



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ESTÉFANI CARDOSO NOBRE**

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E**  
**ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VIVO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2019**

ESTÉFANI CARDOSO NOBRE

PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E  
ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VIVO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Aline de Souza Pereira

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Nobre, Estéfani Cardoso.

Processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: um olhar vivo dos trabalhadores da saúde [recurso eletrônico] / Estéfani Cardoso Nobre. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 100 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof.ª Dra. Aline de Souza Pereira.

1. Processos de trabalho em saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. I. Título.

ESTÉFANI CARDOSO NOBRE

PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO  
BÁSICA: UM OLHAR VIVO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Renasf, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 24 de outubro de 2019

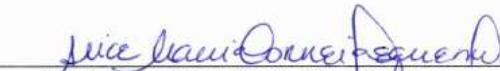
**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aline de Souza Pereira  
(Orientadora- UNICHRISTUS)



\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Helane Rocha Batista Gonçalves  
(1º membro- UECE)



\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Alice Maria Correia Pequeno  
(2º membro- UECE)

Dedico esta grande vitória ao meu DEUS todo poderoso e minha mãe Maria Santíssima, que durante todas as etapas do Mestrado guiaram meus passos, concedendo-me força e fé para continuar a longa e árdua caminhada. Não posso esquecer-me dos anjos que na terra iluminam meus passos: meus pais Robério e Alzenir, minha irmãs: Escarlata e Érica, minha sobrinha Maria Clarice e meu esposo Ednilson, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos bons e difíceis desta trajetória. Sem este alicerce que é a minha família eu não teria conseguido superar as dificuldades, concluindo o curso. Minha vida é dedicada a vocês, assim como todo o meu amor.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pelas bênçãos concedidas, e por me permitir chegar ao final desta caminhada. Muito obrigada!

De modo especial ao meu esposo Ednilson, que soube compreender as minhas ausências e até os momentos de aflição, obrigada pelo apoio e compreensão durante esta trajetória, muito obrigada por ser este amigo, companheiro, esposo e um grande incentivador. Eu te amo!

Aos meus pais Robério e Alzenir, e minhas irmãs Escarlate e Érica, por acreditarem em mim e sempre acompanharem minhas conquistas com muito orgulho e oração. Amo muito vocês!

Ao meu primo Ítalo, pelas muitas vezes que esteve disponível para realizar minha locomoção durante o período de estudo. Eternamente grata!

A minha orientadora Dra. Aline de Souza Pereira, que sempre muito humilde, atenciosa, compreensiva e responsável, dedicou muito do seu tempo na construção desta pesquisa, sendo também uma motivadora nas situações complexas. Muito obrigada!

Aos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa, grata pela colaboração e confiança, tornando possível a construção deste estudo. Sinceros agradecimentos!

Aos membros da banca, Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helane Rocha Batista Gonçalves, Prof.<sup>a</sup> Dra. Alice Maria Correia Pequeno e Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva pela disponibilidade e colaboração na produção do conhecimento desta pesquisa. Eternos agradecimentos.

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, pela oportunidade de realizar o curso.

A coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais e Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães, pelas muitas vezes em que compreenderam os momentos difíceis pelo qual passei durante esta jornada, obrigada pela sensibilidade diante do “cuidado com outro”.

As amigas construídas neste caminhar: Sigian, Ellen e Candice, grata pela oportunidade de conhecê-los e neste processo compartilhar com vocês momentos prazerosos e de desânimo. Obrigada pela amizade sincera e por todas as palavras de incentivo, vocês sempre serão muito especiais.

Aos meus colegas profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no município de Quixeramobim, pelo incentivo, apoio, colaboração e parceria durante esta etapa. De modo especial, a minha equipe: Ana Paula, Alanna, Samya e Vania. Obrigada pela confiança.

A todos que de alguma forma, manifestaram apoio e força durante esta caminhada.

“Quando nos preocupamos com as nossas famílias e as suas necessidades, quando entendemos os seus problemas e esperanças, (...) quando se apoia a família, os esforços repercutem-se não só em benefício da Igreja; ajudam também a sociedade inteira”.

