuniões não dificulta apenas às respostas a serem dadas às necessidades de saúde dos usuários, mas também prejudica a discussão de casos e a busca por soluções aos problemas relacionados ao processo de trabalho em saúde da ESF. No entanto, concorda-se com Peduzzi e outros (2011, p.636), quando afirmam que “não basta fazer reuniões; é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica com base na argumentação crítica e fundamentada, em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço”. Em complemento, Araújo (2013) considera importante existir os momentos de interação entre a equipe, porém, durante as reuniões, não basta esse contato entre todos os trabalhadores, é preciso avançar na

⁶ A formação da equipe mínima da ESF, em Portugal, conta com enfermeiro, médico e técnico administrativo.

perspectiva de promoção de novas ideias e de compartilhamento do trabalho em saúde para buscar ações que facilitem não só o trabalho em equipe como também a assistência integral a saúde dos usuários.

Sobre as atividades realizadas no contexto da ESF, notou-se que estas não são feitas com frequência nas USF, sendo os relatos mais direcionados a grandes atividades desenvolvidas na comunidade:

Às vezes tem reuniões aqui na igreja, fazemos também festinha pra criança, quando tem época de dia das crianças, fazemos um trabalho comunitários com as crianças, também tem como é... as enfermeiras também providenciam trabalho com idoso, com hipertensos e diabéticos, **também tem aqui na escola que vai a gente vai lá e faz conversa com os alunos, fala sobre DST...** faz todo um trabalho pra comunidade e aqui dentro. (B4)

Você pode fazer uma **atividade na comunidade**, uma palestra, pode fazer uma **atividade aproveitando uma VD** e fazer na família. (B3)

A gente tem uma atividade na escola... que foi o dia todo, então **estava presente o médico, a enfermeira, o dentista, fez o trabalho lá com as... com os 'adolescente'?... não tem problema não... quando marca aqui qualquer atividade, a gente tá junto.** (A6)

Conforme já citado anteriormente, observou-se poucas atividades dentro das USF realizadas pelas equipes. Apesar disso, pôde-se analisar por meio de documentos enviados pela SMS, algumas atividades que eram preconizadas pela gestão municipal e MS a serem realizadas no contexto do Programa Saúde da Escola (PSE). Não foi possível acompanhar essas atividades, porém, durante uma das reuniões, observou-se a discussão entre a equipe sobre o agendamento, bem como a confirmação da participação de todos os membros da equipe, no entanto, as atividades não foram realizadas em conjunto. Cada trabalhador estava responsável por um tema e um turno para realizar as atividades programadas. Concorde-se com Araújo (2013) quando sugere que é preciso ações mais dinâmicas entre os trabalhadores de saúde para organizarem intervenções coletivas e não meramente atividades de educação em saúde fracionadas e individuais.

No entanto, em uma das entrevistas, foi relatado a ausência da participação médica em atividades relacionadas ao PSE: “porém o médico, ele não... participa, porque as... segundo as informações que a gente teve lá da... Só se ele quiser, certo?! Mas é um trabalho que é desenvolvido pela enfermagem e pela dentista com a assistente de saúde bucal” (B2). Durante a coleta, nenhum ofício enviado pela SMS foi encontrado, informando sobre a liberação do trabalhador médico na realização de atividades voltadas para o PSE. Este discurso de B2 se aproxima da perspectiva do trabalho médico afastada das ações de prevenção e promoção à saúde, encontrado em estudos com médicos não pertencentes ao programa mais médicos

(COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; ROECKER; BUDO; MARCON, 2012). Além disso, infere-se existir a falta de integração dos demais trabalhadores que atuam na ESF em compartilhar atividades relacionadas a promoção da saúde envolvendo o médico.

Com isso, a entrevistada A4 questionou sua ausência e passou a fazer parte das atividades: “**não me convidavam, não comunicavam** que dia vai ter o ‘x’ coisa em ‘x’ escola pra eu fazer [...] [as atividades educativas fora da unidade] **aconteciam, mas aconteciam sem mim**”. Os médicos estrangeiros possuem em sua formação o direcionamento para práticas que valorizem as ações de promoção à saúde, diferentemente do que existe na formação médica brasileira que ainda é predominantemente biologicista (SANTOS J. et al., 2016).

A participação, neste tipo de atividade, não deveria estar facultada a um desejo e/ou intenção em participar, mas sim ser vista como um dos objetivos a serem alcançados pela equipe da ESF, envolvendo todos os trabalhadores com ações que fortaleçam as ações educativas, aproximando este público e suas famílias dos serviços de AB. A PNAB, preconiza que tal participação deve compreender todos os trabalhadores da ESF, com o objetivo de promover uma atenção integral à saúde, valorizando aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012a).

Em relação às atividades educativas realizadas com preparação prévia dentro das USF, apesar de não serem feitas periodicamente, foram relatadas por alguns entrevistados:

Tem uma turma de pessoas aí, né, esperando a médica, **a gente faz palestras, né, educação bucal, explica como é**, crianças, adolescentes, idosos. (A2)

Fazemos palestras também aqui que chama-se sala de espera, as enfermeiras também ‘faz’, o médico faz, as técnicas também ‘faz’, a dentista faz e a gente vai organizando como pode, né. (B5)

E as **salas de espera que a gente vai aplicar palestras, orientações gerais**, também funcionam, né, **não são feitas constantemente**, né. (A4)

Presenciou-se uma atividade educativa realizada pela médica da USF juntamente com a enfermeira, cujo tema era sobre as complicações do Diabetes, alimentação adequada, importância da atividade física e uso correto de medicamentos. Os usuários participantes eram aqueles que já aguardavam a consulta referente ao atendimento de hipertensos e diabéticos. Percebeu-se que poucos interagiram com as trabalhadoras, no entanto, houve estímulos por parte delas para que pudessem tirar as dúvidas e relatarem possíveis dificuldades apresentadas durante a apresentação. Através desses momentos de interação trabalhadores/usuários, é possível considerar e discutir a forma de compreensão da população e aprimorar um formato que possibilite a aproximação da comunidade aos trabalhadores do serviço de saúde,

promovendo laços de confiança, vínculo e o compartilhamento de informações com os demais usuários.

Apesar de não terem muitos registros dessas atividades realizadas em conjunto com a comunidade, reconhecidas como “salas de espera”, notou-se durante algumas observações, nos atendimentos clínicos e procedimentos, situações de orientações educativas realizadas individualmente com os usuários. Pôde-se reconhecer nesses encontros, a criação de diálogos, por meio da troca de informações entre trabalhador-usuário. No entanto, concorda-se com o estudo de Pinafo, Nunes e Gonzalez (2012), sobre a educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde da família que ao se utilizar desses repasses de orientação individual, o trabalhador segue a lógica de transferência das informações, podendo agir inclusive de maneira coercitiva, atitude esta que minimiza a participação dos usuários e conseqüentemente sua autonomia no processo de decisão.

Em continuidade, apesar da identificação de atividades educativas desenvolvidas pelos trabalhadores da ESF, esta responsabilização não se detém a todos da equipe. A entrevistada B6, também relatou realizar atividades educativas na USF, porém estas não eram priorizadas durante a organização do seu processo de trabalho:

Durante a manhã ou então quando quebra alguma coisa aí dá pra fazer [atividade educativa]... por exemplo, não ‘tava’ fazendo restauração, porque o material quebrou, aí eu ‘tava’ fazendo sala de espera, fiz uma sala de espera [...] aí eu tento fazer assim... um dia... dá uma folguinha, eu pego os pacientes que tão aí, passo... pego um tema... diabetes. (B6)

Na fala de B6, é possível identificar a priorização de atividades relacionadas aos procedimentos individualizados, colocando em segundo plano as atividades de educação em saúde que poderiam ser utilizadas como ferramentas em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Este achado também foi encontrado em outros estudos (FIGUEIREDO et al., 2010; MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011; SANTOS C. et al., 2012). Outro fator implícito que pode dificultar a realização dessas atividades é pelo fato dos atendimentos de B6 se direcionarem a demandas espontâneas, reforçando o foco do trabalho em ações centradas em procedimentos.

Em estudo desenvolvido em quatro diferentes centros urbanos do País, Santos A. e outros (2012), identificaram que menos de um terço dos trabalhadores (ao todo foram entrevistados 483 profissionais) reconheceram a importância da realização de ações educativas diariamente, como consequência houve a insuficiência de atividades mais amplas (preventivas e promocionais) e debates acerca dos determinantes sociais da saúde, no âmbito do território, fragilizando a ESF e restringindo as responsabilidades sanitárias a atividades rotineiras clínico-

ambulatoriais. Nota-se que ainda é um desafio a ser superado na ESF, a realização de atividades educativas em saúde utilizadas como estratégia primária na mudança do comportamento do modelo biomédico, mesmo após a implantação do programa mais médicos.

Em contrapartida no estudo de Vargas, Campos e Vargas (2016), sobre os desafios e impasses na implementação do programa mais médicos em um município do Rio de Janeiro, identificou-se importantes contribuições na realização de atividades educativas com a participação da equipe, contribuindo para atividades tanto nos espaços das USF quanto da comunidade, avanços conquistados após a adesão do programa mais médicos.

Sobre as dificuldades dos trabalhadores em realizar atividades educativas, sejam elas em sala de espera das USF ou na comunidade, alguns culpabilizaram os usuários, conforme afirmou B2: **“eles [usuários] não compareceram, compareceram os mínimos”**; B5 também confirma essa dificuldade: **“convidar, só por falar, pra fazer uma palestra, uma brincadeira, uma reunião, eles [usuários] não querem ouvir, não querem vim”**. Durante as entrevistas com os usuários não foram relatadas participações em atividades educativas.

Essa dificuldade em realizar atividades educativas que contem com a participação efetiva dos usuários pode ser justificada pela ausência de planejamento conjunto entre equipe e a comunidade, de modo a identificar os temas a serem trabalhados; o método utilizado que fica, na maioria das vezes, centrado na simples transmissão de conteúdos e ações pouco atrativos.

Dentre as justificativas consideradas por Marqui (2010, p. 960), sobre a compreensão dos usuários diante das propostas definidas na ESF, destacam-se a ausência **“de atividades de sensibilização e educação em saúde quanto à proposta da estratégia, a ansiedade dos profissionais em enquadrar as queixas dos usuários em condutas biomédicas”**. Nesse sentido, é importante ponderar as razões pelas quais os usuários não participam das atividades realizadas, cabendo aos trabalhadores fomentarem estratégias que ampliem a participação e também o (re)conhecimento do papel exercido pela ESF, no contexto da AB em saúde. Além disso, a gestão municipal também deve fazer parte dessa ampliação de estratégias, estimulando os trabalhadores por meio de educações permanentes e apoio nas realizações de atividades que tenham como cerne a promoção da saúde.

Sobre a participação da SMS, junto à organização das atividades a serem desenvolvidas pela ESF, B5 afirma existir essa participação: **“a gente vai trabalhando assim em conjunto, tanto unidade de saúde, comunidade, como secretaria de saúde”**. No entanto, alguns trabalhadores referiram certa dificuldade de participação da SMS de maneira prática, conforme as falas a seguir:

Teria que ter mais suporte pra o agente e assim... **em relação até a Secretaria com a gente mesmo... ter mais suporte, mais interação entre nós.** (A6)

Há muitas coisas que a gente faz até do bolso próprio, entendeu, há muitas questões que a gente consiga fazer este... com a ajuda dos profissionais que estão comprometidos, né, a dar uma ajuda é... extra ou além do trabalho que tem que ser feito. (A4)

Ajuda, entendeu, ajuda muito, mas às vezes, **eu vejo que deixa a desejar.** Nessa forma mesmo... **às vezes a gente quer fazer um evento bem maior, bem mais organizado pra comunidade, a gente pede ajuda lá, mas não consegue [...]** mas eu acredito que pela demanda, porque é muita gente, é ‘muitas unidades’ e todo mundo tem algo a fazer. (B5)

Pôde ser notado que a participação da gestão municipal com a equipe acontece por meio de reuniões realizadas com as enfermeiras das USF, com uma periodicidade média mensal, conforme ofícios recebidos pelas USF e/ou através de ofícios enviados aos trabalhadores da equipe. Sobre a participação da gestão municipal em atividades desenvolvidas pela USF, não foram vistos registros. Outro ponto também, em realizar estas atividades, está por conta de exigências da SMS, que possui enquanto meta, de acordo com a PAS (FEIRA DE SANTANA, 2016), realizar atividades de mobilização da comunidade nos mais variados temas (saúde da mulher, saúde do homem, vacinação de criança, adolescente, gestante e idoso; agravos e problemas de saúde). Logo, atividades realizadas para o cumprimento de exigências ligadas a produtividade do trabalho.

Durante as entrevistas, alguns depoentes relataram situações de supervisões realizadas pela SMS, com o intuito de identificar os problemas relatados pelos trabalhadores, como também verificação do trabalho destes.

De mês em mês, de dois em dois meses, agora mesmo a gente tá esperando eles ‘chegar’. [...] **Vem a coordenadora, olha tudo, examina tudo, pede o livro, olha pra ver se tá tudo marcadinho, se tem alguma coisa errada, tudo elas ‘olha’ [...] eles não falam nada, se tiver tudo certo, não fala nada, mas se tiver alguma coisa pendente vão mandar na Secretaria, ver porque tem isso... tá na pendência.** (B1)

Tem o pessoal da Secretaria, né, a coordenadora vem dá uma revisada, pra ver como é que tá. **A gente fala, né, o que que tá faltando, o que precisa e aí ela anota lá e só.** (A2)

Não acontece com muita frequência, mas acontece, não é, que já seria com os coordenadores ou supervisores das unidades, pra eles também ‘direcionar’ quê que a gente tá fazendo certo, quê que a gente tá fazendo errado, que pode melhorar, que não pode melhorar e também nós ‘passar’ essas dúvidas ou questões ou **problemas que eles possam orientar ou solucionar.** (A4)

Diante dos relatos apresentados, nota-se o distanciamento da SMS com a responsabilização sobre os processos de trabalho realizados pelos trabalhadores das equipes, ocorrendo mais situações de “cobranças”, cujo foco é a fiscalização, não contribuindo para

melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente para a atenção à saúde dos usuários. Esses achados coadunam com o estudo de Rios (2015).

Em consonância, ao trabalho realizado por Rad e Rocha (2011), sobre a percepção dos profissionais de saúde em relação ao cotidiano do seu trabalho nas USF, não se observa uma aproximação entre trabalhadores e gestores de saúde, de modo a articular medidas que possam resolver situações de saúde e que possam promover a reversão do modelo assistencial.

Ratificando a fala de A4, em observação realizada em uma das USF, verificou-se a supervisão realizada exclusivamente com a trabalhadora do programa mais médicos, não envolvendo os demais trabalhadores da equipe. Tal conduta está em conformidade à compreensão de Campos e Pereira Júnior (2016) sobre a supervisão estar direcionada aos médicos do programa, sendo que esta conduta não promove uma prática pautada na responsabilidade e autonomia da equipe de saúde da família frente às ações que deveriam ser desenvolvidas para o fortalecimento do SUS.

Em contrapartida, no trabalho desenvolvido por Rodrigues, Quaresma e Monteiro (2015), sobre o papel do supervisor em atividades de educação em saúde no programa mais médicos, foram encontradas estratégias desenvolvidas pela gestão municipal para aproximar todos os trabalhadores da equipe no desenvolvimento de ações que viabilizariam melhores serviços na ESF, não voltado apenas para os atendimentos clínicos, mas para a realização de encontros com a comunidade, caminhadas, rodas de conversa, confraternizações de grupos, lanches coletivos, dentre outros. Percebeu-se com este estudo, melhor organização do processo de trabalho em saúde realizado não só pelo médico do programa mais médicos, mas por todos os trabalhadores envolvidos na ESF, sendo encontrado equipes mais estimuladas com os resultados positivos das ações desenvolvidas em parceria com os trabalhadores de saúde e com a gestão municipal.

A falta de recursos, assim como a falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido também geram frustrações no trabalhador, conforme afirmou A2: “a **Secretaria não reconhece, né, o trabalho dos técnicos... É bem pra baixo mesmo, não tem aquela importância com a gente**”. Nesta fala é manifestado o descontentamento da trabalhadora sobre o fato da supervisão da SMS acontecer de forma policialesca, não havendo um momento de interação e de feedback sobre os pontos positivos identificados no processo de trabalho em saúde. Conforme afirmaram B1 e A2, os supervisores acabam se restringindo às atividades de controle.

Nesse sentido, a organização dos trabalhos da equipe da ESF, se restringe a atender as “cobranças” advindas da gestão municipal e, portanto, a preocupação se direciona à divisão

de tarefas, com o intuito de realizar essas demandas de maneira verticalizada em detrimento à participação efetiva dos trabalhadores juntamente com os gestores nas decisões e nos desafios a serem superados que estejam ligados à organização do trabalho em saúde, conforme estudos publicados (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004; OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; RODRIGUES; QUARESMA; MONTEIRO, 2015).

Além disso, há também uma dificuldade de informatização que facilite essa relação da gestão municipal com a equipe da ESF, pois é preciso passar por muitos caminhos para solicitar e/ou até mesmo realizar a entrega de algum dado da USF e também não há prontuário eletrônico ou preenchimento de dados realizado diretamente no computador. O preenchimento de dados e de consultas nos prontuários, bem como solicitações de pendências à SMS é feito de forma manual.

A gente faz um ofício e manda... não vai pra mão daquela pessoa diretamente, pra poder aquela pessoa resolver tudo isso e dizer ‘olha, tal dia vai chegar tudo isso’ não... passa na mão de muita gente, as vezes até fica lá... demora de ser resolvido, atendido, né. (B5)

Então, até um ofício que tem que enviar pra Secretaria, eu tenho que escrever a punho e aí a gente atende doze pacientes de manhã ou quinze ou doze à tarde, tem além disso, tem que preencher os formulários de atendimento individual, tem que preencher os impressos pra mandar pra Secretaria, tem que preencher livro, então assim se fosse uma questão de... tivesse um sistema que você já chegava ali, fazia a evolução e ele te dava já quantos pacientes você atendeu, já colocaria, né, o... imprimiria o relatório já pra mandar pra Secretaria, eu acho que isso tornaria mais fácil. (B2)

Com isso, B2 afirmou que por meio da informatização, seja para realizar uma comunicação direta com o supervisor da AB no município ou até mesmo no preenchimento de dados, o desgaste do processo de trabalho em saúde poderia ser reduzido.

A gente precisa, na verdade, informatizar. Talvez se aqui a unidade ela fosse mais informatizada, a gente tinha assim, uma claridade melhor, porque teria mais tempo, ou seja, tudo que a gente faz hoje tem que ser escrito, manuscrito. [...]gestantes de primeira consulta mesmo é muito papel pra preencher, tem que preencher cartão, tem que preencher ficha de evolução, ficha de acompanhamento, o sombra do cartão, então a gente demora mais tempo. (B2)

É importante destacar que existem computadores nas USF pesquisadas, no entanto, esses instrumentos são apenas utilizados nas salas de vacina que possui um programa específico de anotação de todas as vacinas realizadas pelas unidades, conforme explicou A5:

Os ‘registro’, ele foi lançado na unidade este ano, né, ele tem nome, endereço, data de nascimento, nome da mãe e todos os históricos de vacina das crianças que

passam por mim, pela essa unidade, então é tudo registrado, no computador e a data de retorno também das próximas vacinas, é tudo registrado no computador... da idade da criança, a vacina que ela tem direito a que ela não tem direito até a certa idade, tudo isso é... o registro ele fala, no computador. (A5)

No entanto, apesar de haver esse preenchimento dos dados através dos computadores, em uma das USF, a trabalhadora continuava executando o trabalho de maneira manual, devido à ausência de treinamento para a utilização do programa. Além disso, ainda não há internet para direcionar esses dados para o setor responsável da SMS, que acaba sendo enviado de forma impressa. A ausência de internet nas USF foi identificada como uma dificuldade nos trabalhos de Facchini e outros (2014) e Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015).

