

O cotidiano de trabalho da Estratégia Saúde da Família: entre o real e o ideal

RESUMO:

Objetivo: Analisar o cotidiano do trabalho de equipes da Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado em 10 equipes da Estratégia Saúde da Família de um município de Minas Gerais, com 39 profissionais. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** O trabalho em saúde no cenário estudado está fragmentado, reproduz o modelo médico-centrado e restringe o escopo de ações da Estratégia Saúde da Família. Destaca-se o vínculo, as ações orientadas para a comunidade e formação profissional voltada para as novas necessidades do trabalho em saúde como elementos que podem qualificar o atendimento na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** Apesar da implantação da Estratégia Saúde da Família no município estudado há quase duas décadas, seu papel de reestruturadora do modelo de atenção ainda apresenta fragilidades. Os agentes do trabalho reconhecem a necessidade de mudança, mas mantêm articulação das ações cotidianas sem transformações de ordens simbólicas. Há evidências de práticas exitosas que se incorporadas às práticas de atenção à saúde, contribuirão para a qualificação da assistência e mudança do modelo de atenção à saúde.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Tecnologia Biomédica.

The daily life of Family Health Strategy teams: between the real and the ideal

ABSTRACT:

Objective: To analyze daily routine of the Family Health Strategy teams. **Method:** Case study of a qualitative approach, carried out within 10 teams of the Family Health Strategy in a municipality of Minas Gerais with 39 health professionals. Specific data was collected from March to June 2016, through a semi-structured interview. Content analysis was used in the theme mode. **Results:** The health work in the studied settings is fragmented, it reproduces the medical-centered model and restricts the range of actions of the Family Health Strategy. Bonding is highlighted, as well as community-oriented actions and professional training focused on the new needs of this health work as elements that can qualify and enhance the attending in Primary Health Care. **Conclusion:** Despite the implantation of the Family Health Strategy in the municipality studied almost two decades ago, its role of restructuring the attention model still presents flaws and weaknesses. Labor agents recognize the need for change, but maintain the articulation of daily actions without any symbolic changes. There is evidence of successful practices that are incorporated into health care, contributing to the qualification of health assistance and changes of the health care model.

Descriptors: Unified Health System; Family Health Strategy; Primary Health Care; Biomedical Technology.

Lo cotidiano del trabajo de la estrategia Salud de la Familia: entre lo real y lo ideal.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar lo cotidiano del trabajo de los equipos de la estrategia salud de la familia. **Metodología:** Estudio de caso de abordaje cualitativo realizado en 10 equipos de la estrategia

salud de la familia de un municipio de Minas Gerais, con 39 profesionales. La recolección de datos fue marzo-junio de 2016, por medio de entrevista semi estructurada. Se utilizó análisis del contenido en la modalidad temática. **Resultados:** El trabajo en salud del escenario estudiado está fragmentado, reproduce el modelo médico-centrado y restringe el alcance de acciones de la estrategia de salud de la familia. Se destaca el vínculo, las acciones orientadas a la comunidad y formación profesional enfocada en las nuevas necesidades del trabajo en salud, con elementos que pueden calificar el tratamiento en la atención primaria de la salud (APS). **Conclusión:** A pesar de la implementación de la estrategia de salud de la familia en el municipio estudiado hace casi dos décadas, su papel de reestructuradora del modelo de atención todavía presenta debilidades. Los agentes del trabajo reconocen la necesidad de cambio, pero mantienen articulación de las acciones cotidianas sin transformaciones de orden simbólicas. Hay evidencias de prácticas exitosas que si se incorporasen a las prácticas de atención de salud, contribuirían para la calificación de la asistencia y reemplazo del modelo de atención de salud.

Descriptores: Sistema Único de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Tecnología Biomédica.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe reformulação da Atenção Primária a Saúde (APS), que é caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas que objetivam impactar nas condições de saúde das populações e seus determinantes, pelo escopo da promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde dos usuários ⁽¹⁾.

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é proposta como prioritária para reorientar o modelo assistencial da APS seguindo suas diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social ⁽¹⁾.

A APS deverá ser porta de entrada preferencial do sistema de saúde, atuando como ordenadora e coordenadora do cuidado, capaz de desenvolver ações de responsabilização e vínculo entre equipe de saúde e usuários ⁽²⁾. Orienta-se por eixos estruturantes, conhecidos como atributos essenciais – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – e atributos derivados – orientação familiar e comunitária e competência cultural. Sendo assim, as equipes de ESF devem organizar o trabalho a fim de promover cuidado ao usuário de maneira integral e atender esses atributos ⁽³⁾.