(Papa Francisco)

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família em articulação com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sob a perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, realizada no município de Quixeramobim-Ce em duas etapas: sendo a primeira etapa utilizada à coleta de dados através da entrevista semiestruturada com 20 profissionais vinculados a Estratégia de Saúde da Família. Na segunda etapa ocorreu a realização da oficina para elaboração do fluxo de atendimento dos usuários da equipe de referência para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, com participação dos profissionais que colaboraram com a primeira fase do estudo e os trabalhadores das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Foram respeitados os aspectos éticos que regulamentam a pesquisa com seres humanos. O material coletado foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin organizada nas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados abordaram uma discussão coesa sobre o processo de trabalho na Atenção Básica mediada pelos trabalhadores, onde os discursos dos participantes apontaram para uma reflexão e análise sobre o planejamento, indicando que existe uma boa interação entre as equipes, conseguem realizar ações na comunidade, muito embora, foi visualizada no estudo a necessidade de um planejamento conjunto no interior das atividades a serem executadas pela equipe de referência e equipe apoiadora. Neste processo também foram identificadas fragilidades e potencialidades quando a articulação e organização do processo de trabalho entre as equipes de saúde da família e equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, o que oportunizou uma reflexão sobre o cenário de prática dos envolvidos. Conclui-se, portanto, que a pesquisa permitiu ainda a discussão e elaboração do fluxo de atendimento das equipes de referência para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, sendo um produto técnico disponibilizado para organização do processo de trabalho, na medida em que vai direcionar o acesso dos usuários ao serviço, possibilitando a eficácia do atendimento. Sendo preciso, a reorganização da agenda de trabalho dos envolvidos, bem como a implementação de educação permanente para os trabalhadores da saúde como forma de qualificar o cuidado e os processos de trabalho na atenção básica.

**Palavras-chave:** Processos de Trabalho em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.



## ABSTRACT

This study aims to describe the work process of the Family Health Strategy in articulation with the Extended Family Health and Primary Care Center from the perspective of professionals of the Family Health Teams. This is an action research with qualitative approach, carried out in the city of Quixeramobim-Ce in two stages: being the first stage used to collect data through semi-structured interviews with 20 professionals linked to the Family Health Strategy. In the second stage, the workshop for the elaboration of the flow of care of the users of the reference team for the Extended Family Health and Primary Care Center was held, with the participation of the professionals who collaborated with the first phase of the study and the staff of the Extended Family Health and Primary Care Center. The ethical aspects that regulate research with human beings were respected. The collected material was analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis technique organized in the pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference and interpretation phases. The results approached a cohesive discussion about the work process in workers' mediated Primary Care, where the participants' speeches pointed to a reflection and analysis about the planning, indicating that there is a good interaction between the teams, they can perform actions in the community, very However, the study saw the need for joint planning within the activities to be performed by the reference team and support team. In this process, weaknesses and potentialities were also identified when the articulation and organization of the work process between the family health teams and the team of the Extended Family Health and Primary Care Center, which allowed a reflection on the practice scenario of those involved. It is concluded, therefore, that the research also allowed the discussion and elaboration of the flow of care of the reference teams for the Extended Family Health and Primary Care Center, being a technical product available for the organization of the work process, as that will direct users' access to the service, enabling the effectiveness of care. If necessary, the reorganization of the work agenda of those involved, as well as the implementation of permanent education for health workers as a way to qualify care and work processes in primary care.