A gente faz o fechamento da vacina, a gente manda a contagem lá pra o Ministério da Saúde. [...] **Vai pela Secretaria e a Secretaria lança lá, a gente manda pelo pen drive pra eles, eles realizam o cálculo, lá na Secretaria, né, das vacinas e aí vai pro Ministério da Saúde.** [...] Todo final de mês a gente tem que entregar essa contagem na Secretaria. (A5)

Em complementariedade, um dos usuários também pontuou a importância e o benefício em se ter um serviço informatizado: **“aqui deveria ter coisa de computador também. Não facilitava mais não o trabalho deles também?** Acho que facilitava, né... não tem... aqui não tem computador. Acho que deveria colocar, né” (C7). Nesse sentido, infere-se que caso os trabalhadores tivessem acesso a um trabalho com uma rede informatizada, traria benefícios também ao atendimento das necessidades dos usuários, pois de certa forma iria acelerar o processo de anotação de dados que não mais seriam feitos manualmente e conseqüentemente sobraria mais tempo para a realização de atendimentos e atividades a serem desenvolvidas para a comunidade. De acordo com a PAS (FEIRA DE SANTANA, 2016), uma das metas propostas pela SMS era de informatizar o atendimento em 35 USF, porém a informação de metas atingidas não estava preenchida no documento e nas USF pesquisadas esta informatização não foi identificada.

No trabalho desenvolvido por Souza M. e outros (2013), identificou-se experiências exitosas em Portugal com a ampla utilização, pelos trabalhadores, dos serviços informatizados para a organização dos serviços de saúde. No Brasil, ainda se encontra desafios a serem superados em relação ao acesso à informatização.

Notou-se, por meio das observações, o incipiente uso das informações e repasses desses dados preenchidos pela equipe da ESF que venham beneficiar bem como desenvolver planejamentos em saúde de maneira articulada entre gestores e trabalhadores das USF, com a

intenção de traçar metas, objetivos e ações que atuem não só na resolução dos problemas identificados, mas também ajude na organização do trabalho em equipe. De fato, é preciso avançar na perspectiva da utilização das informações, sendo essa uma lacuna a ser preenchida

Percebe-se que tanto a organização do serviço quanto o desenvolvimento do trabalho em equipe acontecem de maneira fragmentada e individualizada que reforça o modelo biomédico e é influenciado pelo modelo taylorista/fordista, em que o trabalho é dividido por tarefas, afastando a interação entre os trabalhadores de diferentes níveis hierárquicos. Contudo, alguns trabalhadores afirmam possuir este tipo de organização, culpabilizando os usuários que buscam o serviço com problemas de base já instalados, conforme as falas a seguir:

É, assim, todo dia eu chego, né, porque as pessoas não vêm... Não importa muito, né, em procurar aí cuidar da saúde bucal, aí eu vou pergunto: precisa fazer uma limpeza? Como é que é? Tem que tá vindo sempre regularmente ao dentista, pra ele dar uma olhada, pra ver como é que tá. (A2)

Eu queria realmente que a população entendesse a importância da prevenção, né, tá cuidando do dente e não... cuidar somente pra extrair. (B6)

Acontece que o paciente vem procurando um check-up. (B3)

Tem umas que não gostam de vir pro atendimento, porque já tem também aquele estigmatismo de que só médico é quem resolve a questão. (B2)

Aqui é muito complicado nessa parte aí que a gente educa, conversa, mas não tá dando ainda aquele resultado que nós esperávamos, entendeu, e... então aqui tem diversos tipos de problema. (B5)

Em consonância a estas falas dos trabalhadores, alguns usuários reforçaram a ideia de procura dos serviços das USF apenas quando apresentavam algum tipo de problema, conforme as falas a seguir: “na hora que eu tiver precisando, tiver algum problema... eu vim e ser atendida” (C9); “quando eu tô sentindo alguma coisa, aí eu venho” (C3); “eu troco a receita de três em três meses. Aí não é todo dia que eu venho aqui não” (C1). No estudo desenvolvido por Pereira S. e outros (2015), sobre a equidade do acesso em uma USF de Pernambuco, encontrou-se também a doença como principal motivo para a busca de atendimento dos usuários no serviço de saúde.

Diante do exposto, surgem alguns questionamentos: será que o problema está nos usuários que não querem participar das atividades educativas propostas? Ou será que os trabalhadores não estimulam esse tipo de atividade e conseqüentemente a participação dos usuários? Ou será que na verdade nem os trabalhadores tampouco os usuários foram despertados a acreditarem/priorizarem ações de promoção da saúde?

Durante as consultas observadas, notou-se a preocupação dos trabalhadores, de nível superior, em orientar os usuários quanto a ações que poderiam contribuir na prevenção e

no não agravamento de doenças já instaladas, contudo, conforme já abordado, estas orientações eram de maneira pontual, sem a perspectiva de ampliar e considerar o empoderamento dos usuários diante das decisões a serem tomadas.

Silveira, Sena e Oliveira (2011), apresentam em seu trabalho as limitações e as possibilidades do trabalho em equipe na ESF e suas implicações para a promoção da saúde, onde os trabalhadores também referenciaram dificuldades em realizar ações de promoção da saúde, por conta da grande procura dos usuários ainda voltada para ações que fortalecem o modelo biomédico.

Já Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011), identificaram um estabelecimento verticalizado dos trabalhadores com os usuários do serviço, onde não havia incentivo destes trabalhadores em tornar o usuário empoderado do seu saber, ou seja, participativo nas decisões tanto de controle social como de participação de atividades, com isso, os usuários eram responsabilizados pelos problemas de saúde apresentados. No entanto, é preciso cuidado para que não se responsabilize o usuário, afinal os próprios pacotes de serviços ofertados na ESF reforçam a busca pelo modelo biomédico.

A depoente A3, afirmou que uma de suas dificuldades era promover mudanças de comportamentos na USF: **“a minha dificuldade é que eu gostaria de fazer mais por eles [usuários] e eles próprios me travam** com relação a isso e com relação a dificuldade de mudança que eu acho que todo mundo tem”. Percebe-se que apesar de haver um discurso, por parte dos trabalhadores, sobre o modo de procura do serviço voltado para aspectos de tratamento de doenças e valorização do trabalhador médico, os trabalhadores ainda não conseguem visualizar uma forma diferenciada para realizar o seu processo de trabalho com base nos preceitos da ESF, por isso há que se criar estratégias que busquem o cuidado para além do ato prescritivo, considerando aspectos relacionais que envolvam a subjetividade ao ato de cuidar.

Segundo Merhy (2007), este é um dos desafios a serem superados por aqueles que atuam na ESF, pois é preciso atender às questões relacionadas ao atendimento das metas, assim como é importante considerar a produção de resultados com base em ações centralizadas nos usuários, devendo-se valorizar aspectos de promoção em saúde até a cura de alguma doença.

De fato, é preciso uma “articulação de novos arranjos para os processos de produção do cuidado, associados ao campo das necessidades dos usuários, [...] assim é possível ofertar o máximo de possibilidades para a inesgotável capacidade criativa do coletivo de trabalhadores que compõem as redes de atenção” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 162), cabendo também aos

gestores fazer parte dessa articulação dos arranjos necessários para a mudança de paradigma centrado na culpabilização dos usuários pelos tipos de serviços de saúde ofertados nas USF.

Sobre dificuldades de organização do trabalho em saúde, reconhecidas pelos usuários, citou-se a ausência dos ACS em algumas áreas:

Ah tipo assim, **eu acho assim ruim, porque** do [NOME DO LUGAR] **não tem ‘gente’ [agente] de saúde e tem hora que a gente precisa fazer uma pergunta.** Eu acho ruim, porque não tem. (C4)

Tô na área descoberta. Agora lá não tenho agente de saúde. (C8)

Eu nunca mais vi [ACS]... tem ano que eu vi a agente da gente. Eu nunca mais vi ela não. (C3)

O ACS é reconhecido como um dos trabalhadores mais próximos dos usuários, por também morarem nas áreas de saúde em que trabalham. A ausência deste trabalhador em uma área pode gerar o aumento de demandas para a USF que poderiam ser evitadas apenas com uma informação fornecida pelos ACS. A presença deste trabalhador nas áreas de abrangência das USF oportuniza maior confiança da comunidade em poder pedir informações e tirar dúvidas sem necessariamente precisar ir às USF, tornando-se, portanto, referência para a população. Conforme afirma B5, acontecem casos de usuários apenas iniciarem um tratamento após a sua orientação: “só porque vem com a caixinha diferente ou a cor do comprimido diferente, eles acham que não é a mesma medicação e aí então **tem que me procurar, mandam atrás de mim [risos] se eu disser que pode tomar, porque ali é igual, eles tomam**”. Em consonância a este achado está o trabalho de Peserico e outros (2014), sobre a atuação de ACS em Santa Maria – RS, que também identificaram os ACS como referência para a comunidade atendida.

Em continuidade, alguns aspectos importantes foram considerados pelos trabalhadores como facilidades na organização do trabalho em equipe, conforme as falas a seguir:

Independente de qualquer coisa, **você ter uma boa relação interpessoal, eu acho que facilita muita coisa, né?! (A3)**

Não tem o que dizer não, porque o grupo... a equipe é uma equipe legal de se trabalhar. (A6)

Aqui o [NOME DA UNIDADE] **é conhecido por ser uma equipe muito unida.** Eu sempre... desde que eu tô aqui... eu sempre tive a visão que **uma equipe tem que ser unida, tem que trabalhar junto [...] a gente tem alguma divergência, mas eu não deixo isso seguir adiante. (B4)**

Todo mundo aqui é um ajudando o outro, eu gosto muito, **eu acho muito positivo isso aqui, a nossa equipe é uma equipe muito boa. (B5)**

Graças a Deus é ótima, **me dou bem com todo mundo. (B1)**

Durante as observações não foram notadas situações de desentendimentos e/ou divergências entre os trabalhadores, apenas em momentos de reuniões algumas ponderações foram notadas, mas que tiveram resoluções no mesmo momento, sem que houvesse prejuízos para a organização do trabalho.

Nota-se que a grande maioria dos trabalhadores entrevistados relacionam o trabalho em equipe de maneira afetiva, considerando as inter-relações de amizade. Durante as observações, foi possível vivenciar momentos de maior interação e compartilhamento de informações entre as enfermeiras e os médicos das USF. Foram pontuais os momentos de participação conjunta destes com as técnicas de enfermagem e com os ACS, em relação ao compartilhamento do cuidado terapêutico dos usuários, o que caracteriza um trabalho hierarquizado. Dentre as ações pontuais observadas, esteve a visita domiciliar (VD) que aconteceu entre a ACS, a médica, a enfermeira e uma técnica de enfermagem, sem a participação da ESB e o direcionamento de uma gestante, pela enfermeira, à sala de vacina com a técnica de enfermagem complementando as informações repassadas pela enfermeira e realizando a atualização do cartão de vacina.

Vale destacar que sobre a VD, atividade a ser desenvolvida por todos da equipe, a entrevistada B1 relatou a ausência da ESB: “a doutora [cirurgiã-dentista] não faz”. Assim como, observou-se a ausência desta atividade na agenda de atendimentos de ambos cirurgiões-dentistas, indo ao encontro de resultados encontrados no trabalho de Costa R. e outros (2010) e Chagas e Vasconcellos (2013) que caracterizaram as práticas desses trabalhadores de natureza curativa e individual e por isso apresentaram as VD como um desafio a ser superado pela profissão, pois para que aconteça é preciso priorizar o uso de tecnologias leves no trabalho.

As falas convergem para um trabalho individualizado e hierarquizado nos consultórios, com valorização da comunicação voltada para o esclarecimento de dúvidas e troca de informações, com poucos momentos de resolução conjunta e de tomadas de decisões em equipe. Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Araújo (2013).

Surge uma coisa aqui no momento, eu me aproximo a enfermeira, seja o dentista, seja a pessoa que seja do interesse nesse momento, eu converso a situação, se é conveniente ou não... decidimos fazê-lo, né, ou não é. (A4)

Se tiver alguma reação de medicação ou ele [usuário] fale de uma queixa que a gente da enfermagem não consiga resolver, **a gente vai na sala do médico, conversa com ele e deixa aquele paciente pra ser atendido pelo médico** e ele prontamente atende, passa a medicação ou solicita o exame que for necessário. (B2)

Então alguém [trabalhadores de saúde] **vai lá na sala conversa comigo rapidinho e a gente troca essas informações.** (B6)

Em complemento, A4 pontua a importância de um trabalho em equipe para a tomada de decisões, mas conclui não haver essas ações no dia-a-dia do seu trabalho:

É melhor trabalhar em equipe, né, é melhor ter como falam por aí: duas cabeças pensam mais que uma, né, então o que eu não sei, pode ser que o outro saiba e que seja todos focados para uma mesma situação. Esse seria a grande coisa que eu... não sei se mudaria ou pediria ou esperaria e, mas bem **desejaria de um dia acontecer.** (A4)

É importante considerar, o quanto os trabalhadores de saúde precisam avançar diante da lógica de trabalho em que cada um se responsabiliza por um momento específico do atendimento ao usuário. As ações executadas entre os trabalhadores, precisam ser realizadas de forma coletiva e não somente por meio de ações individualizadas e parcelares. Ao executar um trabalho integrado, com tomada de decisões em equipe, há uma potencialidade maior em alcançar resultados que visem o atendimento integral e, conseqüentemente, a responsabilidade compartilhada em atender as necessidades da população assistida.

Dentre as facilidades encontradas no trabalho, A3 e B3 convergiram para a execução das atividades serem feitas seguindo um mesmo objetivo:

Tem que **trabalhar numa mesma sintonia**, falando uma mesma linguagem. (A3)

Temos que trabalhar, um trabalho fechado, né, como nós dizemos... falar o mesmo idioma, né... qualquer é... dúvida que existe, tanto por parte deles, as vezes por minha parte, a gente vai e conversa, né, todos os objetivos, ter a maior resolutividade aos problemas. (B3)

Utilizar-se de objetivos em comum, pode viabilizar contribuições importantes nas ações a serem realizadas na ESF e, principalmente, facilitar o trabalho em equipe. Esta necessidade de “trabalhar numa mesma sintonia” pôde ser identificada no trabalho realizado por Jesus (2006), sobre o processo de comunicação no trabalho em equipe no contexto da ESF. Os trabalhadores entrevistados, referiram a importância em utilizar uma linguagem similar entre os demais membros da equipe para facilitar o seu processo de trabalho. Concordando-se com Shimizu e Carvalho Junior (2012), as dificuldades de comunicação entre os integrantes da equipe promovem uma das situações mais graves no contexto do processo de trabalho em saúde.

O fato de existir discursos que valorizam o trabalho não verticalizado, na perspectiva de alcançar um objetivo comum, não configura o trabalho como sendo um trabalho em equipe. Conforme as observações realizadas, por conta da fragmentação do trabalho, cada trabalhador se responsabilizava por uma parte do atendimento e com isso cada um executava seu trabalho de acordo com o que considerava melhor para determinado usuário.

É reconhecido que a falta de sintonia e de diálogo entre os trabalhadores na execução do seu processo de trabalho provoca grandes problemas em relação às ações que deveriam ser realizadas no âmbito das USF, por isso é importante essa ampliação dos discursos identificados para ações que de fato considerem os trabalhos de todos os envolvidos na ESF. Em consonância, Peduzzi e Anselmi (2002), afirmam que a comunicação deve ser estabelecida de maneira mútua pelos trabalhadores envolvidos na ESF, com projetos que visem a construção de objetivos e linguagens comuns na organização do trabalho. Contudo, não se deve desconsiderar a presença de conflitos que fazem parte de toda organização do trabalho, pois conforme afirma Cecílio (2005, p. 511) “os trabalhadores de saúde podem ser pensados como homens da ação, como seres práticos, com capacidade para conhecer e (re)criar a realidade humana, inclusive tomando uma postura ativa e criadora diante dos conflitos”.

Considerar as práticas assistenciais e as necessidades de saúde como multifacetadas e repleta de subjetividade, se constitui também um grande desafio. Nessa direção, Peduzzi (1998) assevera que a articulação das ações envolvendo todos os trabalhadores da ESF com a construção de um plano de ação comum de trabalho, considerando as intervenções técnicas a serem desenvolvidas e a dimensão interacional entre eles, possibilitará um trabalho em equipe diferente do que foi encontrado neste estudo.

De acordo com os entrevistados, trabalhar em equipe se configura por cada um executar de maneira objetiva o seu trabalho, contribuindo para o atendimento um do outro, através da divisão técnica do trabalho. As ações desenvolvidas ainda estão pautadas no procedimento-centrado, com a presença de algumas dificuldades e grandes desafios para o alcance da integralidade do cuidado e da participação social efetiva. Além disso, percebe-se a ESB ainda muito distante das propostas estabelecidas pela ESF e de um trabalho conjunto com os demais membros da equipe.

Diante do exposto, considera-se que apesar da proposta de novas políticas, novos programas de saúde (como é o caso do programa mais médicos) e diante das novas formas de reorganização do modelo de atenção, aqueles que fazem parte da ESF ainda concentram suas ações com base no modelo tradicional de assistência, centrados em saberes específicos e individualizados de cada trabalhador em saúde. Destaca-se que a articulação de alguns membros da equipe, apesar de realizarem as trocas de informações, acabam por não decidir em conjunto a melhor maneira de intervenção e/ou conduta frente às necessidades apresentadas pelos usuários e/ou comunidade.

Ademais outro aspecto amplamente identificado para a dificuldade de organização do trabalho em equipe é a falta de sistematização e de um planejamento conjunto para a

realização não só de atividades, mas da forma de atendimento a ser realizada de acordo com os preceitos da ESF. A presença de metas e objetivos a serem alcançados se restringem as exigências realizadas pela gestão municipal. A falta de organização de um trabalho em equipe, compartilhando todas as etapas (desde a chegada do usuário até o seu atendimento final), compromete na identificação dos desafios e dificuldades enfrentados e com isso as transformações necessárias e as discussões para se alcançar os objetivos tampouco chegam a ser debatidos por todos.

Assim, apesar da comunicação ser considerada um dos instrumentos de melhor desenvolvimento para um trabalho em equipe, é preciso considerar alguns recursos que viabilizam essas discussões, a saber: a utilização de reuniões nas mais variadas funções, seja para toda a equipe ou para discussão de casos, supervisão, entre outros (PEDUZZI et al., 2011). Salienta-se, com isso, a importância do envolvimento de todos da equipe de saúde, a participação dos gestores municipais, bem como a participação da população no planejamento das ações. No entanto, “a articulação almejada e necessária para a integralidade das ações de saúde pressupõe a atuação consciente de sujeitos dispostos à integração. Esta não ocorre automaticamente na sucessão de atividades e intervenções produzidas pelos vários profissionais” (PEDUZZI, 2003, p. 85).

Com base em Mendes Gonçalves (1994), compreende-se que o processo de organização do trabalho em saúde na ESF, deve ser realizado com o objetivo de estabelecer uma relação dialética na tomada de decisões que considere às necessidades de saúde da comunidade e também as relações sociais, construída através do conjunto de saberes e de trabalhadores que se organizam para prestar uma assistência tanto individual quanto coletiva.

Reconhece-se os desafios a serem superados para que a organização do trabalho em equipe na ESF, por isso, pensa-se que é preciso a realização de uma gestão participativa que estimule a criatividade e a autonomia das equipes em organizar o serviço de acordo com as necessidades identificadas pela comunidade e pelos próprios trabalhadores de saúde. Além disso, é necessário a preparação durante a formação destes trabalhadores para atuarem em equipe na ESF, considerando aspectos de responsabilização e integralidade do cuidado. A gestão municipal também precisa desenvolver mecanismos que fortaleçam as ações para a participação em equipe no processo de organização do trabalho em saúde das USF, através da periodicidade de educações permanentes que tenham como foco os benefícios e as estratégias para desenvolver um trabalho efetivo e em equipe.