No atual contexto da ESF, é possível observar modos de organização do trabalho em saúde que distanciam a APS dos seus objetivos, sendo comum a reprodução de práticas assistenciais com foco na doença, a partir do modelo fragmentado de trabalho ⁽⁴⁻⁵⁾.

Estudos acerca da integralidade do cuidado apontam este princípio doutrinário como eixo condutor dos processos de mudanças para ruptura de valores tradicionais na saúde ⁽⁴⁻⁵⁾. Para estabelecer práticas transformadoras, o trabalho em saúde na APS deve ser readequado, o que requer de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para que ações centradas em procedimentos deem lugar ao modelo de atenção com foco nos usuários ⁽¹⁾.

A partir da vivência como residente de Enfermagem na Atenção Básica e inserção no atual contexto da APS, tendo a ESF como campo de prática, foi possível observar que seu papel de reordenadora do modelo de atenção à saúde ainda é incipiente no município de estudo. Neste contexto, diante da necessidade de aprofundar esta temática, este estudo tem por objetivo analisar o cotidiano do trabalho de equipes da ESF no referido município.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso ⁽⁶⁾ de abordagem qualitativa, fundamentada no Interacionismo Simbólico, que “constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas” ^(7:148).

O estudo foi realizado em um município de médio porte de Minas Gerais, cuja população em dezembro de 2016 era de 217.404 habitantes. Este município apresentou ampliação recente na cobertura de ESF, passando de 24,04% em dezembro de 2012 para 50,78% em dezembro de 2016 ⁽⁸⁾.

Para definir os cenários elegíveis para o estudo, foram elencadas para sorteio aleatório apenas as equipes da ESF de cujos profissionais médicos e enfermeiros atuavam no mínimo há um ano na atual unidade, tempo de vivência considerado pelas autoras como possível para criar vínculo com a equipe e com a população da área de abrangência.

A pesquisa foi realizada em 10 equipes de ESF. O número de unidades que participaram do estudo não foi definida *a priori*, sendo que a coleta de dados foi interrompida mediante a saturação de dados. Por saturação entende-se que o pesquisador conseguiu compreender em campo a lógica interna do grupo em estudo ⁽⁹⁾, portanto, conseguiu obter a resposta do seu problema de pesquisa.

Foram convidados a participarem do estudo todos os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os cirurgiões-dentistas das equipes

de saúde bucal vinculados às ESF sorteadas. Foram excluídos do estudo os profissionais elegíveis que estavam de férias regulamentares ou licença médica.

Para a abordagem dos participantes do estudo, os pesquisadores enviaram uma carta convite à equipe sorteada e realizaram a abordagem face-a-face de cada um de seus membros. Mediante concordância para participação do estudo, a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada realizada por um único pesquisador, no próprio ambiente de trabalho, individualmente e em um local reservado, por meio de roteiro composto por questões de caracterização do entrevistado e questões acerca do cotidiano do trabalho na ESF. O roteiro de coleta de dados foi submetido a um pré-teste a fim de verificar a adequação das questões e o entendimento das mesmas pelos entrevistados. Participaram desta fase de pré-teste dois enfermeiros, um ACS, um médico e um técnico de enfermagem, pertencentes a equipes de ESF não elegíveis para o estudo.

Após adequações no roteiro, as entrevistas ocorreram no período de março a junho de 2016 com 39 profissionais, entre os quais 10 ACS, seis cirurgiões-dentistas, nove enfermeiros, seis médicos e oito técnicos de Enfermagem. Todos os participantes autorizaram a gravação em áudio e a duração média das entrevistas foi de 21 minutos. O diário de campo foi utilizado apenas para registrar as perdas de participantes, que foram sete recusas e quatro ausências do profissional devido férias ou licença médica.

Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática, considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde por ter como finalidade descobrir os núcleos de sentido e propiciar uma comunicação significativa ao alcance dos objetivos propostos ⁽⁹⁾.