**Keywords:** Health Work Processes. Family Health Strategy. Extended Family Health and Primary Care Center.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 - Mapa do município de Quixeramobim-Ce.....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 2 - Categorias profissionais participantes da entrevista.....</b>	<b>43</b>
<b>Figura 3 - Categorias profissionais participantes da oficina de trabalho.....</b>	<b>45</b>
<b>Figura 4 - Fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.....</b>	<b>78</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqNASF-AB	Equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
PEF	Profissional de Educação Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIS	Residência Integrada de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
3.1	DIFERENTES CONCEPÇÕES ACERCA DA CATEGORIA TRABALHO.....	20
3.2	PROCESSOS DE TRABALHO.....	26
3.3	PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE.....	31
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2	CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO.....	39
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
4.4	COLETA DE DADOS.....	43
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	47
4.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	48
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>49</b>
5.1	PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VIVO DOS ENTREVISTADOS.....	50
5.2	O QUE EXISTE DE COMUM ENTRE OS DISCURSOS DOS TRABALHADORES: PLANEJAMENTO.....	57
5.3	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO ENTRE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA.....	64
5.4	DIALOGANDO SOBRE FLUXO DE ATENDIMENTO.....	74
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>92</b>
	APÊNDICE A - ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE.....	93
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	94

APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA.....	95
APÊNDICE D - CARTA CONVITE.....	96
<b>ANEXOS</b> .....	97
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	98

## 1 INTRODUÇÃO

Nesta perspectiva que surgem as equipes de saúde da família (EqSF), como uma forma de reorganizar os processos de trabalho, levando em consideração as necessidades de saúde dos territórios, observando na integralidade o cuidado do indivíduo como um todo com foco na promoção, prevenção, assistência e reabilitação, que vai além do eixo curativo, visando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas. Importante ressaltar que outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo Nasf: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização, promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Desta forma, a integralidade é considerada como uma principal diretriz a ser desenvolvida pelos Nasf, sendo compreendida em eixos que se relacionam: o primeiro se remete a abordagem integral do indivíduo no seu contexto social, familiar e cultural; o segundo está ligado com as práticas de saúde no âmbito da promoção, prevenção, reabilitação e cura; e o terceiro faz ênfase à organização do sistema de saúde conforme as necessidades da população, objetivando assegurar o acesso às redes de atenção. As ações do Nasf deverão ser norteadas pelas diretrizes da Atenção Básica, de forma a apoiar as equipes na produção do cuidado continuado, integrado, longitudinal e corresponsável, o que pressupõe a atuação e o fortalecimento dos serviços e equipes na rede de atenção a saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, Brasil (2014) os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 na perspectiva de ampliar a resolutividade dos problemas de saúde da população na atenção básica, o que de certa forma veio reorganizar a Atenção Básica (AB) no País de acordo com os preceitos do SUS.

Portanto, as atividades a serem desenvolvidas podem englobar ações realizadas conjuntamente entre os profissionais do Nasf e das equipes vinculadas, ações realizadas somente pelos profissionais do Nasf ou realizadas somente pelos profissionais da equipe de AB com apoio do Nasf. Para isso, devem ser combinados elementos assistenciais e técnico-pedagógicos, tendo-se clareza de que todos os espaços de encontro com as equipes de AB têm potencialidade para o exercício da educação permanente dessas equipes e do próprio profissional do Nasf, que também aprende com os profissionais das equipes de AB nesse processo (BRASIL, 2014, p. 47).

Conforme Faria (2017), todo processo de trabalho é realizado para se atingir algum objetivo que determina um produto específico, o qual se estabelece critérios e

parâmetros para concretização deste processo de trabalho. *“Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativa humana, determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades.”*

Diante desta abordagem, o presente estudo se refere a uma pesquisa realizada no Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente na Estratégia de Saúde da Família no município de Quixeramobim-Ce, que tem como objeto de estudo uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e 10 Equipes de Saúde da Família (EqSF) apoiadas por esta equipe. Neste cenário se encontraram os participantes do estudo, ao mesmo tempo em que ocorreu o foco da análise, onde formulamos a seguinte questão da atividade investigativa: como ocorre o processo de trabalho entre as equipes de saúde da família e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica?

Neste cenário, o Nasf pode contribuir com a organização do processo de trabalho das equipes apoiadas, de modo a identificar as demandas e necessidades dos territórios, analisar os problemas, e apresentar conjuntamente propostas de intervenção, os quais podem estar ligadas diretamente as demandas privativas dos usuários, como também as necessidades coletivas advindas do espaço territorial em que estão inseridos (BRASIL, 2014).