Para finalizar os elementos constitutivos do processo de trabalho, na figura 5, são apresentados os resultados encontrados referente ao produto do trabalho em saúde.

Figura 5 – Produto do processo de trabalho em saúde. Feira de Santana - BA, jun.-jul. de 2016.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Deve-se destacar o produto do trabalho em saúde como a etapa final do processo de trabalho, onde deverão ser alcançados os resultados esperados de acordo com a organização e as contribuições dos diferentes saberes dos trabalhadores envolvidos em resolver os problemas e as necessidades de saúde da comunidade.

Sempre procurar eliminar, né, a queixa do paciente ou, inclusive, a dor do paciente... Pra mim essas coisas. (A1)

A maioria das pessoas que chegam aqui, são pessoas carentes que realmente estão precisando desse atendimento. **Então o resultado é justamente é... a gente conseguir resolver esses problemas de algumas pessoas, da população em si aqui dentro da unidade.** (B2)

Qualquer dificuldade a gente tem... tá junto e a gente procura é... trabalhar, procura médico, procura o que for pra ajudar as pessoas da família daquelas pessoas [...] **a pessoa tá diabético, tá com problema nos pés, a gente procura o médico, o médico vai lá, avalia, ele faz uma cirurgia, faz qualquer coisa que tiver e ele fica bem... isso é satisfatório pra gente, né.** (A6)

Percebe-se, por meio destas falas, um olhar sobre o resultado do trabalho voltado para resoluções de necessidades biológicas dos usuários, pouco relacionadas às questões sociais, econômicas e de ordem pessoal. Entende-se que a intervenção focalizada apenas na recuperação do corpo biológico não tem respondido de maneira integral as necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade. É preciso ampliar a concepção sobre o cuidado em saúde para que sejam potencializadas as ações desenvolvidas em equipe com o compartilhamento de responsabilidades entre trabalhadores e a população atendida.

Destaca-se que um dos grandes desafios para o SUS municipal está em ultrapassar a ideia do cuidado centrada na cura e no tratamento de doenças para a produção do cuidado pautada no vínculo, humanização e acolhimento, através de ações em saúde que priorizem o

trabalho voltado para a promoção da saúde, com a efetiva participação dos usuários na tomada de decisões.

Com base nisso, os médicos das USF pesquisadas relacionaram o produto do seu trabalho considerando aspectos para além do problema biológico:

Bom eu acho que principalmente **a humanização do atendimento**, porque assim o que eu percebo e escuto e tenho dos pacientes é isso: “Ah doutora é que ninguém sequer olha a minha barriga, hora ninguém sequer me perguntou se eu moro com alguém, nem sequer isso...” [...] **a parte humana que não tem que se perder nesse relacionamento médico-paciente pelo menos tá aí, porque a partir disso a gente consegue descobrir qual o verdadeiro problema ou qual foi a verdadeira causa dessa pessoa se aproximar e independentemente que não se aproxime por certa causa, você vai cuidar dela integralmente, entendeu.** (A4)

Além dos problemas das doenças que tem uma pessoa, chega a ‘te’ conhecer os problemas internos de cada família, de cada pessoa, da comunidade. (B3)

A priorização destes trabalhadores para o cuidado mais relacional, pode ser justificada pela formação diferenciada em seus países de origem, cuja prioridade está em realizar uma clínica pautada no exame físico de qualidade e com valorização dos aspectos relacionados à família e ambiente que possam interferir nos quadros de saúde e/ou adoecimento de uma comunidade. Em consonância a este resultado estão os estudos de Mota e Barros (2016), em que os supervisores reconhecem que predomina a visão relacional do cuidado dos médicos estrangeiros em relação à equipe da ESF, assim como no trabalho de Santos J. e outros (2016), que trouxeram a compreensão de usuários sobre esse cuidado mais atencioso que permite um maior reconhecimento da população a respeito do trabalhador médico.

No entanto, apesar dos médicos estrangeiros deste estudo demonstrarem uma concepção ampliada sobre o cuidado, é preciso que os demais trabalhadores também reconheçam o cuidado como uma ação que vai além da produção de procedimentos. Para tanto, é necessário (re)configurar a organização do trabalho em equipe na perspectiva do compartilhamento e reconhecimento de saberes e de responsabilidades entre trabalhadores.

Também foram encontrados discursos que relacionam o produto do trabalho a uma ação caritativa e o quanto estas ações podem trazer benefícios para a comunidade assistida:

Eu trabalho pensando no bem-estar do próximo [...] eu tenho certeza que eu tenho uma grande responsabilidade na vida dessas pessoas. (A3)

O que eu considero **é eu saber que eu posso ajudar** [...] pra eu instruir a pessoa, pra eu esclarecer coisas que eles têm dúvidas, pra eu tá ali ajudando, pra eu ser o porta voz deles aqui na unidade de saúde e na secretaria... **isso é muito bom e me faz me sentir muito bem.** (B5)

Uma melhor qualidade de vida... pra comunidade. (A6)

Segundo Ayres (2001, p. 71) “a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”. Com isso, percebe-se uma aproximação dos discursos voltados para o cuidado ontológico que segundo Ayres (2004) é a busca por uma ação terapêutica, cujo objetivo está em aliviar o sofrimento ou alcançar o bem-estar de alguém, através da interação entre diferentes sujeitos. Por meio desta interação é possível considerar a responsabilidade que muitos trabalhadores possuem em relação aos usuários, através de características subjetivas do cuidado em saúde que estão mais associadas ao modo inerente de cuidar do ser humano do que a uma intervenção de cuidado profissional, associando-se então a um trabalho doméstico.

Apesar das falas diferenciadas dos trabalhadores quanto ao produto do seu trabalho, não foram encontrados discursos diferenciados de atendimento da equipe por parte dos usuários:

Toda vez que eu chego aqui me trata bem, não vou dizer que me trata mal. É ótimo pra mim. (C1)

Não... dos trabalhadores pra mim tudo é bom aqui, viu, as meninas aqui não ‘é’ ruim não, viu, se eu disser que é ruim, eu tô mentindo, pra mim elas são ‘ótima’. (C3)

Essa equipe que tá aqui agora... eu não tenho o que falar não... eles são... sabe trabalhar. [...] eu chego aqui, ele me atende bem, o pessoal ‘são’ comunicativo comigo, me trata bem... eu tenho que falar bem, né? (C7)

Atende a gente muito bem... é ‘umas pessoas’ maravilhosa, não tem o que dizer delas. Tanto como a enfermeira como a doutora, são umas ‘pessoa especial’. (C8)

Graças a Deus me tratam bem, não tenho o que falar de ninguém aqui. (C9)

Nota-se com as falas dos usuários uma postura de gratidão em relação ao atendimento oferecido pelos trabalhadores das USF. Esses discursos revelam subliminarmente, que muito embora avaliem positivamente a atuação da equipe, os entrevistados sempre se utilizam de palavras que negam a avaliação. Podendo-se justificar pelo fato da entrevista ter sido realizada na própria USF em que realizam o atendimento e, portanto, apresentarem algum tipo de receio em expressar o que de fato pensavam sobre o serviço em saúde.

Durante as observações realizadas nas USF, percebeu-se que esta satisfação acabava se resumindo ao acesso às consultas e procedimentos ofertados no serviço, não se referindo às questões de infraestrutura e também aos instrumentos, materiais e insumos presentes nas USF. Em conformidade a este achado estão os estudos de Trad e Esperidião (2009) e Sena e outros (2015), realizados com usuários acerca da satisfação em serviços da ESF.

Em complemento, os trabalhadores afirmaram que este tipo de reconhecimento e satisfação dos usuários com o trabalho desempenhado nas USF também é considerado como produto do seu trabalho:

O bom atendimento, né. Se o paciente não reclama aqui, sempre tratar bem o paciente... (A1)

Pessoal sair daqui satisfeito, o importante é isso, né? [...] Ah dá aquele obrigada assim bem [risos], fica bem assim... cheio de alegria, **muita satisfação.** (A2)

O resultado pra mim é a população satisfeita. (B2)

Reconhecimento da comunidade por mim, né, das crianças por mim e isso me deixa muito feliz. (A5)

O resultado disso é as ‘pessoas’ saírem daqui: “graças a Deus, muito ‘obrigado’ doutora, gostei do atendimento” só isso vale a pena [...] Você atender um paciente, ele reconhecer o seu tratamento com ele e ainda agradecer. (B1)

Muitos aqui me chamam de vovó e me dá ‘bença’, sabe [...] Então **o produto do meu trabalho é isso e o carinho que eles têm comigo [...] reconhecimento do pessoal, entendeu, do que eu faço, do que o médico faz, do que as colegas fazem.** (B4)

A grande parte dos trabalhadores de saúde empregam esforço e dedicação em seu processo de trabalho e com isso esperam o reconhecimento por tal empenho, bem como pelos resultados alcançados. Segundo, Dejours (1999), o reconhecimento do trabalho pode ser entendido pela psicologia como a motivação encontrada pelos trabalhadores para a execução das atividades desempenhadas na ESF. Ademais, conforme afirmou B5: “quando a população tá satisfeita, ele vem pra gente mais satisfeito, eles vêm pra gente mais alegre e vem pra gente mais aberto, então trata melhor a gente e aí então é tudo reciprocidade”.

De maneira semelhante, o reconhecimento do trabalho como parte do produto do processo de trabalho da equipe de saúde da família foram encontrados nos estudos desenvolvidos por Kessler e Krug (2012), em uma unidade hospitalar e em uma USF do Rio Grande do Sul e de Lima e outros (2014), realizado na ESF no sudoeste do Paraná. Em contrapartida a falta deste reconhecimento por parte dos usuários gera situações de conflito e de desafios a serem superados pelos trabalhadores que atuam nas USF, conforme mostraram os trabalhos de Trindade e Pires (2013), sobre as implicações dos modelos assistenciais no trabalho na ESF no sul do Brasil e de Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014), que tinham como um dos objetivos apresentar a tipologia de conflitos vivenciados no trabalho em um município no norte do Paraná.

Somado a isso, através do reconhecimento do trabalho, o vínculo e a confiança podem ser percebidos nas relações estabelecidas entre usuários e trabalhadores de saúde,

podendo-se gerar a criação de um trabalho mais significativo, conforme apresentou os trabalhadores a seguir:

É eu ver as crianças que nasceram aqui comigo, entendeu, vacinadas comigo e hoje já ter quatro anos e vem, entendeu, e **me chamam de tia, a gente tem um vínculo hoje, isso é muito bom pra mim.** (A5)

A gente vai conhecendo a família, toda a família, se viaja, se retorna, a gente já tem aquele vínculo [...] então **cria aquele vínculo familiar, aí a gente já vai ficando mais amigo da família.** (A6)

Ganhamos confiança deles, né, [...] não se ganha de um dia para outro, isso ganha-se com o debruçar do tempo. (B3)

A gente cria vínculos com a comunidade [...] quando a gente já tem muito tempo na unidade, a gente cria esse vínculo, e a gente dá... é... a gente tem um pouco de abertura com eles. (B4)

A partir das falas dos trabalhadores, percebe-se uma proximidade positiva para o alcance de metas e objetivos propostos pela equipe de saúde da família. Apesar do trabalho ser realizado de maneira individualizada, os trabalhadores têm como objetivo comum o fortalecimento de vínculo e confiança com os usuários. Em observações realizadas nas USF, foram vistas situações de proximidade da população com a maioria dos trabalhadores, por meio de conversas informais fora das salas de consultas e/ou salas de procedimentos, orientações das técnicas de enfermagem e ACS aos usuários e conhecimento dos trabalhadores quanto as demandas dos usuários que vão as USF com maior frequência. Contudo, não foram presenciados tampouco registrados em cadernos de atividades, momentos de planejamento conjunto das ações desenvolvidas entre trabalhadores da ESF e comunidade, assim como não houve evidências de reuniões de conselhos locais, atividades estas, reconhecidas como importantes para estreitar ainda mais o vínculo criado e reconhecido pelos trabalhadores com a comunidade.

Nesse sentido, concorda-se com Franco e Magalhães Júnior (2003, p. 3) quando afirmam que “a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde”.

Nessa direção, pesquisas realizadas por Ilha e outros (2014) e Santos e Miranda (2016), destacam que a construção e fortalecimento destes vínculos aumentam a possibilidade de uma atenção mais próxima da população, constituindo-se, portanto, numa importante tecnologia de transformação do cuidado realizado na ESF.

Vale destacar, que apesar de A6 pontuar o vínculo com a comunidade com um dos pontos a serem alcançados no seu trabalho em saúde, também o considerou como dificuldade para lidar com seus próprios sentimentos:

Então pra gente, ficar cuidando de uma pessoa, a gente acaba entregando como se fosse uma família mesmo, da família mesmo, então tem coisas que é muito difícil pra gente tá lidando na comunidade, tem muita dificuldade, né, pra lidar também com as ‘coisa’, que a gente só trabalha com fala, mas a gente não pode esquecer que nós somos ‘ser’ humanos também e a gente tem que **sentir na pele o que aquela pessoa tá passando e isso machuca e muito.** (A6)

Sugere-se que A6, por ser ACS e morar na comunidade, aproxima-se mais dos problemas identificados na população, pois também se insere nesta realidade e muitas vezes sente o seu trabalho de maneira limitada frente aos desafios encontrados naquela comunidade que muitas vezes extrapolam a sua governabilidade. Esta situação pode gerar inclusive situações de adoecimento e sofrimento que ocasionam o afastamento do trabalhador. Por isso, corrobora-se Bellenzani e Mendes (2012) quando afirmaram ser preciso a existência de locais que funcionem como apoiadores dos trabalhadores para dialogarem e exporem os sentimentos de angústia e impotência no trabalho, com vistas a desenhos de estratégias na superação destas dificuldades.

De modo similar, em pesquisa realizada por Ribeiro e Martins (2011), sobre o sofrimento psíquico de trabalhadores da ESF na organização do trabalho em um município do interior de São Paulo, apenas os ACS referiram a questão do vínculo como algo negativo, justificado pelo fato de que muitas vezes viver na mesma área de atuação suscita um certo tipo de constrangimento diante das dificuldades vivenciadas pela comunidade e uma sensação de impotência para a resolutividade dos problemas dos usuários. Já na pesquisa realizada por Medeiros e outros (2010), foram os médicos que pontuaram o envolvimento com os problemas da comunidade como algo difícil de ser esquecido, mesmo após o turno de trabalho.

Diferentemente dos demais entrevistados, B5 relatou a dificuldade em estabelecer vínculos com alguns usuários presentes na comunidade, por estes não aceitarem a presença dos ACS, dificuldade também encontrada no estudo de Nascimento e outros (2017), sobre as dificuldades apontadas pelos ACS no trabalho em saúde em um município de Mato Grosso:

Há famílias que não aceitam a gente também na casa, há famílias que aceitam, mas **não tem aquele vínculo com a gente,** eles não... tem aquela antipatia, independente de ter feito alguma coisa, porque não se faz... é porque **cria antipatia mesmo e é vice-versa,** tem pessoas também que a gente tem um pouco de antipatia, **mas o nosso trabalho é atender a todos.** (B5)

Entende-se que a criação de vínculos entre comunidade e trabalhador de saúde deve ser pautada em uma relação de mão dupla, em que ambos estejam dispostos a interagir, porém nem sempre será possível possuir sentimentos positivos diante da falta de valorização de alguns usuários em relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. Conforme afirma Campos (2007, p. 71) “ninguém é absolutamente racional e frio no trabalho em saúde, somos afetados pelo modo de ser dos nossos pacientes [...] descobrir qual o tipo de vínculo adequado a cada caso é o desafio para uma clínica de qualidade”. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde, de uma maneira geral, poderiam buscar estratégias coletivas que viabilizassem a criação de vínculos e de confiança com a comunidade.

Em complemento, B4 também pontuou como produto do seu trabalho a satisfação pessoal, voltando o desenvolvimento de suas atividades em saúde vinculadas a uma autorrealização: “eu trabalho pra **satisfazer... a mim como ser humano**”. A entrevistada B5, também reconhece o seu trabalho como algo que goste de fazer: “dar valor ao meu trabalho, independente do meu salário, né, não só... que a gente precisa do salário entrar, mas **eu gosto de fazer o que eu estou fazendo**”. É importante este reconhecimento das trabalhadoras sobre o trabalho ser fonte de satisfação pessoal, pois esta identificação pode interferir de maneira positiva nas ações desenvolvidas na ESF.

Segundo Gomes, Lunardi Filho e Erdmann (2006) e Rosenstock, Santos e Guerra (2011) o trabalho ocupa na vida dos seres humanos uma função indispensável, pois por meio dele é possível alcançar a satisfação e a realização profissional através do desenvolvimento das potencialidades humanas, beneficiando os laços cognitivos/técnicos com o resultado de suas atividades à população, levando os trabalhadores à satisfação pessoal e à conscientização de seus papéis. No entanto, reconhece-se que esta satisfação pessoal no trabalho, pode apresentar oscilações diante dos problemas identificados nesta pesquisa e que conseqüentemente interferem nos processos de trabalho realizados pelas equipes de saúde da família.

Espera-se que o produto do processo de trabalho em saúde seja desenvolvido no coletivo, tanto com a participação dos trabalhadores quanto dos usuários frente aos desafios e dificuldades identificados, pois conforme afirmam Franco e Merhy (2013) o produto do trabalho se dá em ato, ou seja, no momento do encontro trabalhador/usuário, já é possível identificar o resultado da ação.

Apesar de não existir algo palpável e que seja consumido no trabalho daqueles que atuam nas USF, o produto do trabalho em saúde é reconhecido como o efeito positivo que uma ação pode fomentar sobre a saúde das pessoas, onde se leva em conta todas as etapas realizadas para chegar ao resultado esperado. Destaca-se que a produção e a expectativa por um produto

de trabalho em saúde em comum devem ser realizadas de maneira a inter-relacionar os trabalhadores da equipe, para que sejam emergidos objetivos comuns ao processo de trabalho em saúde, assim como, considerar as expectativas institucionais e também da sociedade, quanto as metas esperadas. Deve-se considerar, portanto, que a subjetividade das ações está diretamente relacionada aos resultados esperados e alcançados pelas equipes da ESF.

Portanto, identificou-se com esta pesquisa que os trabalhadores em saúde ainda encontram dificuldades em reconhecer o produto do seu trabalho considerando a participação de todos da equipe, dado que ainda existe um incipiente grau de interação entre as categorias profissionais na ESF. Foram considerados por esses trabalhadores como ferramenta necessária para a concretização de um produto positivo do trabalho, o estabelecimento de vínculos dos trabalhadores com a comunidade. Vale destacar que a inserção de médicos estrangeiros, no contexto de trabalho das realidades investigadas, não viabilizou mudanças significativas no processo de trabalho e na compreensão dos demais trabalhadores sobre o produto do seu trabalho.

4.2 Facilidades, dificuldades e desafios após a implantação do “Programa Mais Médicos” para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Com a implantação do Programa Mais Médicos, problemas quanto a permanência e presença de médicos na ESF começou a ser resolvida em muitas regiões pelo Brasil. Além disso, benefícios em longo prazo também são esperados, visto a intenção de ampliar e estruturar a formação médica no País voltado para a assistência pretendida na ESF (BRASIL, 2013c; PINTO et al., 2014; FACCHINI et al., 2016). Na figura 6, estão descritos os principais resultados encontrados.