Para a organização dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, para garantir o anonimato dos participantes, foram identificadas pela letra E de entrevistado com o respectivo número da entrevista, seguido pela letra C de cenário com o respectivo número do cenário (exemplo: E1C1, E2C1, E1C2, E2C2...). As entrevistas transcritas não foram retornadas aos participantes do estudo para correções ou comentários. Ainda na etapa de pré-análise, foi realizada leitura flutuante das entrevistas de forma a aprofundar o conteúdo, possibilitar a codificação do material empírico e identificar unidades de registro.

Em seguida, as unidades de contexto com temas semelhantes foram organizadas em categorias empíricas: O trabalho em saúde no cotidiano das equipes da ESF; Fatores facilitadores e Fatores dificultadores. No entanto, como o interacionismo simbólico permite a análise da realidade empírica numa abordagem dialética ⁽⁷⁾, as autoras optaram por apresentar os resultados da pesquisa em um texto sem a estruturação por categorias elucidadas na análise

de conteúdo temática. Na etapa de tratamento e interpretação dos dados, foram estabelecidas relações entre os dados encontrados e a literatura científica.

A coleta de dados se iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, sob o parecer nº 1.377.807/2016, CAAE 49972715.2.0000.5545, em conformidade com a regulamentação ética brasileira.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 39 profissionais, a maioria do sexo feminino (n=31), com tempo médio de experiência em serviços de APS de 10 anos e dois meses e média de inserção na atual ESF de quatro anos e 10 meses. Dos profissionais de nível médio (n=18), um relatou ter curso superior e dos profissionais de nível superior, 13 tinham pós-graduação *latu sensu* na área de Saúde da Família e sete em outras áreas. O tempo de habilitação dos cenários do estudo na modalidade de ESF variou de um a 18 anos, com média de nove anos e 11 meses, sendo cinco ESF campos de atuação de Residentes em Enfermagem na Saúde da Família.

O trabalho em saúde implica primeiramente no reconhecimento do objeto de trabalho pelos seus agentes (que neste estudo, são os profissionais que compõem as equipes da ESF).

“Cada um sabe o que faz, então (...) você não precisa mandar, todo mundo já sabe o que ele tem que fazer, são dezoito anos, né? Então tá todo mundo adestrado já a chegar, fazer seu serviço.” (E1C3)

A partir das falas dos entrevistados, percebe-se que a “doença” é identificada como objeto de trabalho. Desta forma, há organização do trabalho em saúde a partir do modelo curativista, com reprodução de práticas focadas na doença e fragmentação do trabalho de acordo com as habilidades e competências de cada profissional.

“Prevenção a gente tem pouca coisa que seriam as vacinas, é... poucos projetos de hipertenso, diabéticos (...) então a gente tá fazendo mais é curativo e atendimento médico de doença mesmo, sem prevenção.” (E3C8)

“Então os serviços delas [das ACS] é basicamente as visitas e as buscas ativas, né? Então é basicamente no campo. A enfermeira trabalha com puericultura e preventivo, né? Exame preventivo de colo de útero (...) ela faz triagens e...ela faz os demais atendimentos junto comigo, igual por exemplo, agora ela está fazendo vacina, me ajuda, quando eu preciso fazer uma outra coisa. Mas o serviço básico da enfermeira é, além de coordenar a unidade (...) ela é responsável pelas triagens (...) o doutor atende as consultas domiciliares, pré-natal, retorno de exames e consultas de rotina (...) O dentista atende a demanda mesmo do tratamento dentário, a auxiliar o serviço

básico dela é auxiliar a dentista e quando ela pode ela me ajuda aqui, geralmente separa ficha, guarda fichas, essas coisas (...). Eu faço vacina, ah...a enfermeira faz curativos também. Agora eu faço vacina, faço curativos, faço a pré-consulta, faço a pós-consulta, é...hum...que mais? [RISOS]... tudo que aparecer.” (E3C1)

O trabalho fragmentado dificulta a identificação das prioridades de saúde do território, o que faz com que os atendimentos sejam voltados para a demanda espontânea. Apenas alguns entrevistados nos cenários 7, 9 e 10 citaram a utilização do Diagnóstico Local como ferramenta para planejamento das ações de saúde.