Conforme Chizzotti (2009), a determinação de um problema a ser pesquisado pode originar-se, pois, da observação direta e da reflexão sobre fatos observáveis, de leituras e de análises pessoais, de fontes documentais orais ou escritas. Desta forma, esta pesquisa será de grande relevância para a Estratégia de Saúde da Família no município de Quixeramobim-Ce, na medida em que contribuirá significativamente para a compreensão dos processos de trabalho utilizado pelos profissionais no cotidiano do SUS, trabalhando as necessidades de saúde, relacionado com a integração ensino-serviço. Uma vez que os trabalhadores podem alinhar as práticas realizadas no âmbito da Atenção Básica quanto às relações de planejamento, organização e acesso entre equipe de saúde da família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica revisando a lógica burocratizada dos encaminhamentos, possibilitando uma responsabilização compartilhada no contexto da Atenção Básica.

Esperamos com esta pesquisa proporcionar aos profissionais envolvidos um novo olhar acerca dos processos de trabalho na Atenção Primária, ampliando as discussões nos territórios, contribuindo para o fortalecimento das ações e a coordenação do cuidado em saúde no SUS, e com isso entregar ao serviço o produto técnico do fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, elaborado pelos profissionais participantes da pesquisa. Deste modo, os achados da pesquisa encontram-se organizados da seguinte forma: Capítulo I – Introdução;



Capítulo II– Objetivos; Capítulo III – Referencial Teórico, sendo apresentado como: Diferentes concepções acerca da categoria trabalho, uma discussão a partir da literatura. Em seguida, discutimos sobre Processos de trabalho, e finalizando o capítulo abordamos sobre os Processos de trabalho em saúde; Capítulo IV – Metodologia, onde destacamos o tipo de estudo, cenário e período do estudo, participantes do estudo, assim como a coleta e análise de dados e os procedimentos éticos do estudo; Capítulo V – Resultados e discussão, onde destacamos quatro categorias que emergiram durante a nossa pesquisa: Processo de trabalho na Atenção Básica: um olhar vivo dos entrevistados; O que existe de comum entre os discursos dos sujeitos: Planejamento; Potencialidades e fragilidades no processo de trabalho entre Equipes de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; Dialogando sobre fluxo de atendimento; Capítulo VI – Corresponde as considerações finais do estudo.

O trabalho que apresentamos foi resultado de um momento impar na nossa vida pessoal e profissional ao longo desta jornada que se iniciou no processo seletivo no ano de 2017 até os dias atuais, melhor dizendo até a “defesa”. Neste lugar que aqui nos encontramos vivemos e sobrevivemos a sentimentos e situações que jamais poderíamos imaginar viver e ou sentir: tristezas, alegrias, encantos, desencantos, dificuldades, amizades construídas, vínculos fortalecidos pelos laços de amor e amizade, onde o alicerce sempre teve nome e lugar, mais precisamente o espaço sócio familiar dos familiares na divisão territorial entre Quixeramobim e Fortaleza.

Podemos externar a grande felicidade da aluna de escola pública do interior do Ceará, filha de agricultor e de uma professora concluir Mestrado Profissional em Saúde da Família por uma das melhores universidades públicas do Brasil (UECE). Uma trajetória vivenciada por momentos felizes e dolorosos, cujos momentos dolorosos pareciam em sua intensidade superar as felícias, pois neste processo tivemos um diagnóstico de saúde, problema este que em decorrência dos seus sintomas muitas vezes nos impossibilitou de realizar as atividades laborais e estudantis conforme previsto. Durante a escrita deste estudo nos debruçamos muitas vezes em lágrimas diante das crises ou por sonolência devido o uso da medicação. Posteriormente recebemos um diagnóstico precoce de câncer do nosso pai, o qual nos abalou imensamente, onde muitas vezes delimitamos o espaço da sala de aula com clínicas e hospitais. Vivências estas hoje superadas, e que foram degraus para a vitória, sempre acreditando na providência de Deus. Essa pesquisa reflete uma variedade de sentimentos que permearam a nossa caminhada pessoal, acadêmica e profissional.