Figura 6 – Facilidades, dificuldades e desafios após a implantação do Programa Mais Médicos. Feira de Santana - BA, jun.- jul. de 2016.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Por ainda ser um programa recentemente implantado, seus impactos positivos e negativos ainda estão em fase de avaliação e pesquisa. Dentre os destaques positivos para o acesso dos usuários às USF, está a ênfase dos trabalhadores em afirmar o cuidado diferenciado, por meio de um cuidado mais acolhedor e humanizado dos médicos do programa.

Em relação à comunidade, eu acho que melhorou bastante, né?! Porque geralmente esses médicos de fora eles **são mais acolhedores, tende a procurar entender mais o paciente.** (A1)

O atendimento é diferente, diferenciado [...] examina você todinho, né, o corpo todo, escuta e conversa... ela vai saber do seu passado todo, né, como é que é a família e tudo, toda a sua história, então assim é uma... as pessoas ficaram assim maravilhada, né, com essa atenção toda. (A2)

Os mais médicos que eles são mais humanizados, eles gostam de escutar o paciente. (A5)

Pense em um médico... superinteligente, **super-humano[...] gostamos de verdade, é um excelente médico mesmo, todo mundo que passa por ele gosta.** (B5)

Apesar de não ser interesse deste estudo realizar comparações entre o processo de trabalho de médicos brasileiros e médicos estrangeiros, é inevitável não considerar as falas

comparativas apresentadas pelos trabalhadores. Ratificando, os usuários também apresentaram em suas entrevistas a ideia de um acompanhamento médico que reflete aspectos de maior proximidade ao usuário, com priorização da escuta e exame físico completo:

Ela escuta bem, entendeu? **Ela escuta você conversar, ela pergunta também... Os outros médicos não... era coisa rápida e as vezes nem examinava**, né, era uma coisa muito rápida. E ela não, ela escuta, ela conversa, ela explica. (C2)

Ela atende mais gente, **atende melhor, conversa, explica as ‘coisa’** a gente que as outras não ‘fazia’ isso, quando a gente perguntava as ‘coisa’ pra outras, ela respondia com ignorância e ela não... ela é muito boa mesmo, ela se dedica direitinho, conversa com a gente, explica as ‘coisa’ e as ‘outra’ nunca fez isso. (C8)

O processo de trabalho diferenciado dos médicos estrangeiros é reconhecido tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários atendidos. Durante as consultas com os médicos, também pôde ser notada a valorização em escutar as demandas apresentadas pelos usuários, centrando seu atendimento não só nas queixas biológicas apresentadas por estes, mas também buscando informações familiares e pessoais para a construção de uma intervenção. Pode-se atribuir esta prática, a formação específica destes trabalhadores aos serviços de saúde da família/AB. Em consonância, no estudo de Silva T. e outros (2016), acerca da percepção dos usuários sobre o programa mais médicos, os usuários também se revelaram satisfeitos com as atitudes mais relacionais de atendimento, com a valorização do contato físico entre comunidade-trabalhador.

Também foi encontrado na pesquisa de Silva, Silva e Rocha (2014), sobre os impactos da implantação do programa mais médicos em uma população periférica de Foz do Iguaçu, que os usuários reconheciam a maneira diferenciada de atendimento dos médicos, em destaque estava as relações de afetividade e acolhimento deste trabalhador.

No entanto, C2 complementou sua fala, apresentando aspectos considerados por ela como dificuldade no atendimento com a médica: “ela não gostava de dá, passar... exame, né? **A dificuldade que eu tinha com ela no começo era isso é que ela não gostava de passar guia**”. Esta fala demonstra a valorização por uma assistência voltada aos preceitos do modelo hegemônico, por meio de realização de exames a serem realizados fora do contexto da ESF (ASSIS et al., 2010).

Durante as observações das consultas médicas, é válido destacar a prescrição de exames diante da solicitação dos usuários no atendimento, justificado por Tesser, Norman e Justino (2010), como forma de acalmar e tranquilizar os usuários que acreditam apenas neste tipo de atendimento para a resolução dos seus problemas. Porém, apesar deste fato, não foram

identificadas situações em que o trabalhador médico não priorizasse a escuta e as necessidades relacionadas não só a clínica, mas também ao contexto familiar e profissional dos usuários.

Em trabalho publicado por Comes e outros (2016), sobre a percepção dos trabalhadores de saúde da ESF acerca da integralidade das práticas após a implantação do programa mais médicos em diferentes municípios nas cinco regiões do País, identificou-se resultados semelhantes a esta pesquisa, com ênfase para a valorização dos trabalhadores quanto ao atendimento com tempo maior, priorizando o exame físico e a escuta. Apesar de haver esta valorização, este tipo de atendimento requer consultas mais demoradas com os usuários e consequentemente gera diminuição no número de atendimentos como também pode contribuir para possíveis atrasos na concretização de demandas programadas das USF, como relataram A5 e A6:

Eles [médicos] não conseguem ter essa...essa agilidade nos atendimentos, eu acho demais, porque eles... eles pegam mais assim... eles são de conversar, eles são de prestar atenção mais aos pacientes, então as consultas deles são um pouco demoradas [...] a comunidade, às vezes não entende essa demora, né, e a gente também fica...poxa assim... dá a hora da gente sair... e tá ainda... ter atendimento, a gente tem que olhar pros dois lados: o lado que é bom, porque o atendimento é excelente, mas por outro lado a demora. (A5)

a demanda da comunidade aqui é muito grande, então assim, [...] **a comunidade não estava aceitando, devido à demanda, né... é muita gente aqui, então ficou difícil até pra médica [...] eles ainda ‘reclama’, mas quando começou foi muito difícil, mas agora até que tá... tá maleável, mas... antes foi mais difícil, né, eles estão aceitando, porque agora também aumentou a quantidade. (A6)**

Em uma das entrevistas, o “atraso” foi confirmado pela médica entrevistada que reafirmou a importância do atendimento de maneira completa, valorizando o momento do diálogo estabelecido:

A queixa principal é que eu demoro, que eu falo muito, mas falo o que eu acho que precisa [...] mas quando entram entendem porque a gente tá demorando um pouquinho. Não é também, uma hora, duas, três, horas de atendimento... não. Bom, tem pacientes que precisam de muita coisa, porque chegaram e têm múltiplas coisas, já são pessoas com muitas complicações e precisam. (A4)

Por meio destas falas é possível identificar a dificuldade encontrada por estes trabalhadores em modificar a realidade de trabalho vigente para um modelo de cuidado mais relacional, pois, no presente estudo, como já foi sinalizado anteriormente, o trabalho em equipe continua na modalidade de equipe “agrupamento” (PEDUZZI, 1998). Somado a isso, considera-se que embora o trabalho esteja organizado sobre as bases do taylorismo/fordismo, não se pode perder de vista que outras formas de organização do trabalho coexistem, a exemplo do toyotismo que também é marcado pela precarização social do trabalho (DRUCK, 2011), cuja ênfase é a produção e a intensidade do trabalho, fato este confirmado nesta pesquisa.

Entende-se que apesar de se tratar de um trabalhador com formação e experiência diferenciada para a atuação na ESF, a mudança em apenas uma categoria profissional não transforma a organização do processo de trabalho dos demais membros da equipe. Em consonância, tem-se o estudo de Mota e Barros (2016), sobre a implementação do programa mais médicos em Mato Grosso, que também consideraram o processo e a organização do trabalho em equipe de maneira desajustada às ações e prioridades dos médicos estrangeiros. Em complemento, A5 considera que o trabalho do médico deve seguir a rotina já imposta pela USF: **“eles querem ser do jeito deles e não é desse jeito, acho que a unidade já existia, a unidade tem [que dá] continuidade, já tem a sua rotina e eles que têm que seguir a rotina da unidade”**.

Segundo Cecílio e Lacaz (2012), no trabalho do médico, deve-se destacar a realização de anamnese, do exame físico, do diagnóstico e da prescrição, além disso, deve haver uma valorização pela escuta e da forma singular do cuidado que se dá em ato, a partir da interação usuário-trabalhador. Contudo, ainda é um desafio mudar a organização do serviço da ESF, pois há uma resistência, tanto por parte dos demais trabalhadores quanto dos usuários, em reconhecer um modelo de atendimento que não seja baseado na queixa-conduta e na reprodução mecânica de solicitação de exames e procedimentos.

É preciso haver mudanças de comportamento não só entre a equipe da ESF, mas também existir a participação efetiva da gestão municipal em viabilizar estratégias que possam ser utilizadas no contexto da ESF pelos médicos do programa junto aos demais trabalhadores da equipe. No entanto, conforme análise realizada em documentos como o PMS (FEIRA DE SANTANA, 2014-2017) e o PAS (FEIRA DE SANTANA, 2016), não foram identificados nenhuma proposta municipal sobre o programa mais médicos, apenas no RAG (FEIRA DE SANTANA, 2015) houve a proposta em ampliar os Programas de residência de medicina da família e comunidade e da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva, contudo, não foram informados os dados obtidos em referência a este objetivo. Sabe-se que existe uma articulação entre a UEFS juntamente com o município para viabilizar a implantação das residências médicas, bem como atuar em parceria para que a universidade seja a instituição supervisora do programa.

Com isso, corrobora-se Mota e Barros (2016, p. 2879), quando afirmaram haver a necessidade de investimentos e “qualificação dos recursos humanos pela educação permanente através da integração ensino-serviço-comunidade”. Assim como, também é visto de maneira importante o estímulo da gestão municipal às trocas de experiências entre médicos estrangeiros e trabalhadores brasileiros, cujo objetivo deve ser de ampliar as ações a serem desenvolvidas

pela ESF e conseqüentemente melhorar o acesso e a integralidade do serviço prestado à população.

Em divergência aos achados nesta pesquisa, os estudos de Silva, Silva e Rocha (2014), Bertão (2015) e Comes e outros (2016), pontuaram que a presença dos médicos do programa contribuiu para mudanças tanto na organização do serviço quanto no processo de trabalho dos demais trabalhadores da equipe da ESF. Para que esta mudança seja efetivada também no município de Feira de Santana, sugere-se a ampliação dos objetivos propostos pela SMS, bem como a execução de planos de ação que capacitem todos os trabalhadores da equipe da ESF para que incorporem que o seu objeto de trabalho é o corpo socialmente referenciado e não o corpo adoecido.

Apesar de não ter sido identificado grandes mudanças no trabalho em equipe, na perspectiva dos usuários, B3 e A4 relataram a melhorias de alguns indicadores negativos e os avanços na continuidade de tratamentos de doenças crônicas que foram alcançados a partir da relação de confiança e vínculo estabelecidos:

Adolescentes até doze anos, treze anos e grávidas, né, chegamos a ter até dezoito grávidas e tentamos fazer um trabalho, falando e acho que neste momento, é... **diminuiu bastante** é... nesta... neste problema. **Também, muitos pacientes, hipertensos, diabéticos e com outras doenças crônicas que não conheciam, que era... que tinham essa doença, né... [...]** como eu faço um diagnóstico a tempo destas doenças e ‘compensa’ em alguns pacientes, mesmo sem saber o paciente, **você está salvando vidas.** (B3)

Que eles [usuários] conseguiram se aderir ao tratamento, [...] há muitas pessoas que... **ficaram constantes no atendimento.** (A4)

Pode-se relacionar estes avanços com o fato de ter diminuído a rotatividade do trabalhador médico, pois, conforme as entrevistas, dentre os trabalhadores de nível superior, os médicos do programa eram os que estavam a mais tempo nas USF pesquisadas:

O que eu acho bom é que eles encontram atendimento a todo tempo e **tem sido acompanhados pela mesma pessoa que conhece a doença deles**, que tá sendo acompanhado, que já sabe as deficiências deles. (A4)

Quando a gente chegou aqui era um posto que não tinha médico, né, e além de não ter médico, **tinha reputação de que o médico que chegava, não ficava, não ficava muito tempo [...]** lembro da primeira reunião que eu fiz à comunidade eu falei que eu... eu disse que ficava os três anos do contrato. (B3)

A rotatividade de médicos nas USF, antes do programa mais médicos, segundo alguns pesquisadores estava relacionado a questão salarial, a vínculos trabalhistas em caráter temporário e a infraestrutura precária ou deficiente dos serviços de saúde (STANCATO; ZILLI, 2010; RIZZOTTO et al., 2014; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Sobre a questão salarial,

o programa já apresenta aspectos considerados benéficos, haja vista que o pagamento de proventos é realizado pelo governo federal, sem se submeter a lógica das cooperativas que intensificam a precarização dos vínculos de trabalho em saúde. Outro benefício alcançado pelo programa está na permanência de médicos nas USF em áreas que apresentam baixo desenvolvimento socioeconômico e que sempre tiveram grandes dificuldades de fixação destes trabalhadores no serviço, devido ao aspecto de vulnerabilidade social presente nos territórios, conforme afirmaram A6, B4, B2 e A4:

Aqui o bairro aqui é carente, né, e é um bairro periférico, muitos... médicos daqui mesmo... eles não querem vim pra aqui, porque acha que é perigoso, né, que vai acontecer alguma coisa com eles, então é difícil. (A6)

Aqui é um bairro muito violento, aqui é um bairro de muita, muita periculosidade. (B4)

Um local que tem muitas coisas assim... com o tráfico, tem grupos de traficantes, de usuários, então assim, pelo fato disso, a unidade não, mas a população em si fica mal vista. (B2)

O bairro é um bairro onde está é... a situação, vamos dizer... de segurança, um pouco difícil, entendeu? Simplesmente semana passada tivemos múltiplos acontecimentos, né, assassinatos, briga por drogas. (A4)

Além dos relatos acima, também foram analisados nos livros de registros das USF situações de agressões verbais dos usuários com os trabalhadores de saúde e a não realização de uma das atividades agendadas de VD, devido a assassinatos ocorridos na área de abrangência, demonstrando também a dificuldade destes trabalhadores em exercer suas atividades em áreas tão vulneráveis socialmente.

Apesar destas dificuldades, verificou-se ser possível, através do programa mais médicos, a permanência destes trabalhadores nas equipes de saúde da família, onde os médicos deixam de ser presença eventual e com grande rotatividade em diferentes USF. Em estudo desenvolvido por Gonçalves e outros (2016), cujo objetivo foi avaliar o programa mais médicos na Região Nordeste, também foram encontrados avanços quanto a diminuição da rotatividade dos trabalhadores médicos e consequente ampliação do vínculo entre estes trabalhadores e a comunidade.

A construção de vínculos, segundo a PNAB (BRASIL, 2012a), ocorre como uma proposta da ESF que deve acontecer não só entre médico/usuário, mas entre todos os demais trabalhadores para que não haja rupturas na continuidade do processo de trabalho em equipe. Um dos fatores relatados para a criação destes vínculos é a forma de atendimento do médico do programa que está relacionado a um cuidado mais próximo à comunidade e centrado no usuário.

Afirma-se também que através do estabelecimento do vínculo a comunidade pode vir a se sentir corresponsável pelo seu cuidado que viabiliza maior interação destes com o trabalhador.

No entanto, apesar do reconhecimento de proximidade dos trabalhadores médicos com os usuários da comunidade, uma das entrevistadas, referenciou achar “até demais” o que os médicos faziam pela comunidade:

Eles ‘faz’ até demais aqui, viu? Porque eu digo a eles [usuários] assim, eu digo ao povo assim... que eles chegam aqui: “ah porque o doutor tá demorando, não sei o que...”, eu digo: “gente, pelo amor de Deus, vocês têm dois médicos de manhã, dois médicos de tarde, **aqui tem tudo** enquanto tem gente que chega em outra unidade e não tem nada... não existe, **aqui vocês têm de tudo, eles atendem muito bem**”. (B1)

Pode-se pontuar com esta fala que a população deve estar conformada ao serviço ofertado pela USF, e que não se reconhece a importância do incentivo à participação social, justificado pelo fato de ser um serviço público e gratuito. Em trabalho realizado por Gomes e outros (2011) em uma cidade de Minas Gerais sobre as representações sociais de gestores, trabalhadores de saúde e gestantes atendidas pela USF sobre o SUS, identificou-se que as usuárias entendiam o SUS como um serviço voltado para pessoas que não tinham como pagar e, portanto, destinado a pobres. Ainda é comum encontrar trabalhadores e usuários que compreendem a assistência prestada pelo SUS como um serviço de “favor” e que por isso o usuário, deve se contentar com o “pacote de serviços” ofertados.

Em continuidade às facilidades encontradas no presente estudo, está a presença dos médicos durante todo o expediente de trabalho, achado esse, também encontrado em estudo realizado por Santos J. e outros (2016), sobre as peculiaridades do atendimento de médicos brasileiros e estrangeiros da primeira turma do programa mais médicos no Ceará:

Eu acho que uma das maiores facilidades, é justamente o fato de que eles **não podem ter outro vínculo...** pra você entrar médico de PSF, trabalhar no PSF, **eles se enquadram dentro da equipe que se transforma... fica como se fosse realmente parte da equipe**, diferente de médicos que não... não são desse programa e que acontece? Às vezes tem outro vínculo, em outros lugares, então assim não tem disponibilidade pra determinadas ações dentro da unidade. (B2)

Eles ficam a semana na unidade, né, e as outras unidades que não tem o mais médicos ele não é... essa frequência não é tanto quanto a nossa. (A3)

O bom é porque **o mais médico ele fica na unidade o dia todo, então ele entra e sai juntamente com a gente,** e isso facilitou mais pra comunidade. (A5)

É uma facilidade você ter um médico na unidade já, né, já é muito fácil. (B6)

Uma das críticas em relação ao médico da ESF, no município, era a não permanência deste trabalhador em atividades realizadas pela equipe e por, na maioria das vezes, não estarem presentes nas USF durante o dia inteiro e em todos os dias da semana (RIOS, 2015).

Esta realidade é encontrada também em diversas regiões do País, pois de acordo com a nova PNAB (BRASIL, 2012a), existe uma flexibilidade na contratação de médicos que não precisam atuar nas USF as 40 horas semanais, ou seja, sua presença na ESF é de maneira parcial, devido à dificuldade em encontrar trabalhadores médicos para atuarem na AB de modo integral, no entanto, tal flexibilização não coaduna a própria proposta de ESF em atuar em equipe, distanciando ainda mais este trabalhador do planejamento das ações e do atendimento conjunto com os demais trabalhadores.

No município de Feira de Santana, os médicos que não fazem parte do programa mais médicos, executam um trabalho a nível ambulatorial, com realização de consultas pontuais e não participação nos trabalhos desenvolvidos pela equipe, distanciando estes trabalhadores tanto da população atendida quanto dos demais trabalhadores da ESF.

A fixação do trabalhador médico em uma USF contribui para a continuidade e acompanhamento dos usuários, dado que viabiliza a aproximação deste trabalhador com a comunidade e a própria equipe de saúde da família. Com a implantação do programa mais médicos, esta realidade apresentou avanços e conseqüente melhorias no acesso da comunidade, conforme afirmaram os usuários a seguir:

Não tinha essa facilidade de atendimento... eu achava, né... não tinha assim... as vezes você vinha aqui, não tinha médico, mas agora não... **agora tá tudo... melhorou... não vou dizer 100%, mas pelo menos 80% melhorou.** (C7)

Melhorou bastante o posto, porque era muito **difícil da gente conseguir uma consulta e quando ela chegou,** agora ficou tudo mais... eu acho, né, que **ficou melhor.** (C3)

Só em vim no posto e ter um médico já é suficiente, né, porque antes tinha dias que a gente vinha aqui e não tinha o médico [...] então **antigamente não, antigamente procurava assim, não achava,** então ele é uma boa. (C6)

A facilidade no acesso aos serviços médicos também foi encontrada nos estudos realizados por Lopes e outros (2015), sobre a percepção dos usuários acerca do programa mais médicos na zona rural de Viçosa - CE e de Santos e Velazque (2015), sobre a realização de educação em saúde em usuários diabéticos em uma unidade básica com o programa mais médicos em São Fidelis – RJ.