“É o processo de trabalho aqui a gente tenta organizar de acordo com a demanda espontânea, né? A gente não conhece certinho a realidade mesmo da área de abrangência.” (E2C1)

“Um diagnóstico, né? Pra levantar o que a gente já conseguiu, (...) ter mesmo ali no gráfico o que melhorou, o que não melhorou. E trabalhar em cima de metas, pra gente levantar problemas, traçar prioridades (...) você consegue trabalhar mais direcionado.” (E2C7)

“Quando cheguei aqui, eu quis fazer um levantamento de paciente com hipertensão e diabetes porque eu achava que havia um subregistro dos pacientes que eu olho, mais de 80% são hipertensos ou diabéticos; ele não vem por outra coisa, por outra doença ou por outra queixa (...) Então entrou os agentes, a enfermeira e a técnica e encontraram muitos pacientes que ainda não estavam registrados como hipertensos.” (E1C10).

Os participantes reconhecem que a organização do trabalho a partir da demanda espontânea contribui ainda mais para a reprodução do modelo médico-centrado de atenção à saúde e restringe o escopo de ações da ESF.

“A gente ainda trata mais do que promove saúde, a gente age mais na doença, né? (...) pode ver até mesmo pela agenda nossa. Noventa por cento é atendimento de consulta direcionado pra queixa de paciente (...) e de medicalizar o paciente. A maioria dos que vem é querendo um remédio.” (E3C2)

“Nós fazemos uma visita domiciliar em Cuba promocionando, prevenindo e aqui não, aqui é só o paciente que precisa, é só um dia, só pela tarde, não dá pra fazer em todos (...) falta ainda é vivência, trabalhar só com promoção, prevenção. Estamos tratando mais que promocionando e prevenindo (...) ela [a população] procura mais para tratamento, está muito longe de procurar para prevenir.” (E2C9)

Como é esperado que a ESF também realize ações de prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde, alguns entrevistados pontuaram o desenvolvimento de algumas atividades no território de abrangência.

“Há 4 anos (...) a gente fundou um grupo (...) lá não tem faixa etária, nós aceitamos todos e a gente procura buscar temas que se trabalhe é a saúde de um modo geral (...) Nós estamos no 32º encontro (...) a gente trata todos com igualdade e com isso a gente estabeleceu-se um vínculo (...) hoje a equipe vai toda nesse grupo (...) eu fico feliz porque é um horário de 14 horas, com chuva ou com sol eles estão lá (...). Então a população tá firme e forte. Isso é gratificante.” (E1C2)

Entretanto, devido às questões diversas, até mesmo inerentes à própria organização do trabalho das equipes, nem sempre é possível dar seguimento a essas ações.

“A gente faz alguns grupos de hipertensos, diabéticos, a gente tem na unidade o grupo de tabagismo (...) funciona um período, para, funciona, para, por causa mesmo de funcionário, por falta de organização da equipe, a gente não consegue manter isso.” (E3C8)

No entanto, há o reconhecimento que os atributos essenciais da APS como o vínculo, acesso de primeiro contato e longitudinalidade; e os derivados como a orientação para a comunidade e a competência cultural, podem ser “disparadores” de práticas orientadas pelos princípios e diretrizes da APS. Em alguns locais, consultas, grupos educativos e atividades nas escolas são realizados à noite ou nos sábados pela manhã para atender a população que não tem disponibilidade de comparecer no horário habitual de funcionamento das unidades.

“Um dos pilares da saúde da família é a longitudinalidade. Então todos são antigos aqui, então você conhece a pessoa pela voz. Você sabe tudo sobre ela (...) uma interação com a comunidade depende do tempo que você está aqui (...) Quando eu cheguei aqui eu tratava do pai e da mãe, depois passei a tratar do pai, da mãe e da filha, hoje eu já trato dos netos. Então eu acho que é um facilitador, porque eu já conheço a família em três gerações.” (E1C3)

“A população não sabia nem o que era conselho municipal de saúde (...) foi fruto desse trabalho em que a gente foi desenvolvendo o trabalho na comunidade e a comunidade foi conhecendo e vendo que aquilo é importante e foi apoiando.” (E1C2)

“Tem alguns grupos também que a gente faz, não no horário do trabalho, por exemplo, no sábado pela manhã, por exemplo, um dia pela noite, tentamos fazer na

variedade da população, principalmente aqueles pacientes que no horário do dia não podem participar, então fazemos isso.” (E4C2)

“O povo fala assim, ah, tinha que ter mais médico. Eu não acho que tem que ter mais médico, eu acho que tinha que ter mais profissional de saúde ser humano, entendeu? (...) Eu aprendi isso muito com os médicos cubanos (...) a gente vê o diferencial, porque eles realmente vão no foco da doença.” (E1C2)

Pode-se destacar ainda que a formação de recursos humanos voltados para o SUS e o trabalho em equipe são elementos que podem qualificar o atendimento na APS.