Com isso, podemos dizer que esta pesquisa hoje concretizada foi além de uma titulação profissional, mais precisamente foi uma construção individual e coletiva permeada por vários atores que nos permitiram trilhar por caminhos ainda não percorridos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, especificadamente no cenário de atuação da Estratégia de saúde da Família. Como diz Gonzaguinha na letra da música O Que É, o Que É? *“eu só sei que confio na moça, e na moça eu ponho a força da fé, somos nós que fazemos a vida, como der, ou puder, ou quiser”*.

A letra desta canção nos permite dizer que podemos percorrer os caminhos que idealizamos e lutamos, uma vez que ocupar espaços na sociedade capitalista permeadas pela luta de classes, onde a mulher ainda é considerada um sexo frágil é dizer que somos resistência e devemos ter garra e força para enfrentar os obstáculos e transformar realidades, podendo contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária. É neste cenário que também apresento a minha experiência profissional sempre atuando no campo da saúde, respectivamente no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica desde o segundo estágio supervisionado durante a graduação em Serviço Social, após a formação, e até o momento atual com a aprovação no concurso público municipal para o cargo de Assistente Social. Neste espaço também atuamos como preceptora de núcleo do Serviço Social vinculado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública – ESP no município de Quixeramobim-Ce, onde neste processo formativo tivemos a oportunidade de construir ações problematizadoras e dialogais entre residentes e preceptores a partir da relação ensino e serviço.

O interesse pela temática da pesquisa está relacionado com o espaço de trabalho, enquanto profissional do Serviço Social da equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica Conjunto Esperança desde o ano de 2011, e perceber que o processo de trabalho, seus princípios e diretrizes pareciam muitas vezes não ser compreendida por alguns profissionais envolvidos na equipe de saúde da família, observando ainda a dificuldade de articulação entre equipes de saúde da família e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na organização destes processos, uma inquietação individual que até o momento requer indagações de como estruturar esta relação com as equipes apoiadas, levando em consideração os princípios da integralidade e da resolutividade do Sistema Único de Saúde buscando uma efetiva articulação do processo de trabalho entre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Equipe de Saúde da Família.

Convém destacar que antes de chegar neste objeto de estudo, tínhamos outra linha de pesquisa defendida na entrevista para seleção do Mestrado Profissional em Saúde da

Família, que depois de muito diálogo e reflexão com professores e a minha fiel orientadora mudamos a linha da pesquisa e o objeto de estudo, mas sempre na perspectiva de visualizar o meu espaço de trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde, em especial no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, para que o cenário fosse contemplado com o processo de construção e reconstrução de conceitos, realidades e intervenções, construindo-se assim processos de trabalho mais sólidos e dinâmicos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

√. Descrever o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família em articulação com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sob a perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

√. Compreender as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;

√. Analisar como se articulam as Equipes de Saúde da Família e as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no desenvolvimento das ações compartilhadas;

√. Construir com os atores envolvidos um fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DIFERENTES CONCEPÇÕES ACERCA DA CATEGORIA TRABALHO

Conforme Sampaio (1999) a palavra trabalho na língua portuguesa se origina do latim *Tripalium* que significa “instrumento feito com três paus aguçados utilizados pelos agricultores para bater o trigo e o linho”, sendo em tempos depois utilizado como instrumento de tortura pelos romanos. Até o séc. XV tortura e sofrimento foram o significado mais utilizado para denominar o trabalho, evoluindo posteriormente para esforçar-se e obrar.

Desde a antiguidade, o trabalho tem no seu cerne a expressão de vida e degradação, criação e infelicidade, atividade vital e escravidão, felicidade social e servidão, onde em alguns momentos se venerava os aspectos positivos acerca do trabalho, em outros momentos se destacava o lado negativo, sendo ao mesmo tempo trabalho e cansaço. São Tomás de Aquino no período da Idade Média considerava o trabalho como ato moral digno de honra e respeito. Desta forma, o pensamento cristão, concedeu o trabalho como martírio e salvação, atalho certo para o mundo divino, caminho para a bem-aventurança (ANTUNES, 2009).