Em contrapartida no estudo realizado por Campos R. e outros (2014), sobre a avaliação de usuários acerca do acesso aos serviços da ESF, sem o programa mais médicos, identificou-se a dificuldade de acesso aos serviços da AB, atribuídos a ausência de médicos e a sua alta rotatividade. No mesmo estudo, os autores também perceberam que na maioria das vezes os usuários associavam o serviço nas USF ao atendimento com o médico, assim como

afirmou C6 nesta pesquisa: “só em vim no posto e ter um médico já é suficiente”. Santos, Souza e Cardoso (2016) e Silva T. e outros (2016), asseveram que a satisfação da população com os serviços prestados pelas USF está representada pela busca de atendimentos imediatos e a valorização das consultas médicas, associando o acesso aos serviços de saúde à presença do trabalhador médico e não nos benefícios para o trabalho em equipe.

Ademais, a compreensão dos usuários que utilizam este serviço acaba se voltando para um atendimento de urgências/emergências, realização de pedidos de exames e prescrição de medicamentos:

Eu acho uma coisa até errado, né, que sempre tem que marcar a consulta, marcar a consulta, as vezes quer... a gente quer uma coisa pra aquele momento e ‘ah... marcar consulta’ pra poder passar pelo médico e o médico passar o remédio, pra poder passar alguma coisa que a gente já sabe, no caso... que que custa... na minha opinião, né, passar ali e dá... receitar, no caso... no caso tá acostumado. (C6)

Percebe-se, em alguns casos, a falta de conhecimento dos usuários sobre o tipo de atendimento a ser prestado nas USF, pois alguns acreditam que deveria apenas existir o atendimento imediato e se queixam sobre a marcação de consultas, segundo afirmou C6. Além disso, nas USF pesquisadas, notou-se que o atendimento de demanda espontânea era realizado por todos os trabalhadores de saúde, mesmo quando a quantidade exigida pela gestão municipal era ultrapassada, sendo redirecionados para outros dias casos não considerados de urgência/emergência.

Em observações realizadas, destacou-se a procura nas USF pelo trabalhador médico, pois nos dias em que não estavam presentes nas USF, a busca por atendimentos com as enfermeiras e cirurgiões-dentistas eram reduzidos. Esta realidade evidencia a permanência de um modelo onde a referência do cuidado está centrada na figura do médico, podendo-se referir que os demais trabalhadores da ESF ainda encontram dificuldades em estabelecer a criação de vínculos e confiança com os usuários de forma que a referência do serviço seja pautada na equipe.

Apesar da referência de alguns usuários sobre a facilidade do acesso às consultas médicas, em divergência, apenas uma usuária entrevistada declarou abertamente a dificuldade na marcação de consultas na USF: **“tem gente aqui que vem no posto vai marcar consulta, leva um mês, dois ‘mês’ pra conseguir. Então eu só acho ruim isso, só isso”** (C5). Segundo Marin, Marchioli e Moracvick (2013, p. 783), “este aspecto ancora-se na dimensão técnica do acesso, que exprime a utilização e a dificuldade do usuário para concretizar o atendimento pretendido”, levando estes usuários a procurarem outros itinerários terapêuticos para o seu problema, seja na procura de policlínicas ou de hospitais do município. Em muitos casos a ESF

se torna o único serviço de saúde mais próximo destes usuários e quando essa busca encontra dificuldades para a realização dos atendimentos, gera-se a insatisfação.

Também em divergência ao que vem sendo encontrado nos trabalhos quanto a presença dos médicos estrangeiros no programa mais médicos, foi analisado no livro de ocorrência de uma das USF, o registro de uma nota de repúdio feito por um usuário que não se apresentou satisfeito com o atendimento médico em maio de 2016, contudo, conforme informado no documento, a enfermeira da USF passou o caso para a supervisão, assim como informou a médica sobre a queixa do usuário, sem apresentar maiores detalhes quanto a resolução da ocorrência.

Além dos usuários, alguns trabalhadores também não identificaram facilidades com a presença do médico no desenvolvimento do trabalho em equipe, conforme afirmaram B1 e A6:

Não. Meu trabalho não [teve facilidade]... Porque ele é clínico, a doutora [cirurgiã-dentista] é outra coisa, então não entrou nada. Agora entra assim... quer dizer assim... quando o paciente chega aqui, que a gente afira a pressão, está alta, o quê que a gente faz? Manda pra ele, entendeu? (B1)

O trabalho continuou, deu continuidade a... o trabalho. Agora **dizer assim... de facilitar... não... deu continuidade.** (A6)

Nota-se o reconhecimento destas trabalhadoras quanto a vinda dos médicos mais direcionada para o atendimento com a comunidade, pouco interferindo nas ações desenvolvidas em equipe. Em divergência a estes achados, no trabalho publicado por Vargas, Campos e Vargas (2016), os trabalhadores da ESF reconheceram um aumento significativo na procura pelos serviços de saúde, não só em busca do trabalhador médico, promovendo aumento do acesso aos serviços para a comunidade, assim como pôde viabilizar troca de informações entre brasileiros e médicos cubanos na produção do cuidado em saúde, com valorização aos aspectos preventivos e de promoção à saúde. Também em divergência, Santos, Costa e Girardi (2015), encontraram maior integração entre médicos e a equipe da ESF que puderam contribuir para a organização do serviço e no desenvolvimento de novas práticas no cuidado em saúde.

Apesar do avanço referenciado pelos trabalhadores e usuários sobre o acesso aos serviços de saúde, a ESF ainda enfrenta importantes desafios para uma assistência de saúde integral e universal. Considera-se fundamental a formação e a presença de médicos nas USF para viabilizar o serviço em saúde e conseqüentemente reduzir o número de encaminhamentos para os atendimentos nos serviços de média e alta complexidade, no entanto, não se pode esperar que a presença por si só de médicos irá solucionar os problemas e desafios já destacados anteriormente.

Sobre os encaminhamentos, após a implantação do programa mais médicos, os trabalhadores relataram:

Ele atende as emergências que chegam aqui, que a gente pode resolver aqui, **sem precisar que a pessoa vá pra uma unidade de policlínica pra tá resolvendo.** (B2)

Tentamos evitar encaminhar os pacientes, porque a gente sabe que ‘fica na policlínica’ é... sim... tá um pouquinho mais lotado lá, né, então **os diabéticos, os hipertensos que a gente pode compensar aqui, dá um jeito.** (B3)

A gente pode assim... ter um socorro ou uma emergência que tenha... **normalmente os médicos, eles não ficavam na unidade, então a gente recorria à enfermeira que recorria à policlínica, então isso melhorou muito,** nesse caso, entendeu. (A5)

É preciso destacar que a presença do médico da USF leva os usuários a buscarem primeiramente este serviço, por meio de direcionamentos para as suas necessidades, bem como resoluções mais rápidas que não precisam ser encaminhadas aos serviços de média e alta complexidade. Referente aos encaminhamentos, observou-se que eles foram reduzidos em relação a realização de atendimento clínico geral, no entanto, os encaminhamentos para especialistas e realização de exames continuaram a ser prescritos, de acordo com o pedido dos usuários. Compreende-se ainda ser um desafio modificar este comportamento procedimento-centrado dos usuários e também dos médicos do programa que apesar de terem sua formação voltada para aspectos que valorizem o diálogo e a promoção da saúde, rendem-se às representações hegemônicas do trabalho em saúde do País.

Em consonância, o trabalho realizado por Silva B. e outros (2016), sobre a ampliação do acesso a saúde antes e depois do programa mais médicos em uma região mais vulnerável do estado de São Paulo, também identificou que, em curto prazo, os encaminhamentos para os serviços de média complexidade aumentaram, fato justificado pela ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, destaca-se que em longo prazo, espera-se a redução no número de encaminhamentos.

Em contrapartida, de maneira positiva, um estudo apresentou redução de encaminhamentos para especialistas e realização de exames nos serviços de média complexidade, após a implantação do programa mais médicos (AGOSTINHO ALENCAR et al., 2016).

Entende-se que a presença dos médicos nas USF não resolveu todos os problemas identificados na ESF. Em entrevista, A4 asseverou realizar encaminhamentos por falta de materiais e/ou instrumentos na USF:

Eu acho um absurdo, por exemplo, **ter que encaminhar pra policlínica,** pra outro lugar, pra otorrino uma pessoa que tá com um problema no ouvido, **porque eu não posso olhar esse ouvido, né, pode ser que tenha alguma coisa simples que pode**

ficar aqui e eu infelizmente tenho me encontrado nessa situação que eu tenho que encaminhar algumas coisas que como falei no início, né, poderiam ficar só aqui na... na unidade. (A4)

Em estudo realizado por Girardi e outros (2016), tendo como um dos objetivos investigar os fatores associados à execução de maior número de atividades clínicas de médicos do programa mais médicos, também foram identificados relatos de atividades e ações que os médicos sabiam fazer, mas por falta de alguns materiais e instrumentos acabavam não realizando.

A inadequação de materiais ofertados na ESF é um problema identificado também em outros estudos (SILVA L. et al., 2012; SOUZA M. et al., 2013; LOPES et al., 2015; SOUSA; SILVA, 2015; ANDRADE R. et al., 2016; MOTA; BARROS, 2016). A insuficiência de investimentos materiais do trabalho em saúde não coincide ao que é proposto pelas diretrizes do SUS, fato que prejudica o desenvolvimento e a ampliação de atividades que poderiam ser realizadas pelos médicos e/ou demais trabalhadores de saúde. Contudo, segundo a Lei do programa mais médicos foi estabelecido um prazo de cinco anos, desde a sua implantação, para que o SUS qualifique os equipamentos e a infraestrutura das USF com o programa mais médicos, de acordo com os recursos orçamentários plurianuais (BRASIL, 2013c). Existem propostas elencadas como prioridade pelo município, de acordo com o PMS (FEIRA DE SANTANA, 2014-2017), sobre a intencionalidade de ampliação das USF pesquisadas. Após três anos de programa no município, das 106 USF, 40 possuíam equipes com médicos do programa mais médicos, contudo apenas 4 USF conseguiram ser reformadas pelo município através de recursos repassados pela União. Segundo B4 a reforma aconteceu (não se sabe se com recursos do programa mais médicos), porém não houve melhorias na estrutura física da USF voltada para a demanda da equipe e comunidade:

Fizeram a reforma [município], eu ainda conversei com a engenheira [...] porque a gente quando quer fazer alguma coisa tem que ir lá pra igreja católica e nem sempre tá disponível, a gente tem que ir pro calendário deles, entendeu, então a gente tem um espaço enorme desse aqui inútil', ainda conversei com ela, ela disse que ia falar e tal, mas acabou não fazendo. (B4)

A falta de material/insumo é uma das principais queixas encontradas nesta pesquisa, referenciada pelos trabalhadores, conforme afirmam B5 e B3, respectivamente: “é uma coisa também que eu ‘tô’ achando muito negativa ultimamente é a medicação, ela tá vindo pouca, mesmo que se peça a quantidade, mas tá vindo menos” e “era para ter um pouquinho mais de recursos para manter esses remédios”. Em uma das entrevistas com os usuários, C8 também considerou a falta de materiais como uma dificuldade na prestação do serviço de saúde: “às

vezes, né, que às vezes vem, precisa e aqui não tem material pra fazer... um curativo... porque sempre falta, né”. Segundo observações realizadas, pôde-se evidenciar tais queixas, com a ausência, principalmente, de medicamentos importantes de doenças crônicas que são utilizadas de maneira contínua pelos usuários. Também em análise realizada nos ofícios enviados a SMS, as principais solicitações das USF eram referentes a consertos de equipamentos e solicitações de materiais para o serviço em saúde. Esta realidade não coaduna ao que se preconiza a PNAB (BRASIL, 2012a), onde a gestão deve ser responsável por garantir os materiais e insumos para a continuidade do funcionamento dos serviços prestados nas USF e para contribuir no alcance das metas de trabalho.

Conforme analisado no estudo de Cantharino (2013), sobre as ações intersetoriais na ESF em um município baiano, identificou-se também desafios acerca da participação da gestão municipal em dar suporte material às ações desenvolvidas pela ESF, tendo como consequência a não realização de atividades e/ou atendimentos esperados e planejados pelo projeto de governo da gestão.

Segundo B5, apenas no serviço de imunização é raro faltar materiais e insumos na USF: “imunização é muito raro faltar alguma coisa... que a gente sempre... tá vindo da Secretaria, então quase nunca falta nada”.

Apesar destes desafios, tanto os médicos quanto os demais trabalhadores procuram realizar o trabalho de acordo com o que pode ser feito, de modo que garanta o atendimento dos usuários. Diante dos problemas de infraestrutura, materiais, instrumentos e insumos, o processo de trabalho da equipe sofre com constantes improvisos:

A gente esbarra em um ‘bocado’ de coisa que a gente não pode dar jeito, então **a gente vai se virando com o que tem mesmo [...] a gente sempre dá aquele jeitinho aqui dentro.** (B4)

Apesar que, às vezes, **a gente não tem muito...como é que eu digo... muito material, muita... pra poder desenvolver um trabalho melhor, né [...] então por isso que a gente as vezes tem que correr... a gente mesmo correr atrás das coisas pra fazer.** (B5)

Tem que fazer o melhor para ajudar a ‘elas’ [comunidade]. (B3)

Ao analisar o RAG (FEIRA DE SANTANA, 2015), nota-se ainda uma grande dificuldade do município em ampliar e melhorar as redes de atenção em saúde voltados para a ESF, pois de acordo com os valores recebidos, apenas 19,77% é gasto com a AB enquanto que é direcionado para a assistência hospitalar e ambulatorial 60,84% de todo financiamento recebido pelo município, configurando-se como um desafio a ser resolvido, pois apesar do

programa mais médicos, os investimentos prioritários ainda têm sido na cura e no tratamento de doenças.

Em consonância, foi encontrado no estudo de Lara e Mendes (2015), realizado na baixada santista do estado de São Paulo, que em 2012 a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo gastou com a assistência hospitalar e ambulatorial 79,57% dos recursos destinados a saúde, apresentando uma valorização de um cuidado que exige maior aporte de recursos. Também no trabalho de Costa J. e outros (2016, p. 1294) em Porto Alegre, identificou-se que no ano de 2013 o gasto municipal com a AB ficou em torno de 19,5%, “entretanto, ao se considerar o fato da APS ser a principal porta de entrada ao sistema e responsável por 80% das demandas de saúde, ficou evidente que os recursos em saúde poderiam ser melhor distribuídos”.

Segundo Mendes (2013), existe no País um subfinanciamento histórico para a manutenção do SUS, principalmente na AB, visto que predomina uma visão distorcida sobre as ações de complexidade a serem realizadas neste nível de atenção.

Ainda sobre os desafios, está a ampliação de cotas voltadas para as especialidades e acesso aos serviços de média e alta complexidade, conforme encontrado também nos estudos de Silva, Silva e Rocha (2014), Sousa e Silva (2015), sobre a implantação do programa mais médicos em Boqueirão – PB; Pereira L. (2016), sobre as repercussões do programa mais médicos em comunidades rurais e quilombolas e Silva T. e outros (2016):

Você pode aqui diagnosticar, clinicamente, como se chama um CA, um câncer, né, mas tá... nos exames, porque há hospitais que se não tiver a biópsia não aceitam e o paciente passa dois, três meses para conseguir uma ressonância ou fazer a biópsia e já quando tem um diagnóstico... está em um estado que não adianta nenhum tratamento, que termina com óbito, né. (B3)

Eles dormem aqui, botaram nesse costume de vim dormir, porque tem exames e tem consultas que vem poucas, como cardiologista, ‘neuro’... tem muitas ‘consulta’ que vem pouca, então o pessoal já chega aí meia noite, já vem com banco, já vem... vem, sabe, e eles amanhecem o dia aqui pra marcar no outro dia. (B5)

Apesar daqui ter o CEO que é o centro de especialidade [odontológica], **nem sempre o paciente consegue vaga lá, né, que é muito difícil,** na verdade, conseguir uma vaga e **fazer um tratamento lá.** (B6)

As pessoas **acabam que dormem aí na fila para que isso aconteça, até com o objetivo de segurar... tentar conseguir a vaga.** (A3)

De acordo com os documentos da PAS (FEIRA DE SANTANA, 2016) e do PMS (FEIRA DE SANTANA, 2014-2017), o município estabeleceu como meta aumentar o número de atendimentos, especialidades e cotas na média complexidade, com a perspectiva de evitar o ciclo de alta demanda, baixa resolubilidade, insatisfação e desgaste tanto por parte dos usuários quanto dos trabalhadores na ESF que não conseguem complementar seu trabalho por falta de

acesso dos usuários aos outros níveis de atenção. No entanto, observa-se que essa meta não ultrapassou o campo das intenções.

Concorda-se com Merhy (1998, p. 4) quando ele pontuou que “não basta existir um serviço com um excelente acolhimento se não se consegue responder com os exames necessários para esclarecer um certo problema de saúde ou, mesmo sua gravidade”. Não obstante, alguns estudos demonstraram que este excesso de encaminhamentos para os serviços de média complexidade é atribuído por gestores como baixa resolutividade dos serviços da ESF, com um sistema deficitário de referência (encaminhamentos excessivos) e contrarreferência (sem retorno dos encaminhamentos), que reforça a ideia de uma atenção fragmentada (GOMES et al., 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

Considerar que apenas a ampliação do número de cotas disponíveis para as especialidades médicas irá resolver os problemas de saúde da população é um equívoco. Precisa-se avançar na perspectiva da resolubilidade dos problemas dos usuários na ESF, além disso, os serviços de média e alta complexidade precisam atuar em parceria com a AB e superar a fragmentação da gestão dos serviços de saúde, rumo a integralidade da atenção. Coadunam com esta afirmação Viegas e Penna (2013), ao considerarem que os serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, devem ser organizados para realizarem ações integrais e universais de atendimento, de acordo às necessidades dos usuários e com o controle de encaminhamentos desnecessários que geram gargalos nos serviços de média complexidade.

Reconhece-se que a partir de uma rede de atenção à saúde regionalizada e voltada para a produção do cuidado em saúde, importantes avanços poderão ser alcançados para o processo de efetivação do SUS, assim como poderá ser reduzida a descrença que muito usuários têm diante da dificuldade de acesso aos demais níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Quando questionado aos trabalhadores sobre as dificuldades vivenciadas no trabalho em equipe ou na comunidade, após a implantação do programa mais médicos nas USF, em um primeiro momento alguns não identificaram nenhum: “nada que atrapalhasse não. Veio só somar mesmo”. (A1); “negativo não teve nenhum. Assim, pontuar... não tem nenhum a ser pontuado” (B4). Em relação aos usuários, em um primeiro momento, alguns também não referiram dificuldades: “não, nenhuma. Que eu não vou dizer que tem, sem ter” (C1); “eu acho que não. Se tem... não chegou ‘do’ meu conhecimento não” (C8).