“A vinda do residente facilitou muito a nossa vida (...) eu não vejo a equipe mais sem a presença de um residente (...) na verdade são dois enfermeiros trabalhando, né? Então essa parte de prevenção, de promoção de saúde, de visita domiciliar, melhorou muito (...) a gente olha o residente que saiu, se a gente for listar no papel o diferencial que ele fez, é muito grande. Então eu acho (...) que é um fator muito positivo e muito motivador pra equipe.” (E2C3)

A rotatividade de profissionais nas equipes devido contratos temporários de trabalho foi citada como fator dificultador do trabalho em saúde, assim como quadro de funcionários incompleto, microáreas descobertas, ou ainda, população sob responsabilidade da ESF que extrapola o preconizado pela PNAB.

“Porque como nosso contrato tá acabando, não vai ser renovado (...) o que nós conseguimos agora, que nós temos assim realmente a confiança da população ela vai ser quebrada. Nós simplesmente vamos chegar para população e falar: tchau, vamos embora! Então quem chegar, vai ter que construir todo o caminho de novo. Tudo que nós fizemos vai ter que ser refeito (...). É como se a gente tivesse nadado um oceano inteiro e morrer na praia [RISOS]”. (E2C2)

“É uma ESF desorganizada, não só pela equipe (...) mal formada, né? A gente deveria ter todos os ACS, a área cadastrada a gente não tem, a ESF nossa tem dois agentes comunitários, deveria ter cinco e não temos áreas cadastradas, não conhecemos nossa população.” (E3C8)

A Gestão do município se encontra por vezes distante da realidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais nas equipes de ESF, valoriza a produtividade em detrimento da qualidade dos serviços (E1C5), o que corrobora com a prática do modelo de atenção médico-centrado.

“Já que nós estamos falando da ESF e atenção primária, ressaltar assim que os gestores, né? Na minha avaliação é...o pessoal da secretaria de saúde poderia ter um diálogo maior com as unidades. De atenção para ver como que é cada realidade específica, das unidades, e na verdade isso não existe.” (E1C1)

“A gente está tendo, pelo contrário, muita dificuldade, com essa gestão da forma que tá sendo conduzida, que se colocou é...é, ah vamos implantar a ESF, muita plaquinha aí na porta (...) Mas o que tá acontecendo mesmo, não tem ESF não, é um postão! (...) Nem um carro pra fazer visita domiciliar a gente tem”. (E1C4)

Para as equipes que estão em fase recente de implantação da ESF, a atuação sobre o objeto de trabalho é deficitária, uma vez que o processo de divisão de microáreas e cadastramento das famílias impossibilita o planejamento de atividades e organização das ações de saúde no território:

“Infelizmente não tem nenhuma atividade desenvolvida ainda (...) porque tá em fase de implantação, tá em fase de cadastro”. (E1C6)

O conhecimento deficiente da população sobre o que é ESF, seus objetivos e sua finalidade, dificulta a organização do trabalho, principalmente nas equipes recentemente habilitadas na ESF.

“Nós estamos aí é...é com dificuldades com a população por causa que a gente tinha dois ginecologistas e hoje não tem mais, por conta dos critérios da estratégia (...) a população não aceita”. (E1C4)

“Até hoje ele foca muito na pessoa do médico (...) complicado de trabalhar prevenção em uma comunidade que até então só pensava em curativo”. (E1C5)

Dessa forma, diante do cuidado em saúde centrado no atendimento curativo, os participantes apontam que a ESF não cumpriu seu papel de reorganizadora do atual modelo assistencial e acaba por funcionar como unidade tradicional, popularmente conhecida como “posto de saúde”:

“A ESF não deixou de ser um postão, uma unidade básica, porque a nossa população aqui, infelizmente, a característica dela é muito de receita (...) muito medicamento, então essa parte da promoção, da prevenção, de trabalhar informação em saúde, ESF mesmo que é o cuidado todo do familiar, no contexto geral, ainda nós temos que trabalhar muito pra melhorar isso.” (E1C4)

Os profissionais reproduzem o modelo de atenção à saúde “estilo postão” (E1C2) uma vez que reconhecem que não há direcionamento pessoal e/ou coletivo para a reorganização do

trabalho em saúde. Isto também ocorre porque estão “*adestrados já a chegar, fazer seu serviço*” (E1C3).