Para Sampaio (1999), muitos autores distinguem o trabalho humano dos outros animais porque no trabalho humano envolve consciência e intencionalidade, assim como o uso de instrumentos e um projeto estabelecido, enquanto no segundo o ato é apenas instintivo. Acrescenta ainda que muito embora os primatas tenham feito uso de instrumentos para desenvolver sua subsistência e trabalho, o trabalho humano é complexo, podendo haver variações de acordo com o tempo histórico. Deste modo, o homem se transforma através do trabalho, ampliando as possibilidades da linguagem, e assim modificando o mundo e a si próprio na sua consciência.

Algumas características são distintivas do trabalho humano, como assinala Marx ao tratar do processo de trabalho: sua dimensão teleológica, o uso e criação de instrumentos e de novas necessidades. A dimensão teleológica é a capacidade do homem de projetar antecipadamente na sua imaginação o resultado a ser alcançado pelo trabalho, de modo que, ao realizá-lo, não apenas provoca uma mudança de forma da matéria natural, mas nela realiza seus próprios fins. Uma segunda característica do trabalho humano é o uso e a criação de meios de trabalho, que se interpõem entre o homem e o objeto, servem de veículo da ação conforme objetivos antecipados. Nos meios de trabalho encontram-se objetivadas formas de atividades e necessidades humanas. Esses meios são indicadores das condições sociais sob as quais se efetua o trabalho especificadamente humano e do grau de desenvolvimento da força de trabalho humana. Os meios de trabalho são distintivos da época econômica”, pois “não o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz, é o que distingue as épocas econômicas (IAMAMOTO, 2008, p. 40).

De acordo com Marx o trabalho é uma categoria ‘antidiluviana’, e com isso, faz uma relação com a passagem bíblica da construção da arca de Noé. Neste sentido, define distinções em relação ao trabalho humano, sendo que a primeira o diferencia do reino animal, e o define como ser histórico diante das relações sociais de produção capitalista. A segunda distinção se remete ao fato do trabalho assumir formas históricas nos modos de produção da existência humana, o que nos permite tanto ultrapassar o senso comum e a ideologia que reduzem o trabalho humano à forma histórica (PEREIRA, 2008). O trabalho ocupa lugar central em qualquer sociedade. Para Marx "o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida" (MERHY, 2003, p. 61).

Segundo Antunes (2009) foi com Marx que o trabalho foi concebido como uma necessidade humana, mantendo relação com a natureza, sendo considerada uma atividade vital que se tornou uma atividade imposta e exterior ao indivíduo, fazendo relação com o trabalho fabril. Por outro lado, ressalta que o trabalho tem em sua gênese uma intencionalidade voltada para o processo de humanização do homem que se constituem como momento de interação entre seres sociais.

Para Iamamoto (2008), o homem é um ser participativo, que se desenvolve e responde as suas necessidades através da prática laboral, e como trabalhador amplia seus horizontes que podem servir à atividade humana. A relação dos seres humanos com os demais seres naturais se diferencia pelo trabalho, o qual é uma atividade própria do ser humano que o possibilita realizar desejos e satisfazer suas necessidades, e como tal, sucedendo valores de uso. Autora acrescenta também que o trabalho é um ato histórico, e por meio do trabalho o homem transforma a si próprio e a realidade, a ação que possibilita satisfazer as necessidades humanas e de consumo.

Desse modo, a categoria ontologicamente central, presente no processo de trabalho, é anunciada “através do trabalho, uma posição teleológica é realizada no interior do ser material, como nascimento de uma nova objetividade. A primeira consequência disso é que o trabalho torna-se protoforma de toda a práxis social (...) sua forma originária desde que o ser social se constitui. O simples fato de que o trabalho é a realização de uma posição teleológica é para todos uma experiência elementar da vida cotidiana...”. Por isso, acrescenta Lukács, pensadores como Aristóteles e Hegel se aperceberam como toda a lucidez do caráter teleológico do trabalho. O problema emerge quando se constata que eles elevaram a teleologia para além das práxis sociais, convertendo-a numa categoria cosmológica universal. Em Hegel, por exemplo, a teleologia se converteu em “motor da história” (ANTUNES, 2009, p. 136).