No entanto, logo no início da implantação do programa no Brasil, muito se falou sobre os desafios em relação ao idioma diferente dos trabalhadores médicos para exercerem o papel de comunicador entre usuários e a própria equipe de saúde. Contudo, apesar de

encontrado esta dificuldade no início, os trabalhadores garantiram não haver comprometimento nos atendimentos:

Quando eu cheguei, **eu precisava pedir que ela repetisse**, às vezes, algumas coisas **que eu não conseguia compreender, mas hoje eu entendo super bem e essa mesma dificuldade com os pacientes**, tem alguns pacientes que não... não conseguem identificar, **não conseguem interpretar o quê que ela tá dizendo, então eu as vezes eu acabo auxiliando ela em algumas consultas pra tá repassando pra esses pacientes o que as vezes ela fala.** (A3)

Quando eu cheguei logo aqui, era difícil eu entender [o idioma dele], mas eu... quando ele chegava pra falar comigo eu: ‘ó, devagarzinho, fale devagar que eu vou entender’, aí pronto, **hoje eu entendo o que ele fala.** (B1)

A gente, equipe, eu não sei se é pelo tempo que tem, já consegue compreender tudo que ele fala, mas tem pacientes que não compreende, porém ele é assim, muito tranquilo. Se precisar repetir dez vezes, ele vai repetir [...]se ele repetir, por determinadas vezes e a paciente não entender, ele ainda pede pra ela vir aqui pra poder... manda por escrito, porque a escrita dele é bem tranquila, ela é totalmente igual ao que a gente escreve aqui e aí ele pede pra passar aqui, **vem conversar comigo ‘olha, orienta essa paciente, tal assim’ e aí a gente tá passando as orientações, mas isso não dificulta não, não inviabiliza a conduta não.** (B2)

Teve um pouco de dificuldade da linguagem, né, do diálogo, assim que ele... que coisa, mas eu falava com ele: ‘ó fale devagar com as pessoas, fale bem pausadamente que eles vão entender’ e eu sei...eu como agente... eu tenho facilidade, né, e o pessoal também aqui... **aí qualquer dúvida de alguma coisa, ele pegava... chamava a gente, aí depois ele foi... agora já, já tá um brasileiro [risos], já fala bastante, então não tem problema.** (B4)

Só no começo assim... a fala é estranho, mas depois você começa a entender. (B6)

A questão do idioma foi um dos desafios do programa mais médicos encontrados nesta pesquisa, porém os trabalhadores estrangeiros sempre encontraram apoio de algum membro da equipe quando o atendimento precisava ser interrompido para maiores explicações aos usuários. Esse achado está em consonância aos trabalhos publicados por Comes e outros (2016) e por Pereira L. (2016).

Em complemento, A4 confirma existir dificuldades de compreensão quando os usuários possuem algum problema auditivo ou por conta do nível de escolaridade. Convergindo, portanto, aos resultados encontrados no trabalho de Comes e outros (2016).

Tem dificuldade aquelas pessoas que não escutam bem, [...] aquelas pessoas que têm menor nível de estudo, são aquelas que, às vezes, não conseguem me entender muito [em relação ao idioma] [...] mas quando acontece isso, eu faço o que? Eu chamo a técnica, eu chamo a enfermeira pra explicar pra elas. (A4)

Ratificando estas falas, os usuários relataram que sentiram dificuldades de compreensão no início da implantação do programa mais médicos no município, podendo-se justificar pelo período de adaptação também dos trabalhadores médicos:

A princípio, ele... eu... tem que ter que a língua dele é castelhana, né, espanhol, ou seja... **dificultava um pouquinho, mas depois a gente foi se ambientando com ele...** dá pra entender o que ele fala... No mais... não tenho o que falar não... tudo beleza. (C7)

Logo no começo... eu tive, né, mas eu perguntava pra ela: ‘não estou entendendo, explique melhor’ aí ela explicava, aí eu entendia, entendeu? (C8)

Em estudos publicados (PEREIRA L., 2016; SANTOS; SOUZA; CARDOSO, 2016; MELO; BAIÃO; COSTA, 2016) os usuários informaram que apesar das dificuldades de entendimento quanto ao idioma dos médicos, este fato não inviabilizava os atendimentos. Apenas C4 informou que ainda existem dificuldades quanto a compreensão do idioma, porém complementa que quando acontecem essas dificuldades alguém da equipe vem para sanar as dúvidas: “São um pouquinho difícil, porque muitas ‘pessoa’ não entende. [idioma] [...] mas tem assistente, tem a enfermeira que ajuda. Quando a pessoa não tá entendendo, ele vai e chama a enfermeira, a enfermeira vai e explica” ou como afirmam C1 e C6, respectivamente, o próprio médico repete a informação para torná-la compreensível: “quando a gente não entende, **ele torna a explicar a gente direito**” (C1); “hoje quando eu tenho alguma dúvida, eu pergunto a **ele de novo e ele me explica de novo**, tá começando a se... habituar mais na linguagem da gente” (C6).

Durante as consultas, não foram vistas dificuldades dos usuários em compreender as informações e orientações dadas pelos médicos. Estes falavam pausadamente, repetiam as informações e também perguntavam aos usuários se eles estavam compreendendo a linguagem. Além disso, não foi preciso o envolvimento de outros trabalhadores para repassarem as orientações dos médicos durante as consultas. Concorde-se com Silva T. e outros (2016, p. 2876) quando afirmam que o fato de ter médicos e usuários que falam “o mesmo idioma não garante que há satisfatória comunicação entre eles, haja vista a interferência de fatores, como utilização de linguagem técnica de forma excessiva, diferentes níveis de escolaridade dos usuários, discurso médico impositivo”, como também pode ocorrer sentimentos de vergonha por parte do usuário em perguntar e/ou reconhecer a falta de compreensão das orientações fornecidas pelos médicos.

Com isso, percebeu-se que apesar do reconhecimento quanto a dificuldade em ter um profissional com um idioma diferente, este fato não impediu o acesso e a satisfação da comunidade em ter o atendimento do trabalhador médico disponível nos serviços das USF, contrariando opiniões, especialmente de médicos brasileiros que não eram a favor da implantação do programa mais médicos (CARAMELLI, 2013).

Apesar do reconhecimento de alguns usuários quanto a dificuldade de compreensão do idioma no início da implantação do programa mais médicos, em contrapartida, C2, C5 e C9 não consideraram o idioma como uma dificuldade, conforme pode ser visto nas falas a seguir:

Eu não sei, mas **eu peguei muito rápido o idioma dela**, ela falava assim e eu entendia. (C2)

O idioma... até que eu entendo o idioma dele um pouco, **dá pra ‘mim’ entender, né**, não sei se é porque eu assisto muito filme [risos] aí eu entendo um pouco ele, **não tem erro não, tá tudo bom, tá tranquilo**. (C5)

Apesar que eu não sei a leitura, mas eu entendo a... **a linguagem dela eu entendo** [...]quando ela me explica as coisas eu ó... eu fico dando atenção. Aí ‘eu’ [médica]: ‘entendeu?’ eu digo: ‘entendi’, ela me explica tudo [que] tá se passando, medicamento, eu entendo. (C9)

Em divergência ao que foi encontrado nesta pesquisa, o estudo de Silva T. e outros (2016), identificou que a maioria dos usuários entrevistados relataram dificuldades quanto a compreensão nas consultas realizadas por médicos estrangeiros, considerados pelos autores como ponto negativo, porém que não inviabilizavam o atendimento.

Sobre a atuação dos médicos estrangeiros na ESF, apenas A5 reconheceu que “**no início eles** [médicos do programa] **tinham muita dificuldade de alguns diagnósticos da região**, que são regionais”. Contudo, em divergência a este estudo, em pesquisa realizada por Santos, Costa e Girardi (2015) trabalhadores e gestores afirmaram a ampliação da capacidade de diagnósticos no território, após a implantação do programa mais médicos.

Vale registrar que no início, os médicos do programa estavam em adaptação ao novo ambiente de trabalho e ao novo País, tornando-se compreensível a falta de conhecimento acerca dos problemas regionais. Apesar de A5 referenciar este problema, não foram observadas situações que comprovassem dificuldades dos médicos em realizar algum tipo de diagnóstico durante o período de coleta dos dados.

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores médicos, B4 afirmou ter existido no início uma resistência por parte dos outros trabalhadores, assim como reconheceu A4:

Quando ele chegou, **houve assim uma resistência...** até da comunidade... da comunidade não... é erro... mas assim, **da outra médica que tava aqui**, porque geralmente **quando o médico vem estrangeiro, né, aí tem sempre aquela... aquele impacto assim, né**, que ‘ah porque eu não... tão chamando gente, sendo que tem mais médicos...’ teve aquela... toda aquela coisa. (B4)

Há uma certa rejeição, né, pelo programa [...] o que eu esperaria, né, tanto da população, como da equipe, como dos coordenadores é essa questão: **tirar esse preconceito, tirar qualquer coisa**. (A4)

Sabe-se que o programa mais médicos foi implantado no País em meio a muitas críticas e desconfiças sobre a sua capacidade de resolução, reconhecidos como meios imediatistas de resolverem problemas que apresentam necessidades de longo prazo para promover um sistema de saúde estruturado. Conforme reconhece Ribeiro (2015), o programa mais médicos trouxe benefícios necessários ao acesso dos doentes às USF, porém ainda encontra muitos desafios sobre a forma de cuidar daqueles que ainda não estão doentes. Além disso, afirma que o maior problema da AB não está na falta de médicos, mas sim na forma de gerenciamento e subfinanciamento do SUS, gerando um confundimento na população de que o médico trará soluções quanto  assistência prestada na ESF.

Segundo Facchini e outros (2016), apesar do contexto desafiante que se encontra o SUS, quanto a diminuição de financiamentos e congelamentos orçamentários, é preciso o protagonismo dos movimentos sociais para a manutenção do programa mais médicos para que sejam alcançados ainda mais avanços. Em consonância a estes autores, A5 reconhece a importância destes trabalhadores para o atendimento e afirma que “realmente **continue o programa mais médico, porque foi** algo assim... **positivo nas unidades de saúde** que continue, porque é um bom trabalho que eles fazem”.

Acrescentam Campos e Pereira Júnior (2016), que o programa mais médicos para ser defendido, precisa superar alguns entraves persistentes do SUS, a saber: o caráter provisório do programa que possui renovação a cada três anos; supervisões e tutorias acontecem apenas com os médicos do programa sem o envolvimento dos demais membros da equipe de saúde da família; a baixa capacidade de regulação e coordenação das equipes e dos médicos sobre o sistema de saúde; os investimentos em infraestrutura ainda são precários; os trabalhadores são contratados sem a definição de carreiras no SUS e permanece a rotatividade dos demais trabalhadores nas USF.

Assim, o desafio está em “ampliar o olhar para além da assistência médica, buscando a interprofissionalidade e a intersetorialidade, mudanç dos modelos gerencialistas de gestão e atenção, trazendo maior olhar da clínica ampliada e da promoção da saúde” (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016, p. 2661).

Assevera Oliveira e outros (2015, p. 630) que o aprimoramento do programa mais médicos depende de constante monitoramento. Este programa pode ser reconhecido como “uma proposta de mudanç que não tem medo de procurar novos caminhos, que dialoga com experiências nacionais e internacionais e com todos os sujeitos envolvidos na ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica e do SUS”.

Nesse sentido, tanto os trabalhadores, como os gestores e os usuários das USF necessitam desenvolver estratégias para buscar em médio e longo prazo resolver, de maneira permanente, os problemas identificados quanto a ausência de trabalhadores médicos em áreas de vulnerabilidade social, bem como garantir o trabalho em equipe voltado principalmente para as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Apesar de existir a necessidade de provimento imediato dos trabalhadores médicos é preciso avançar na perspectiva das relações existentes entre os serviços do SUS que viabilizem um processo de trabalho resolutivo entre os diferentes níveis de complexidade e os diferentes trabalhadores que atuam nestes serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou o processo de trabalho em saúde na ESF, tendo em vista a implantação do programa mais médicos no município de Feira de Santana – BA desde 2013. Entende-se que o programa trouxe importantes avanços para o atendimento à comunidade, porém ainda encontra desafios a serem superados para o trabalho em equipe que envolva além da equipe mínima da ESF também a ESB.

Sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, foi possível identificar a priorização do atendimento ao corpo adoecido como objeto de trabalho; encontrou-se a predominância e a valorização tanto do trabalhador, quanto dos usuários para as tecnologias leves, porém a valorização em complementar o trabalho com o uso de tecnologias duras e por meio dos encaminhamentos para outros níveis de atendimento persistiram; assim como o produto do trabalho permaneceu sob a ótica biologicista, nem mesmo a permanência de médicos estrangeiros no contexto de trabalho das USF, conseguiu modificar esta perspectiva relatada por alguns trabalhadores.

A finalidade do processo de trabalho em saúde está centrada no modelo de atenção, cuja valorização do atendimento a comunidade acontece por meio de procedimentos e consultas clínicas em detrimento de atividades voltadas para a promoção da saúde. As ações desenvolvidas baseiam-se em programas ministeriais e na fragmentação do cuidado, onde cada trabalhador executa suas ações individualmente, com poucos momentos de interação entre as equipes, principalmente as ESB. Esta forma de organização dos serviços das USF favorece o acompanhamento de patologias e situações pré-estabelecidas de acordo com os programas ministeriais e a verticalização das atividades que acontecem de acordo com o alcance de metas da gestão municipal, porém não favorece as ações que deveriam ser privilegiadas na ESF que são a escuta e o atendimento voltado para as necessidades de saúde da população, ou seja, ainda há a valorização por uma lógica produtivista do cuidado.

Apresentou-se também um certo distanciamento da gestão municipal com a equipe, sendo que a proximidade pôde ser encontrada de maneira mais ativa somente com as enfermeiras das USF e em momentos pontuais de supervisão que possuíam mais o caráter de fiscalização do que de contribuição diante das ações a serem desenvolvidas pela equipe. Constitui-se, portanto, a necessidade da gestão municipal encontrar uma forma diferenciada de avaliar os trabalhadores de saúde, cujo objetivo final não considere apenas os aspectos quantitativos e de dados preenchidos sobre as atividades realizadas individualmente por cada trabalhador, mas que a organização do processo de trabalho em saúde, tenha como foco

principal o fortalecimento da autonomia dos usuários assim como a melhoria da qualidade de vida da comunidade, favorecendo um trabalho que viabilize o cuidado integral em saúde. Nesse sentido, o grande desafio é a reformulação do processo de trabalho em saúde, de maneira que o cerne da atuação profissional esteja centrado nos usuários socialmente referenciados, rompendo o paradigma de atuações individualizadas, com vistas ao fortalecimento de um trabalho em equipe.

Apesar da resolução quanto à ausência de médicos nas USF, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados para a execução de um trabalho participativo. É preciso um investimento maior em políticas de educação permanente que envolvam toda a equipe e não apenas um trabalhador específico, assim como também é importante o empoderamento dos usuários sobre os seus direitos à assistência em saúde que deve ser estimulado pelos próprios trabalhadores que atuam nas USF, por meio de participações e desenvolvimento de reuniões em Conselhos Locais de saúde.

Através do reconhecimento dos trabalhadores quanto a importância do vínculo e confiança que deve existir entre trabalhador-usuário, pôde-se vislumbrar uma possível mudança do modelo biomédico, em que prevalecem os aspectos de trabalho vivo em ato. No entanto, os trabalhadores desta pesquisa ainda precisam avançar quanto a valorização de um acolhimento efetivo e de qualidade, assim como modificar a realização de práticas educativas prescritivas que nem sempre priorizam as reais necessidades de saúde. Nesse sentido, considera-se imperativa a construção de estratégias de forma coletiva, de modo que os processos educativos tenham significado não somente para a organização do processo de trabalho, mas também para o trabalhador e o usuário no que propõe a ESF e para o modelo de atenção e gestão de acordo às diretrizes do SUS.

Por isso, é ainda considerado um desafio para os trabalhadores de saúde desenvolverem uma produção do cuidado de forma a melhorar a qualidade de saúde da população no contexto em que estão inseridos, pois os problemas identificados podem ser atribuídos a questão de ordem macroestrutural com o congelamento dos gastos direcionados ao SUS ano após ano e de ordem microestrutural que se traduz na organização do processo de trabalho em saúde.

Sobre a implantação do programa mais médicos, não foram encontradas mudanças no processo de trabalho dos demais trabalhadores de saúde e sim a adaptação dos médicos estrangeiros a um sistema de saúde baseado no modelo biomédico. No entanto, notou-se o reconhecimento da comunidade e da maioria dos trabalhadores quanto ao atendimento diferenciado dos médicos do programa que passaram a ficar nas USF em período integral,

possuindo apenas um vínculo empregatício. Também não foram reconhecidas dificuldades que inviabilizassem o atendimento por conta do idioma dos médicos.

Dentre as dificuldades, destaca-se que o programa ainda não contribuiu para o avanço da infraestrutura das USF, sendo encontrados problemas quanto a falta de materiais, instrumentos e insumos importantes para a continuidade do trabalho, assim como na valorização, tanto dos demais trabalhadores quanto dos usuários, para a realização de atividades educativas em detrimento às práticas assistencialistas. Este modelo centrado no médico, ainda é fortemente encontrado na valorização apresentada pelos trabalhadores da ESF e também dos usuários.

No entanto, não se pode negar, com base nos estudos apresentados e com os resultados encontrados por esta pesquisa, os avanços produzidos em um curto período desde a implantação do programa mais médicos, em 2013, para o atendimento de populações marginalizadas em USF que sempre apresentaram problemas quanto a fixação do trabalhador médico. Por isso, é necessário que haja novos estudos sobre esta temática para que sejam mostrados mais resultados em longo prazo e em diferentes cenários para que se possa aprofundar os aspectos encontrados nesta pesquisa.

Entende-se que as proposições para o fortalecimento de uma atenção à saúde com vista a modificação dos processos de trabalho dos trabalhadores não dependem de ações individualizadas ou fragmentadas, assim como não se pode pensar em modificações voltadas apenas para a ESF e sim para toda a rede de atenção. As propostas devem ser embasadas por ações estruturantes que tenham como objetivo a ampliação do acesso e também melhoria da qualidade de atenção primária à saúde, não devendo esse aspecto se restringir a presença ou não de médicos estrangeiros.

Apesar do programa mais médicos ser uma alternativa para resolver o problema da presença de médicos em USF que possuem situações de vulnerabilidades e de fixação deste trabalhador, é preciso um olhar diferenciado quanto as contribuições que uma nova perspectiva de trabalho pode trazer às ações desenvolvidas na ESF seja para usuários, trabalhadores e também para os gestores municipais, em que se viabilize uma assistência mais acolhedora e de ações integrais, que envolvam os diferentes saberes profissionais.

Se faz importante considerar que a partir do programa mais médicos, a formação em medicina no País passa a ser modificada diante da oferta de vagas para as residências médicas, exigindo-se que recém-formados em medicina ao pretender fazer residências em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina

preventiva e social, façam um ano de programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (BRASIL, 2013c), aproximando médicos ao conhecimento do trabalho na AB.

Por isso, configura-se como uma alternativa o comprometimento de implantação da residência médica no município em parceria com a UEFS para que, em longo prazo, o programa também apresente resultados positivos com a interiorização de médicos no município e sua posterior fixação na AB, com trabalhadores formados para o atendimento à família/comunidade.

Apesar de reconhecer as dificuldades evidenciadas na ESF com a ausência de médicos, também se questiona o fato da não valorização em buscar residências que incluam os demais trabalhadores de nível superior, pois conforme pôde-se identificar, os problemas relacionados ao processo de trabalho em saúde não serão resolvidos com investimentos realizados em apenas um trabalhador.

Nesse sentido, há de considerar como grande desafio a reorganização do processo de trabalho em saúde, saindo das ações fragmentadas e individualizadas, para o fortalecimento do trabalho em equipe, considerando e respeitando as singularidades e especificidades dos processos de trabalho de cada profissão.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO ALENCAR, A. P. et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2085/1166>>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. A (in)visibilidade do processo de trabalho na estratégia de saúde da família. In: GARCIA, M. L. T. (org.). **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1030/1/Livro%20edufes%20Analise%20da%20Politica%20de%20Saude%20Brasileira.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/lil-775823>>. Acesso em: 5 set. 2016.
- ALKMIM, D. F. B. et al. Análise da Repercussão do Programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde em Jornais Impressos, Brasil. In: 3º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 3, 2014, Badajoz. **Anais...** Badajoz, Investigação qualitativa em saúde, 2014. p. 268-272. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/534/529>>. Acesso em: 8 set. 2016.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2015.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- AMORIM, A. C. C. L. Á. et al. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-1086, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2017.
- ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, jan. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ANDRADE, R. S. et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2016.

ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.15, n.38, p.651-662, set. 2011. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/9471>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2 ed., São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2015. 285 p.

ANTUNES, R; ALVES. G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

ARAKAWA, A. M. et al. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 1108-1114, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2017.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ARAÚJO, P. C. **Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família**: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde da Família. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=711389&indexSearch=ID>>. Acesso em: 14 set. 2016.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universidade, 2007. Disponível em: <<http://www.libertarianismo.org/livros/haach.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, [S.l.], 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2017.

ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis, M. M. A. et al (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da**

Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. cap. 1, p. 13-38. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xjcw9>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do Trabalho no Processo de Viver de Trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan-mar, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a09v16n1.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BAGATINI, T.; SELLI, L.; RIVERO, N. O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado. **Bioética**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 193-217, 2006. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/22/26>. Acesso em: 17 nov. 2016.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

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.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Soc Saude**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 dez. 2016.

BELLENZANI, R.; MENDES, R. R. F. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitários de saúde na produção do cuidado e da humanização. **Cad. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 239-253, abr/mai. 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/627>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

BERTÃO, I. R. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 217-224, dez, 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1739/1485>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BOURDIEU, P. A precariedade está hoje por toda parte. In: _____. **Contrafogos 1: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998, p.119-127.

BRANDÃO, I. C. A. et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. **Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.16, n. 3, p. 347-352, 2012. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12799/8164>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, Seção II, art. 196, out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 jan. 2017.

_____. Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 7 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 nov. 1996. Seção 1, p. 48. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1491005/pg-48-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-06-11-1996>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a Cobertura para consolidar a mudança do Modelo de Atenção Básica. **Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v 3, n. 1, p. 113-125, mar. 2003a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Canais de Comunicação do HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde, 16p. 2003b. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS DE A a Z, garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF, 344 p., 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 set. 2007. Seção 1, p. 31. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**; Poder Executivo. Brasília, DF, 28 jun. 2011a, p. 1-10. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p.48-55. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2489_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 114 p., 2012a. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 5 set. 2016

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 outubro de 1996 versão 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília, DF, 2012b. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil**. Brasília, DF, 22 p., 2013a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_orientacoes_organizacao.pdf> Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Seção 1, p. 1-2.

Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 12 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde**. Brasília, DF, 128 p., 2015a. Disponível em: <http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016

_____. Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2015b. Seção 1, p. 80-81. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria_2121_2015.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

_____. Medida Provisória nº 723, de 29 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 mai. 2016a. Seção 1, p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv723.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 set. 2016b. Seção 1, p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13333.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Brasília: MARE/ENAP, 2001. 28 p. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/817/9texto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de norma. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Orgs.). **Trabalhar na saúde experiências cotidianos e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-41.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=promocao+e+preven%C3%A7%C3%A3o+diferen%C3%A7as&ots=CSb7Up2nOc&sig=W3gT6627RK2wgNJAKugVoVXyGAM#v=onepage>>

&q=promo%C3%A7%C3%A3o%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20diferen%C3%A7as&f=false>. Acesso em: 11 jan. 2017.

CALLEGARI, D. C. Um ano depois, programa Mais Médicos ainda gera polêmica. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 18 jul. 2014. Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24923:um-ano-depois-programa-mais-medicos-ainda-gera-polemica&catid=46>. Acesso em: 6 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 mar. 2016.

_____. **Saúde Paideia**. 3 ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 2007. 185 p.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, Ago. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 mar. 2016.

_____. A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. **Médico Residente**, v. 15, n. 2, 2013. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0iwgJz2ysqMJ:www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/395/386+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

CAMPOS, G. W. S. et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 261-266, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2017.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CANTHARINO, I. R. G. **Ações Intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família em um Município da Bahia**. 2013. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <

<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/producao-cientifica/?idx=0ab58688308745ef02b2a21279aaf095>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. **Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 407–408, out. 2013. Disponível em: <<http://ramb.elsevier.es/pt/os-medicos-estrangeiros-questao-da/articulo/90249367/>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-1520, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2015.

CARDOSO, T. Z. et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. **Bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1087-1093, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2017.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde no âmbito da gestão de serviços. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p.2365-2387, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/515/pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.

CARVALHO, B. G. **Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012, 301 f.. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-08032013-144439/pt-br.php>>. Acesso em: 7 out. 2015.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2017.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 907-914, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500907&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801453&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

- CARVALHO NETO, C. T. Demandas históricas e as respostas profissionais do serviço social: as relações com as esferas socioinstitucionais. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7, 2010, Franca. **Proceedings online...** Unesp Franca, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201000100039&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/flae/article/view/2001/2077>>. Acesso em: 07 mar. 2017.
- CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200323&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2017.
- CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- _____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2009. p. 117-130. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=117>>. Acesso em: 18 out. 2016.
- CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/7O-Trabalho-em-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.
- CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 253-277, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1128/1041>>. Acesso em: 24 out. 2016.
- CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2016.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, nov. 2009. Disponível em:

<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/225/pdf_40>. Acesso em: 9 fev. 2017.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, set. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 13 fev. 2017.

CONTANDRIOPOULOS A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em:

<<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=UEqBQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=promocao+e+preven%C3%A7%C3%A3o+diferen%C3%A7as&ots=CSb7Up2nOc&sig=W3gT6627RK2wgNJAKugVoVXyGAM#v=onepage&q=promo%C3%A7%C3%A3o%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20diferen%C3%A7as&f=false>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

COSTA, J. S. D. et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, abr. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401289&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.

COSTA, R. M. et al. Processo de trabalho do dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção.

Odontol. Bras. Central, Goiânia, v. 19, n. 51, p. 327-332, [S.l.] 2010. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2011/v19n51/a2536.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2017.

DAL PRÁ, K. R. et al. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. **Tempus actas de saúde colet.**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 91-103, jun. 2015. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1602/1644>>. Acesso em: 27 out. 2016.

DALLA VECCHIA, M. Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: fundamentos histórico-políticos. **Cultura acadêmica**, São Paulo, 2012. Disponível em:

<<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/109238>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)Net. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelecimentos de Saúde do município de Feira de Santana no Estado da Bahia 2010**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291080&NomeEstado=>>. Acesso em: 14 set. 2015.

DEJOURS, C. **Banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DELGADO CORREA, W. La Reforma de la Enseñanza Superior de 1962 en Cuba y su carácter fundacional en las ciencias médicas. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 16, n. 4, p. 638-643, abr. 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400019&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

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, p. 2061-2070, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n6/13.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

DOMINGUEZ-ALONSO, E.; ZACEA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p.168-176, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. **CADERNO CRH**. Salvador, v. 24, n. spe 1, p. 35-55, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/7126>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

DUNCAN, M. S.; TARGA, L. V. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. **Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 233-234, set. 2014. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1004>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2015.

FACCHINI, L. A. et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014.

FACCHINI, L. A. et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2652, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902652&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2017.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan/jun. 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/5621/4669>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FARIA, H. P. et al. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3933.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO; A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Feira de Santana, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – 2015**. Feira de Santana, 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde – 2016**. Feira de Santana, 2016.

FERMINO, T. Z. **O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde**. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16112010-111716/pt-br.php>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2016.

FIGUEIREDO, L. A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 418-423, mar. 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag418-23.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022009-103507/pt-br.php>> Acesso em: 21 out. 2015.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, abr. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e introdução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. Disponível em:

<http://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 4 out. 2016.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. Disponível em:

<<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSISTENCIA%20C0%20SA%20DADE%20-%20T%20FALio.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. [S.l.], v. 6, n. 2, abr. 2012. Disponível em:

<<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 306 p. Disponível em: <<file:///C:/Users/L%C3%ADvia/Downloads/Livro-Trabalho-e-Produ%C3%A7%C3%A3o%20do%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde-2013MERHYFRANCO.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

FREIDSON, E. A divisão do trabalho médico. In: FREIDSON, E. **Profissão Médica. Um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo, SP: UNESP; Porto Alegre, RS: Sindicato dos Médicos, 2009. p.67-91.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, jul. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2016.

FROTA, A. C. **O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família ‘O Caso Fortaleza’**. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2420>>. Acesso em: 15 set. 2016.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em:

<<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

GOMBATA, M. **Política social e política externa**: a atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil. 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-08042016-122331/en.php>>. Acesso em: 27 out. 2016.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. Sofrimento psíquico em trabalhadoras de UTI. **Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-99, jan/mar. 2006. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/1541>>. Acesso em: 2 mar. 2017.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, [S.l.]. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2017.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902815&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2017.

GORZ, A. **O Imaterial**: conhecimento, valor e capital. São Paulo: Annablume, 2005.

_____. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. Tradução de Ana Montoia. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007.

GRIBEL, E. B. **Atenção básica**: do processo de trabalho ao Sistema de Informação. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420944&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 out. 2014.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 660-667, dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reusp/v41n4/16.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **IBGE Cidades. Informações estatísticas**. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291080>>. Acesso em: 14 set. 2015.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 556-562, jul/set. 2014. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661/pdf_229>. Acesso em: 28 fev. 2017.

JESUS, D. F. S. **A comunicação no trabalho em equipe**: perspectivas de profissionais inseridos no programa saúde da família. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-6VYPWA>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. São Paulo: **UNIFESP**, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2017.

KAMIKAWA, G. K.; MOTTA, I. D. da. Direito à saúde e estudo da política pública do Programa “mais médicos”. **Jurídica Cesumar Mestrado**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 341-367, set. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/3691/2427>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2016.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 mar. 2016.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LARA, N. C.; MENDES, Á. A regionalização e o financiamento do SUS na região metropolitana da Baixada Santista do Estado de São Paulo. **Revista da Faculdade de**

Ciências Médicas de Sorocaba. Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 37-42, mar. 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21962>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999. 340p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2016.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LOPES, A. C. “Programa Mais Médicos” e a Saúde no Brasil. **Soc. Bras. Clín. Méd**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1-3, dez, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n4/a4195.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

LOPES, M. Á. C. P. et al. **Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o programa mais médicos para o Brasil**. In: IV Jornada de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, 9, 2015, Ceará. **Anais...**, Ceará: UFC, 2015. p. 13. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/jornada/article/view/540/pdf>>. Acesso em: 8 set. 2016.

LOPEZ, M. F. A.; WEGNER, W. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 190-196, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/13471/10732>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 973-982, [S.l.]. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2017.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2017.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das Equipes da Saúde da Família e de Seu Processo de Trabalho. **Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2016.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, jan./abr., 2008, p. 8-18. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rco/article/viewFile/34702/37440>>. Acesso em: 9 jan. 2017.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2017.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/9ee3c6e80bd35d1d06118bd012791dd0/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>>. Acesso em: 6 dez. 2016.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2016.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2017.

MEDEIROS, C. S. et al. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10833>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MELO, C. F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. A percepção dos usuários cearenses sobre o programa mais médicos. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1302-1312, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2087>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A.; LEAL, J.A.L. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. In: Associação Brasileira de Enfermagem; VALE, E. G.; PERUZZO, S. A.;

FELLI, V. E. A., organizadores. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 45-75. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3).

MENDES, Á. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais de trabalho médico**. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

_____. **Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

_____. **Tecnologia e Organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de Processo de Trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia. **Saúde e Democracia: a luta dos CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125-142. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 1-13. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/33023409_A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude_uma_discussao_do_modelo_assistencial_e_da_intervencao_no_seu_modode_trabalhar_a_assistencia/links/0046353bcf1564f6b3000000.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, E. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 15-35. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-08.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2007. 189 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. EPJV/FIOCRUZ. Nov. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 113-160.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2010.

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.137-56, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orh_completo.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2016.

MOLESINI, J. A. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n.3, p.623-638 jul./set. 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/61/60>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

MORAIS, T. C. P. **Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-06052009-103456/pt-br.php>. Acesso em: 7 out. 2015.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 379-389, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2016.

MOTA, R. G.; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2879-2888, set. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902879&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2017.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER/SUS: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 175-181.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2017.

NASCIMENTO, V. F. et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Saúde (Sta. Maria)**, Santa Maria, vol. 43, n. 1, p. 1-10, jan/abr. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23119/pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

NERY, A. A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, jul/set. 2011. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

NETO, J. Bahia colhe os frutos do Programa Mais Médicos. **Saúde no ar**, Salvador, 11 jul. 2016. Seção Boas notícias. Disponível em: <<http://www.portalsaudenoar.com.br/bahia-colhe-os-frutos-do-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 16 out. 2016.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 506-511, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2015.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Eletr. Enf.** v. 11, n. 4, p. 820-829, dez. 2009. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 393-400, fev. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200393&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2017.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119116004>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 mar. 2017.

OSA, J. A. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estud. av.**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-96, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba**. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos – 1. Brasília, DF, 68p., 2015. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/estudo%20mm.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o Estudo do Caso de Sobral, CE. **Soc. Saude.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, mai. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2016

PAIM, J. S. As bases conceituais da Reforma Sanitária. In: Fleury, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997, p. 11-24. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6538/1/Paim%20JS.%20%20Bases%20conceituais.%201997.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016

_____. Atenção à Saúde no Brasil. In: PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 11-47. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (ORG.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Cap. 15.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **LANCET (série Brasil)**, v. 6736, n. 11, p. 11-31, mai. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2016.

PAIM, J. S. et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2014.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000186836&fd=y>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2015.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, [S.l.] 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2017.

PEREIRA, L. L. **Repercussões do Programa Mais Médicos em comunidades rurais e quilombolas**. 2016. 250 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/21281>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**, 2001. 314 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-26062007-161921/pt-br.php>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2664>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

PEREIRA, S. M. et al. Equidade do acesso a atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 325-334, jul/set. 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2435>> Acesso em: 27 fev. 2017.

PESERICO, A. et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 488 - 497, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11210>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s146-s157, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2016.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A; GONZALEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1825-1832, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2016.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, jun. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2015.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-326, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2016.

PIRES, V. M. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007. Disponível em: <<http://tede2.uefs.br:8080/bitstream/tede/37/1/Dissertacao%20Vilara%20Mendes.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 jan. 2017.

PROGRAMA mais médicos será ampliado em Feira de Santana. **Jornal Grande Bahia**, Feira de Santana, 10 ago. 2016. Seção Bahia. Disponível em:

<<http://www.jornalgrandebahia.com.br/2016/08/programa-mais-medicos-sera-ampliado-em-feira-de-santana/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

RAD, 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2017.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. 2 unidade. **São Paulo: UNIFESP**, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

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**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2015.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100056&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 7 dez. 2016.

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, v. 20, n. 2, p. 438-446, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

RIBEIRO, R. C. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 421-424, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2017.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOS, M. O. **Produção do cuidado para a resolubilidade da estratégia de saúde da família: saberes, práticas e dilemas do cotidiano**. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

RIZZOTTO, M. L. F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 237-251, out. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2017.

RODRIGUES, C. C. P.; QUARESMA, M. S. M.; MONTEIRO, R.C. Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional. **Tempus actas de saúde colet.**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 151-158, dez. 2015. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1730/1479>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

RODRIGUES, K. M. A. O Programa Mais Médicos do Governo Federal: Um aporte pedagógico na saúde para a construção da cidadania. **Tempus actas de saúde colet.**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 35-47, dez, 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1743/1471>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde:** um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 2008. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ROECKER, S.; BUDO, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2017.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ROSENSTOCK, K. I. V; SANTOS; S. R.; GUERRA, C. S. Motivação e envolvimento com o trabalho na estratégia saúde da família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.591-603 jul/set. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2638.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SÁ, D. CFM diz que o programa Mais Médicos é “demagógico” e “eleitoreiro”. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 13 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagógico-e-eleitoreiro.shtml>>. Acesso em: 6 set. 2013.

SALAZAR, A. S. “**Programa mais médicos**”: um estudo do antes e do depois na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da unidade de saúde Augusta Meneguine no município de Viamão. 2015. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde) – Escola Administração/UFRGS, Universidade Aberta do Brasil (UAB), Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130196/000974195.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de out. 2014.

SANTOS, A. B.; BLENGINI, A. P. **O trabalho como princípio educativo na educação básica**: construindo uma nova hegemonia para além da lógica utilitarista do capital. 2010. Disponível em: <<http://www.docstoc.com/docs/24822928/O-TRABALHO-COMO-PRINCPIO-EDUCATIVO-NA-EDUCAO-BSICA#>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, out. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 fev. 2017.

SANTOS, C. S. et al. Registro de atividades no sistema de informação da Atenção Básica. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 17, n. 2, p. 331-335, abr/jun. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23098/18547>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, jul. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2015.

SANTOS, J. B. F. et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003-1016, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/127262/124460>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2016.

SANTOS, M. A. M.; SOUZA, E. G.; CARDOSO, J. C. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do programa mais médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v.10, n.26, p. 1327-1346, mai/ago. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2089/1177>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2016.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 350-359, set. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

SANTOS, R. P. O.; VELAZQUE, M. L. C. Oficinas educativas sobre o autocuidado de pacientes com diabetes mellitus em uma unidade de saúde atendida pelo “Programa Mais Médicos” no Brasil: relato de experiência. **Tempus actas de saúde colet.**, Brasília, v. 9, n. 4, p.183-189, dez, 2015. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1749/1482>>. Acesso em: 8 set. 2016.

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia**. 2010. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, T. A. **O valor da força de trabalho da enfermeira**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. esp, p. 777-781, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2016.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2017.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov-dez, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 57-64, mar. 1995. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SCREMIN, L.; JAVORSKI, E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do programa mais médicos. In: IX Ciclo de Debates Sobre Jornalismo UniBrasil, 9, 2013, Curitiba. **Anais...**, Curitiba: Cadernos da escola de comunicação, 2014. p. 1-15. Disponível

em:

<<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernoscomunicacao/index.php/comunicacao/article/view/127/122>>. Acesso em: 8 set. 2016.

SENA, A. L. C. et al. Acolhimento e satisfação do usuário na estratégia de saúde da família: uma experiência de êxito. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 134 – 140, abr/jun. 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2326/871>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Homenagem marca três anos do programa Mais Médicos na Bahia. **Notícias Cidadão Usuário**, 9 jul. 2016. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=10755:homenagem-marca-tres-anos-do-programa-mais-medicos-na-bahia&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 10 out. 2016.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

SHIMIZU, H. E.; REIS, L. S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3461-3468, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2016.

SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902899&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C., CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em: 7 nov. 2016

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, esp. 2, p. 784-788, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp2/v20e2a16.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

SILVA, M. K. C.; SILVA, D. M.; ROCHA, F. C. Médicos estrangeiros em Foz do Iguaçu: um estudo sobre o Programa Mais Médicos e os impactos na vida das populações periféricas.

In: II Encontro de Estudios Sociales de América Latina, 2014, Argentina. **Linha Temática: Democracia, movimentos sociais e cidadania**. Argentina: Universidade Nacional de Córdoba, 2014. p. 1-8. Disponível em: <<https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/447>>. Acesso em: 8 set. 2016.

SILVA, T. R. B. et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902861&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2017.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Min. enferm.** Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 196-201, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/25>>. Acesso em: 7 fev. 2016.

SOARES, R. C. Contrarreforma na política de saúde e ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: GARCIA, M. L. T. (org.). **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1030/1/Livro%20edufes%20Analise%20da%20Politica%20de%20Saude%20Brasileira.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017

SOARES, S. P. **Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde**. 2012. 160 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/12584>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 17.

SOUSA, D.; SILVA, R. J. O. O programa mais médico na perspectiva dos atores sociais responsáveis por sua implantação e dos beneficiários no município de Boqueirão, PB. **REUNIR**, [S.l.], vol. 5, n. 3, p.59-75, [S.l.]. 2015. Disponível em: <revistas.ufcg.edu.br/reunir/index.php/uacc/article/download/354/pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

SOUZA, A. C. C. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 6, p. 805-807, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 out. 2014.