“Então... (...) eu acho que a gente precisa, a minha formação é...é eu não tive muita ênfase nessa questão da organização do processo de trabalho. Eu acho que falta conhecimento, eu acho que é isso (...)” (E1C9)

Ainda assim, é relevante destacar que em meio a um contexto que reproduz técnicas tradicionais de atenção à saúde, com foco no modelo biomédico, ainda surgem profissionais que reconhecem o real significado da APS e tentam expressar tal significado em suas práticas.

“Estratégia Saúde da Família é um programa que tem a ver com a saúde da família na atenção primária (...) o primeiro contato que a pessoa tem com o sistema de saúde é a atenção primária. (...) É mais importante prevenir que ter que curar e a prevenção que tá diretamente relacionada com a atenção primária em saúde. (...) A finalidade do meu trabalho é a prevenção e promoção de saúde. Eu acho que a finalidade de toda atenção primária. A parte curativa também (...) porque a atenção primária inclui tudo. Estou falando que o mais importante da atenção primária é a prevenção e a promoção, embora você faça o curativo, faça tudo o que tem que fazer.” (E1C10)

DISCUSSÃO

O trabalho em saúde tem por finalidade desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades ⁽¹⁾. Como objeto de trabalho, é proposto o corpo humano com suas dimensões individual e coletiva, considerando o usuário e suas necessidades ⁽¹⁰⁾. Os meios para a realização do trabalho são os instrumentos e o conhecimento técnico, que utilizados pelos profissionais, geram como produto final a própria assistência à saúde ⁽¹¹⁾.

O modelo de divisão técnica e social do trabalho, evidenciado nos resultados deste estudo, tem raízes no sistema capitalista, assim como propõe o modelo Taylorista de produção: segregação entre concepção do trabalho da execução propriamente dita, que fica a cargo dos operadores, como em uma linha de montagem ⁽¹²⁾.

A atenção à saúde com foco em ações curativas reproduz o modelo de divisão do trabalho centrado na atuação do médico. Os demais profissionais acabam por complementar o ato médico desenvolvendo ações isoladas, sem integração com os demais membros da equipe e sem reconhecimento do resultado final do trabalho ⁽¹¹⁾. A continuidade do modelo médico-centrado, de acordo com o referencial teórico do Interacionismo Simbólico, mostra que os

significados atribuídos pelos membros da equipe da ESF sobre o cotidiano do trabalho são sustentados por meio de uma duradoura ação e interação humana ⁽⁷⁾.

É essencial que gestores e profissionais de saúde reconheçam o conceito ampliado de saúde, não restrito apenas à “ausência de doença”. O trabalho das equipes, portanto, deverá ser pautado em um conjunto de ações e serviços que priorizem as necessidades de saúde da população ⁽³⁾. A ESF é proposta como modelo para mudança da prática assistencial no primeiro nível de atenção à saúde. Entretanto, fragilidades de gestão e estruturação dos serviços dificultam o avanço para reordenação do sistema de saúde, o que reflete diretamente na maneira como o trabalho é organizado ⁽³⁾, assim como observado no contexto deste estudo.

A falta de estruturação do trabalho em saúde que atenda às necessidades dos usuários, em conjunto com a ausência de ações programáticas efetivas, favorece o aumento da demanda espontânea. De acordo com a perspectiva interacionista, os profissionais de saúde são atores que definem seus papéis e adotam apenas as ações que têm significado para eles, sendo que esse significado surge da interação com as pessoas e com o ambiente ⁽⁷⁾. Neste sentido, é necessário desenvolver um “olhar epidemiológico” sobre a população, capaz de revelar riscos e problemas de saúde não percebidos ou não valorizados pelos profissionais e favorecer a oferta de serviços para além de áreas restritas e focadas no atendimento médico ⁽¹³⁾.

A qualificação profissional, conforme destacada neste estudo, constitui ferramenta importante para reestruturação do modelo de atenção, diante da necessidade de reconstruir práticas assistenciais assertivas que possibilitem o reconhecimento e atuação efetiva sobre as condições de saúde e seus determinantes ⁽¹²⁾. Dessa forma, os significados serão modificados por meio de um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao confrontar-se com novas situações ⁽⁷⁾. “Para os interacionistas simbólicos, o significado é um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano, das interações e dos processos” ^(7:153).