O trabalho para Antunes (2009) em uma de suas representações é um produtor de valores de uso, onde por meio do trabalho objetos são produzidos e transformados em bens úteis para a sociedade, uma relação entre o ser social e a natureza. “Emerge aqui a práxis social interativa, cujo objetivo é convencer outros seres sociais a realizar determinado ato teleológico” (ANTUNES, 2009, p. 139). O autor ressalta também o trabalho como um componente de mediação entre a necessidade e a realização apresentada, cujo trabalho pode ser um elemento de realização humana a partir do agir natural, configurando-se como fundante das práxis social.

Os autores Karl Marx e Paulo Freire afirmam que o trabalho é a essência da humanidade porque transforma a forma de pensar e agir do indivíduo, cuja cultura é desenvolvida de acordo como o mundo é trabalhado. No entanto, os sentidos ao trabalho podem variar de acordo com a sociedade, suas necessidades e os interesses que construímos mediante o trabalho. Sendo o trabalho uma experiência social, envolve atividades de produção de bens e serviços bem como condições para o seu desenvolvimento (MERHY; FRANCO, 2008).

Conforme Sampaio (1999), tanto na proposta marxiana, como na crítica de Friedmann, o trabalho é compreendido como: “Conjunto de ações humanas determinadas por um fim prático, realizado com a ajuda do cérebro, das mãos, de instrumentos ou máquinas”. Desta forma podemos compreender que o trabalho tem uma finalidade prática que requer um processo de transformação da natureza e do próprio indivíduo, podendo assim influenciar e interferir no processo econômico da sociedade.

Os seres humanos são seres da natureza, sendo diferenciados pela ação consciente do trabalho que transforma sua própria existência e pela autonomia relativa de projetar-se, criar alternativas e tomar decisões. O que os difere dos outros animais, pelo fato de não projetarem sua existência e não a modificarem, mas se adapta ao meio (PEREIRA, 2008).

De qualquer modo, somente o trabalho humano se reveste de grande complexidade, seja no uso de instrumentos, seja pela divisão social que engendra, além de adquirir conotação histórica posto que o gesto humano é reproduzido, reapropriado, desconstruído, e aperfeiçoado a cada nova contemporaneidade. Em relação aos outros animais, quando um objeto da natureza é utilizado como instrumento (um pedaço de madeira, p. ex), ele volta a ser parte da natureza depois de usado, não sofrendo uma efetiva transformação qualitativa de suas características físicas (um pedaço de madeira não se transforma em machado). Poderíamos dizer que a primeira motivação para o trabalho nos seres vivos parece ser a sobrevivência, mas o homem se distingue radicalmente dos outros animais quanto à liberdade de gesto, ação, invenção e diversificação do modo como chega ao objetivo final (SAMPAIO, 1999, p. 42).

Observamos que muitos autores discutiram a diferenciação entre o trabalho humano e o trabalho desenvolvido por outros animais da natureza, uma vez que o trabalho humano se distingue de outros animais pela consciência e intencionalidade, ou seja, existe uma racionalidade nas ações, sendo materializado pelo uso de instrumentos e técnicas. Antunes (2009) define que o trabalho “não é um mero ato decisório, mas um processo, de uma contínua cadeia temporal que busca sempre novas alternativas”.

O trabalho não se caracteriza apenas como uma ação laboral ou um emprego, mas está relacionado com as dimensões da vida humana, na medida em que o trabalho é uma atividade que produz bens necessários à vida humana (PEREIRA, 2008). Sob esta perspectiva, compreendermos que o trabalho é um processo gradativo, o qual transforma a natureza, podendo assim transformar os agentes sociais que nela operam.