SOUZA, M. B. et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 3, p. 190-195, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SOUZA, M. C. et al. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 139-148, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.saocamillo->

sp.br/novo/publicacoes/publicacoesSumario.php?ID=155562&rev=s&sum=155629&idioma=pt>. Acesso em: 30 nov. 2016.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.) **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2000. p. 435-454.

STANCATO, R.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura, **RAS**, São Paulo. vol. 12, n. 47, p. 87-99, abr-jun. 2010. Disponível em:

<http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=207&p_nanexo=%20289>. Acesso em: 14 fev. 2017.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2016.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237p. (Sala de aula series, nº3). Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

TESSER, C. D. et al. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, nov. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 dez. 2016.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. In: TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização Social e Atenção à Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. Cap. 5.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; JUSTINO, A. L. Medicalização social e prevenção quaternária: conceito e prática na atenção primária à saúde. In: TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização Social e Atenção à Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. Cap. 5.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2016.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. 306 p.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 557-570, mai. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

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, p. 36-42, jan/mar, 2013. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/22-036.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M.; VARGAS D. S. O risco dos extremos: uma análise da implantação do programa mais médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Revista Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v.10, n.26, p. 1313-1326, maio/agosto, 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2088/1167>>. Acesso em: 15 set. 2016.

VENDRAMEL, D. A. et al. O conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Cáceres-MT acerca do processo de territorialização. **Gestão e Saúde**, Mato Grosso, v. 5, n. 2, p.319-336, mai. 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/616/pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016.

VIANA, H. A. **O trabalho dos médicos cubanos no Brasil por meio do programa “mais médicos”**: Legalidade do programa e isonomia na aplicação das normas trabalhistas. 2015. 65p. Monografia (Bacharel em direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS, Centro Universitário de Brasília – UniCeub, Brasília-DF, 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7018/1/20957464.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2017.

VIEIRA, E. T. et al. O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**. V. 17, n. 3, p. 119-126, jul. 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237133947_O_programa_saude_da_familia_sob_o_enfoque_dos_profissionais_de_saude>. Acesso em: 4 jan. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2005. 212 p.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada dos trabalhadores de saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
 NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS SOBRE DESIGUALDADES
 EM SAÚDE (NUDES)

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE⁷

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DE TÉRMINO:

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS / PROFISSIONAIS:

- 1 IDADE: _____ () NACIONALIDADE _____
- 2 SEXO: () MASCULINO () FEMININO
- 3 ESTADO CIVIL: _____
- 4 FORMAÇÃO: _____ TEMPO DE FORMAÇÃO: _____
- 5 POSSUI PÓS GRADUAÇÃO: ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO OU DOUTORADO
- 6 TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ESF/AB: _____
- 7 TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA USF: _____
- 8 N° DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS: _____
- 9 TIPO DE VÍNCULO: (ESTATUTÁRIO, COOPERADO, OUTRO)

FALE SOBRE	INSTRUÇÕES PARA NORTEAR
FINALIDADE DO TRABALHO	PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, REPARAÇÃO, MANUTENÇÃO, COORDENAÇÃO, TROCA DE CONHECIMENTOS
OBJETO DO TRABALHO	COM O QUE VOCE TRABALHA/PARA QUEM VOCE TRABALHA

⁷ Roteiro baseado no subprojeto 3, intitulado “Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Básica”, realizado em 2009, com coordenação da Dr^a. Thereza Christina Bahia Coelho.

INSTRUMENTOS/MEIOS QUE VOCE UTILIZA PARA REALIZAR O TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE	TÉCNICA, ARTE. CONHECIMENTOS, HABILIDADES, TECNOLOGIA LEVE; LEVE-DURA.
COMO SE ORGANIZA O TRABALHO NESSA UNIDADE DE SAÚDE	UM DIA TÍPICO DO SEU TRABALHO/DIVISÃO DO TRABALHO
DE QUE FORMA É FEITA A INTERAÇÃO DO SEU TRABALHO COM OS DEMAIS TRABALHADORES DA EQUIPE	EM REUNIÕES, ATIVIDADES EDUCATIVAS DENTRO E FORA DA USF, CONSULTAS; ANTES E DEPOIS DO MAIS MÉDICOS
LOCAIS EM QUE OS TRABALHADORES DESENVOLVEM AS ATIVIDADES	UNIDADE, COMUNIDADE, TERRITÓRIO, SERVIÇOS, CASA.
FACILIDADES PARA REALIZAR O SEU TRABALHO NESSA UNIDADE DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS;	PONTOS POSITIVOS. MUDANÇAS PERCEBIDAS NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.
DIFICULDADES PARA REALIZAR SEU TRABALHO NESSA UNIDADE DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS;	PERCEPÇÃO DE RESULTADOS OU DAS DIFICULDADES ENFRENTADAS NA EXECUÇÃO DO TRABALHO.
O PRODUTO DO SEU TRABALHO.	QUER SABER O PRODUTO DO TRABALHO RELAÇÃO TRABALHO E RESULTADO PROJETADO

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada para os usuários



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
 NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS SOBRE DESIGUALDADES
 EM SAÚDE (NUDES)

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS USUÁRIOS⁸

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DE TÉRMINO:

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS / USUÁRIOS:

10 IDADE:

11 SEXO: () MASCULINO () FEMININO

12 ESTADO CIVIL:

13 NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

14 PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:

15 TEMPO QUE FREQUENTA A USF:

16 ÚLTIMA VEZ QUE PROCUROU A USF:

FALE SOBRE	INSTRUÇÕES PARA NORTEAR
SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO NESTA UNIDADE QUE VOCÊ EXPERIENCIOU	INSTRUMENTOS/MEIOS UTILIZADOS PARA REALIZAR O TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE TÉCNICA, ARTE. CONHECIMENTOS, HABILIDADES, TECNOLOGIA LEVE; LEVE-DURA; DURA
COMO SE ORGANIZA O TRABALHO NESTA UNIDADE DE SAÚDE	UM DIA TÍPICO DO SEU ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE

⁸Roteiro baseado no subprojeto 3, intitulado “Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Básica”, realizado em 2009, com coordenação da Dr^a. Thereza Christina Bahia Coelho.

ATENDIMENTO NA UNIDADE E FORA DELA	UNIDADE, COMUNIDADE, TERRITÓRIO, SERVIÇOS, CASA.
FACILIDADES PARA REALIZAR O SEU ATENDIMENTO NESSA UNIDADE DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	PONTOS POSITIVOS.
DIFICULDADES PARA REALIZAR SEU ATENDIMENTO NESSA UNIDADE DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.	PERCEPÇÃO DE RESULTADOS OU DAS DIFICULDADES ENFRENTADAS NA EXECUÇÃO DO TRABALHO.

APÊNDICE C– Roteiro para observação do processo de trabalho

- HORÁRIOS/TURNOS DOS TRABALHADORES;
- ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS DOS TRABALHADORES DA UNIDADE (OBJETO DE TRABALHO; FINALIDADE DO TRABALHO; SABERES, PRÁTICAS, MATERIAIS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS; PRODUTO DO TRABALHO);
- DIVISÃO DE ATIVIDADES ENTRE OS TRABALHADORES DA EQUIPE E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES;
- ACOMPANHAMENTO DE VISITAS DOMICILIARES;
- ATIVIDADES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA A COMUNIDADE;
- A INTERAÇÃO ENTRE TRABALHADORES E USUÁRIOS/FAMILIARES DE USUÁRIOS;
- LOCAIS QUE OCORREM ESSAS INTERAÇÕES;
- AS REUNIÕES DE EQUIPE.

Estrutura Física:

- EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PARA O ATENDIMENTO À COMUNIDADE (SÃO SUFICIENTES? ESTÃO ADEQUADOS?).

APÊNDICE D – Roteiro para análise dos documentos

1) TIPO DE DOCUMENTO
2) AUTOR INSTITUCIONAL
3) PARA QUEM
4) ANO
5) TEMA CENTRAL
6) COMO

Fonte: Baseado em Santos S. (2010).

APÊNDICE E - Solicitação para Secretaria Municipal de Saúde

Solicitação para Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

Feira de Santana, 16 de janeiro de 2016.

À

Ilm^a Sr^a

Denise Lima Mascarenhas

M.D. Secretária Municipal, de Saúde de Feira de Santana-BA

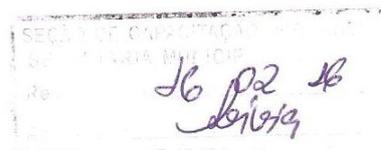
ATT.: **Ariela Karla Covas** – Coordenadora da Seção de Capacitação Permanente

Eu, Lívia Leal Lopes de Santana, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) juntamente com minha orientadora Prof^a Dr^a. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS O PROGRAMA MAIS MÉDICOS**”, para dar seguimento ao estudo, sirvo-me do presente para solicitar a Vossa Senhoria autorização para acessar duas unidades de saúde da família de Feira de Santana-BA, a fim de contatar os trabalhadores de saúde visando a participação na pesquisa, após apresentação do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

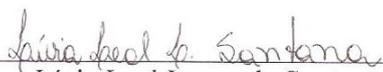
Esta pesquisa tem como objetivo analisar a organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família com a implementação do programa mais médicos. Será realizado entrevistas, analisado documentos pertinentes ao objeto de estudo (ofícios, protocolos, comunicação interna, atas) e observação do trabalho desenvolvido pela equipe. Ressaltamos a relevância do estudo tanto para os serviços de saúde quanto para a academia.

Assim, contamos com vossa colaboração e agradecemos desde já.

Atenciosamente,




 Silvone Santa B. da Silva Santos
 Professora Orientadora


 Lívia Leal Lopes de Santana
 Pesquisadora responsável

APÊNDICE F - Informe de mudanças à Secretaria Municipal de Saúde

11.05.2016
Livia Leal

Solicitação para Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

Feira de Santana, 11 de Maio de 2016.

À

Ilm^a Sr^a

Denise Lima Mascarenhas

M.D. Secretária Municipal, de Saúde de Feira de Santana-BA

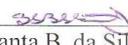
ATT.: **Ariella Karla Covas** – Coordenadora da Seção de Capacitação Permanente

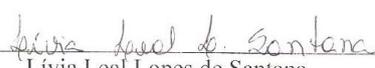
Eu, Livia Leal Lopes de Santana, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) juntamente com minha orientadora Prof^a Dr^a. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “**PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**”, para dar seguimento ao estudo, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número do parecer: 1.530.791 e autorizado por Vossa Senhoria, sirvo-me do presente para informar sobre o início da coleta de dados nas unidades de saúde da família de Feira de Santana-BA, que se enquadrem nos critérios de inclusão, a fim de contatar os trabalhadores de saúde e usuários visando a participação na pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa mais médicos em um município da Bahia. Será realizado entrevistas com os trabalhadores e usuários das unidades estudadas, analisado documentos pertinentes ao objeto de estudo (ofícios, atas, comunicações internas, livros de registros compreendidos no período desde a implantação do programa mais médicos no município, bem como o relatório anual de gestão (RAG), programação anual de saúde (PAS) e o plano municipal de saúde (2014-2017) e observação do trabalho desenvolvido pela equipe. Ressaltamos a relevância do estudo tanto para os serviços de saúde quanto para a academia.

Assim, contamos com vossa colaboração e agradecemos desde já.

Atenciosamente,


Silvone Santa B. da Silva Santos
Professora Orientadora


Livia Leal Lopes de Santana
Pesquisadora responsável

APÊNDICE G - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS SOBRE DESIGUALDADES
EM SAÚDE (NUDES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE

Nós, Lívia Leal Lopes de Santana (pesquisadora responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva Santos (orientadora da pesquisa), convidamos você para participar como entrevistado (a) da pesquisa intitulada: “PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS”, que tem como objetivo analisar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do programa mais médicos. Possui como relevância social a expectativa de que os resultados desse estudo apresentem a possibilidade dos trabalhadores refletirem sobre o seu processo de trabalho. Além disso, este estudo poderá fomentar novas pesquisas ligadas a esse tema, e possivelmente trazer novas perspectivas na forma de realizar o trabalho em saúde. Se você consentir, sua entrevista será gravada e após a entrevista você poderá solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. Assim, pretendemos realizar as entrevistas em sala reservada, especificamente, para este fim. Gostaríamos da sua autorização para realizar a observação sistemática do seu processo de trabalho nesta unidade de saúde da família e também para a análise de documentos. A pesquisadora se compromete em não tirar fotos e também em não retirar nenhum deles para serem analisados fora do ambiente da USF, bem como não rasurar ou danificar quaisquer documentos. Todo material coletado será armazenado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), pelo período de cinco anos, sendo deletado e descartado após esse período. As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural, também lhe é garantido que as observações realizadas em seu ambiente de trabalho não serão identificadas nominalmente. Os possíveis riscos estão relacionados ao constrangimento em responder alguma questão, sendo que você terá o direito de não respondê-las, sem que seja submetido (a) a qualquer tipo de penalização, bem como, será respeitado o direito de desistência da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, conforme estabelece a Resolução 466/2012. Você ainda corre o risco de ser identificado (a), entretanto, para evitar essa situação não se fará menção a unidade de saúde deste estudo, além disso, as entrevistas serão diferenciadas por siglas e números. Você não será remunerado (a) pela participação neste estudo e nem será responsabilizado (a) pelos custos de operacionalização. As despesas do estudo serão de responsabilidade das pesquisadoras. Em caso de possíveis danos, comprovadamente causados em decorrência da pesquisa, as pesquisadoras se comprometem com a indenização. Haverá a apresentação final do trabalho nesta unidade de saúde da família e caso haja alguma informação que gere algum tipo de desconforto, essa não será publicada. As pesquisadoras se comprometem em encaminhar o relatório final desta pesquisa e apresentar os resultados do trabalho na Unidade de Saúde da Família, na Secretaria Municipal de Saúde como também publicá-los em congressos, simpósios, seminários e em revistas científicas, livros e artigos. Se houver dúvida do ponto de vista ético, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da UEFS (CEP) pelo telefone (75) 3161-8067 e/ou pelo e-mail: cep@uefs.br, se houver outras dúvidas pode entrar em contato com as pesquisadoras no telefone (75) 3161-8469 do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) que fica localizado no Módulo da Pós Graduação em Saúde Coletiva – Módulo 6, na UEFS, Avenida Transnordestina, s/n, bairro Novo Horizonte, CEP:44.036.900, Feira de Santana-BA. Caso concorde em participar deste estudo, assine o termo nas duas vias e fique com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2016.

Silvone Santos (Professora Orientadora)

Participante

Lívia Santana (pesquisadora)

APÊNDICE H - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
 NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS SOBRE DESIGUALDADES
 EM SAÚDE (NUDES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS

Nós, Livia Leal Lopes de Santana (pesquisadora responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva Santos (orientadora da pesquisa), convidamos você para participar como entrevistado (a) da pesquisa intitulada: “PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS”, que tem como objetivo analisar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, após a implantação do programa mais médicos. Possui como relevância social a expectativa de que os resultados desse estudo apresentem a possibilidade dos trabalhadores pensarem sobre o seu processo de trabalho. Além disso, este estudo poderá gerar novas pesquisas ligadas a esse tema, e possivelmente trazer novas perspectivas na forma de realizar o trabalho em saúde, contribuindo para o seu atendimento. Se você consentir, sua entrevista será gravada e após a entrevista você poderá solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. Assim, pretendemos realizar as entrevistas em sala reservada, especificamente, para este fim. Também gostaríamos da sua autorização para realizar a observação sistemática do seu atendimento durante a consulta nesta unidade de saúde da família. Será assegurado o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural, também lhe é garantido que as observações realizadas em sua consulta e/ou entrevista não serão identificadas nominalmente. Todo material coletado será armazenado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), pelo período de cinco anos, sendo deletado e descartado após esse período. Os possíveis riscos estão relacionados ao constrangimento em responder alguma questão, sendo que você terá o direito de não respondê-las, sem que seja submetido (a) a qualquer tipo de penalização, bem como, será respeitado o direito de desistência da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, conforme estabelece a Resolução 466/2012. Você ainda corre o risco de ser identificado (a), entretanto, para evitar essa situação não se fará menção a unidade de saúde deste estudo, além disso, as entrevistas serão diferenciadas por siglas e números. Você não será remunerado (a) pela participação neste estudo e nem será responsabilizado (a) pelos custos de operacionalização. As despesas do estudo serão de responsabilidade das pesquisadoras. Em caso de possíveis danos, comprovadamente causados em decorrência da pesquisa, as pesquisadoras se comprometem com a indenização. Haverá a apresentação final do trabalho nesta unidade de saúde da família e caso haja alguma informação que gere algum tipo de desconforto, essa não será publicada. As pesquisadoras se comprometem em encaminhar o relatório final desta pesquisa e apresentar os resultados do trabalho na Unidade de Saúde da Família, na Secretaria Municipal de saúde como também publicá-los em congressos, simpósios, seminários e em revistas científicas, livros e artigos. Se houver dúvida do ponto de vista ético, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da UEFS (CEP) pelo telefone (75) 3161-8067 e/ou pelo e-mail: cep@uefs.br, se houver outras dúvidas pode entrar em contato com as pesquisadoras no telefone (75) 3161-8469 do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) que fica localizado no Módulo da Pós Graduação em Saúde Coletiva – Módulo 6, na UEFS, Avenida Transnordestina, s/n, bairro Novo Horizonte, CEP:44.036.900, Feira de Santana-BA. Caso concorde em participar deste estudo, assine o termo nas duas vias e fique com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2016.

 Silvone Santos (Professora Orientadora)

 Participante

 Livia Santana (pesquisadora)

ANEXO A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana



Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente

E-mail: edupermanentesms@gmail.com
(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana, 26 de Fevereiro de 2016.

DA: Seção de Capacitação Permanente SMS
PARA: Atenção Básica SMS
ATT: Dr^a Valdenice Queiroz
C/C: Comitê de Ética em Pesquisa UEFS

Tipo: Encaminhamento Pesquisa
Acadêmica/TCC/MONOGRAFIA/MESTRADO/DOCTORADO

Informamos que se encontra autorizado o Projeto de Pesquisa da mestranda em Saúde Coletiva: **Livia Leal Lopes de Santana**, juntamente com a orientadora Prof^a Dr^a Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, intitulado: **“Organização do Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família após o programa mais médicos”**, tendo como objetivo analisar a organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família com a implementação do programa mais médicos. Serão realizadas entrevistas, análise de documentos pertinentes ao objeto de estudo tais como: ofícios, protocolos, comunicação interna, atas, etc, e observação do trabalho desenvolvido pela equipe.

Atenciosamente,

Ariella Larla Covas
Ariella Larla O. Covas
Coord. da Seção de Capacitação Permanente
da Seção de Atenção Básica

CNPJ 14 043 574/0001-51
Secretaria Municipal de Saúde
Feira de Santana/Bahia

ANEXO B – Nova autorização da Secretaria Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente

E-mail: edupermanentesms@gmail.com
(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana, 18 de Maio de 2016.

DA: Seção de Capacitação Permanente SMS
PARA: Atenção Básica SMS
ATT: Dr^a Valdenice Queiroz
C/C: Comitê de Ética em Pesquisa UEFS

Tipo: Encaminhamento Pesquisa
Acadêmica/TCC/MONOGRAFIA/MESTRADO/DOUTORADO

Informamos que se encontra autorizado o Projeto de Pesquisa da mestranda em Saúde Coletiva: **Livia Leal Lopes de Santana**, juntamente com a orientadora Prof^a Dr^a Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, intitulado: **“Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família após implantação do programa mais médicos”**, tendo como objetivo analisar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa mais médicos. Serão realizadas entrevistas com a equipe de saúde e usuários, análise de documentos pertinentes ao objeto de estudo tais como: ofícios, protocolos, comunicação interna, atas, etc, e observação do trabalho desenvolvido pela equipe.

Atenciosamente,


Ariella Maria de O. Covas
Coord. da Seção de Capacitação Permanente