Na perspectiva da qualificação profissional, o desenvolvimento de habilidades e competências com vistas a ampliar o acesso em saúde favorece a expansão e consolidação da ESF, como demonstrado em estudo ⁽¹⁴⁾ que analisou conteúdos de produção científica acerca do Programa “Mais Médicos para o Brasil” e apontou intervenções positivas no cenário brasileiro devido formação destes profissionais voltada para o atendimento integral aos usuários e comunidade. Outros estudos ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ também evidenciaram resultados satisfatórios deste Programa, como a melhoria do acesso e desempenho dos serviços de APS, conforme demanda dos municípios, o que sugere estes profissionais como potenciais reestruturadores das práticas de atenção na ESF.

Em meio a tantos desafios, é relevante manter esforços para aumentar a qualidade dos serviços de saúde, por meio da busca por diferentes estratégias e modos de atuação que objetivem “desconstruir o modo hegemônico de produzir saúde”^(13:157) e vão além da medicalização. O encontro com os usuários, seja nos territórios, no domicílio ou em diferentes espaços, favorece o olhar ampliado do profissional, que passa a considerá-los a partir de sua história de vida e não apenas como sujeitos a adoecimentos⁽¹³⁾.

O estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, por meio de relações de confiança e corresponsabilização, permite o desenvolvimento de atenção usuário-centrada, colaborando para o desenvolvimento de novos modos de produzir saúde⁽¹⁷⁾. O vínculo, portanto, se configura como tecnologia leve utilizada pelos profissionais, e que possibilita construções que gerem impactos positivos nos problemas de saúde dos usuários⁽¹²⁾.

A necessidade de atuação em equipe, em contraponto à fragmentação do trabalho, conforme evidenciado neste estudo, foi demonstrada também em outro estudo realizado no âmbito da ESF, no qual a complementaridade do trabalho entre profissionais, aliada à assistência duradoura ao usuário, permitiu identificação dos determinantes de saúde e tornou possível a elaboração de intervenções mais pontuais e que geraram resultados mais satisfatórios⁽¹⁸⁾. A comunicação entre unidades gestoras, trabalhadores de saúde e usuários também é eficaz na construção de novos modos de produzir saúde, uma vez que possibilita articulações e mudanças com base nas necessidades identificadas por todos os envolvidos na construção do trabalho em saúde⁽¹⁹⁾.

O atual desafio da ESF é reestruturar o trabalho das equipes na perspectiva de construir um novo modelo de atenção à saúde. Desta forma, a organização, o planejamento dos serviços e o preparo profissional são prioridades para alcançar tais objetivos⁽²⁰⁾. Conforme demonstrado nas falas dos entrevistados, cada localidade apresenta sua realidade e necessidade de saúde, o que demanda diferentes formas de organizar o trabalho para impactar em melhorias das condições de saúde dos usuários.

As experiências exitosas no cenário deste estudo apontam a necessidade de desenvolver ações com foco na integralidade do cuidado. O trabalho em saúde deverá ser realizado em equipe, por meio da complementaridade das ações e circulação entre saberes, onde, atuando em conjunto, os atores deste processo constroem o caminho a ser seguido com base nas políticas e pressupostos que norteiam a ESF e o SUS⁽⁵⁾. Entretanto, o trabalho em saúde nem sempre funciona baseado apenas em normas e diretrizes, visto que trabalhadores e

até mesmo o próprio cotidiano de trabalho requer constantes reinterpretações e reinvenções no modo de produzir saúde ⁽¹²⁾.

Nesta perspectiva, os trabalhadores – protagonistas do processo de mudança do trabalho em saúde –, deverão receber qualificação permanente para que, a partir do diálogo com usuários dos serviços e com a própria equipe de trabalho, possam reconhecer as dificuldades no cotidiano dos serviços e incorporar práticas efetivas para qualificação da assistência à saúde ⁽²¹⁾. Sob a ótica do Interacionismo Simbólico, “a base do significado está presente na conduta social, em que emergem os símbolos significantes. Só quando o indivíduo se identifica com tais símbolos é que se torna consciente o significado” ^(7:150), a qualificação da assistência pela sistematização do trabalho em equipe não foi declarada pelos participantes deste estudo, implicando em uma significância ainda não concebida.

Como limitações, pode-se indicar a realização do estudo em um município que apresenta cobertura de ESF em torno de 50%, o que sugere dificuldades da gestão municipal em implementar a política de reorganização da APS. Acredita-se que as recusas de participação no estudo não impactariam na realidade empírica evidenciada pelos profissionais.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que mesmo após mais de duas décadas de implantação da ESF no Brasil e quase duas décadas no município de estudo, o seu papel de reestruturadora do modelo de atenção ainda apresenta fragilidades. A necessidade de mudança no modo assistencial é reconhecida pelos agentes do trabalho, mas os atores mantêm a articulação das ações cotidianas sem mudanças de ordens simbólicas. Houve evidências de práticas e experiências exitosas que podem ser consideradas situações capazes de modificar os significados do trabalho cotidiano na APS e assim reorganizar o trabalho das equipes, pautadas na necessidade de mudança para o modelo de atenção à saúde centrado no usuário e em suas necessidades.

Entretanto, diversos fatores como predomínio do modelo curativista, ações de saúde fragmentadas e voltadas para demanda espontânea, alta rotatividade dos profissionais e desconhecimento da população sobre ESF, são reconhecidos pelos próprios participantes como entraves para avanço nas práticas de atenção à saúde. Tais pontos devem ser discutidos, reduzidos ou modificados para que se alcance o objetivo final da APS: o de qualificação da assistência à saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Constatou-se a importância de formação profissional voltada para ruptura das práticas centradas no modelo biomédico e atenção à saúde, assim como necessidade de reestruturação

horizontal dos serviços por parte dos gestores de saúde. A transformação do trabalho no cotidiano da ESF, com planejamento de ações centrado na assistência de qualidade dos usuários e na promoção da saúde das coletividades também são facilitadores neste processo.

É reconhecido que não há fórmula pronta do caminho a ser seguido – talvez seja este o fator que mais favorece a falta de organização do trabalho pelas equipes, gerando diferentes configurações do trabalho cotidiano. Entretanto, ressalta-se a importância de difundir práticas exitosas para organização do trabalho na ESF, assim como desprender maior atenção àquelas que têm dificultado este processo, para que seja possível alcançar o objetivo proposto que é a construção de um novo modelo de produzir saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília; 2011. [citado 2016 set. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
2. Souza CR, Botazzo, C. Construção social da demanda em saúde. *Physis* [Internet]. 2013;23(2):393-413. DOI: 10.1590/S0103-73312013000200005.
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013;66(n.spe):158-64. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700020.
4. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013;17(1):133-141. DOI: 10.1590/S1414-81452013000100019.
5. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015;19(55):1089-1100. DOI: 10.1590/1807-57622014.0275.
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
7. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. *Psicol cienc prof.* [Internet]. 2010;30(1):146-161. DOI: 10.1590/S1414-98932010000100011.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014;18(48):47-59. DOI: 10.1590/1807-57622014.0560

11. Barra, SAR. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serv Soc Rev.* [Internet]. 2011;13(2):119-142. DOI: 10.5433/1679-4842.2011v13n2p119.
12. Faria HX, Araújo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saude soc.* [Internet]. 2010;19(2):429-39. DOI: 10.1590/S0104-12902010000200018.
13. Feuerwerker LCM, organizadora. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.* [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-1>. DOI: 10.18310/9788566659191
14. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output [Internet]. 2016;21(9):2785-96. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17842016.
15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Neto PMS. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab. educ. saúde* [online]. 2017;15(1):131-145. DOI:10.1590/1981-7746-sol00051.
16. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34. DOI: 10.1590/1807-57622014.1142.
17. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. *Rev Rene.* [Internet]. 2012;13(2):375-85. DOI: 10.15253/rev%20rene.v13i2.3930.
18. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012;46(5):1260-67. DOI: 10.1590/S0080-62342012000500031.
19. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis* [Internet]. 2010;20(1):235-259. DOI: 10.1590/S0103-73312010000100013.
20. Ferreira AL, Viegas SMF, Rodrigues MC, Corrêa LP; Magalhães ACF. A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS* [Internet]. 2014;17(2):134-42. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1968/796>.
21. Cunha AZS, Rezende MS, Weigelt LD, Krug SBF, Feil AI. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná* [Internet]. 2014;15(4):64-75. DOI: 10.22421/1517-7130.2014v15n4p64.