Para Antunes (2008), os críticos da sociedade do trabalho desconsideram da dimensão essencial do trabalho concreto como elemento que possibilita a base material sobre a qual a atividade humana pode se desenvolver. Esta afirmativa parte do pressuposto que o trabalho regido pela lógica do capital e das mercadorias, é indispensável que a atividade laboral humana não pode converter-se numa verdadeira forma de auto avaliar-se. O autor aborda ainda que o trabalho é um ato consciente, e “deixa de ser um mero epifenômeno da reprodução biológica”, o que significa dizer que pressupõe um conhecimento prévio do cenário e dos meios para se chegar aos objetivos propostos.

Ainda sob a ótica de Antunes (2008), o trabalho é essencial para a vida humana, um elemento inseparável dos seres sociais, e por isso considerado protoforma do ser social, e como tal, não pode ser compreendido como momento único, mas sim como ponto inicial para reestruturar uma nova sociedade. Neste aspecto o trabalhador foi designado a solucionar problemas através de suas atividades laborativas, uma vez que mediante as atividades desenvolvidas no trabalho, o ser humano provoca situações e transforma realidades.

Importante pontuar que os serviços públicos sofreram um importante processo de reestruturação, submetendo-se a lógica da mercadoria, que foi afetando fortemente os trabalhadores no âmbito estatal e público. Com isso, aumentaram-se às formas de extração de trabalho, acréscimo das terceirizações, as noções de tempo e de espaço também sofreram alterações, o que interferiram na forma de produção das mercadorias. Uma empresa pode ser substituída por várias unidades interligadas pela rede, com número reduzido de trabalhadores e aumento significativo do produto, sem interferir na lógica na produção e no capital. As reproduções no plano organizativo, valorativo, subjetivo e ideo-político são notórias (ANTUNES, 2008).



Conforme Lukács, Antunes (2008) através do trabalho ocorre uma dupla transformação, isto é, por meio do trabalho o homem atua sobre a natureza e desta forma é transformado pelo seu trabalho. Por outro lado, os bens da natureza foram transformados em matérias-primas e produtos, os quais se constituem como meios para o homem poder exercer seu trabalho de acordo com sua finalidade. Assim, “o trabalho, ao reestruturar o ser social, terá como corolário a desestruturação do próprio capital”, com isso o trabalho é responsável pela produção de bens essenciais que gera as condições sociais para a vida humana, possibilitando avanços ou retrocessos.

Necessário ressaltar que, no cenário da sociedade capitalista tem-se a “desrealização do ser social”, ou seja, o produto do processo de trabalho pode aparecer alheio ao trabalhador, como algo estranho ao seu fazer profissional. Esse estranhamento abrange também o próprio ato da produção. Nas palavras de Marx: “No estranhamento do objeto do trabalho só se resume o estranhamento, a alienação na atividade mesma do trabalhador” (Antunes, 2008 p. 145).

Na visão de Antunes (2009) para Marx bem antes do capitalismo, o trabalho já representava uma contradição positiva e outra negativa, de modo que dependendo do modo de vida, da produção e da reprodução social, o trabalho pode dignificar o homem como dominá-lo, podendo ser um instrumento de alienação e servidão como também de libertação. O que vai depender das relações sociais e sua forma de produção. Desta forma, o homem que trabalha deve planejar com criticidade a realização dos seus planos, visando obter um melhor resultado possível.

O trabalho é uma atividade existencial do homem, Iamamoto, (2008) o qual exerce racionalmente de maneira livre e consciente, independente da sociedade. A autora acrescenta que o trabalho é condição da vida humana e tem sua finalidade na produção de valores de uso e assimilação de matérias naturais para satisfazer as necessidades humanas. “A natureza é o terreno dos valores de usos sociais ou a produção de valores de uso em forma de “natureza produzida”, isto é, construída e modificada pela ação humana (Harvey, 1990)” (Iamamoto, 2008, p. 40).

Diferentes abordagens que variam do viés tradicional, as vertentes tecnicistas, e as propostas que buscam rearticular saberes e práticas com base nos princípios da integralidade e humanização analisam o processo de trabalho em saúde no Brasil. Tudo isso na possibilidade de consolidação de um sistema de saúde público e democrático, muito embora se tenha contradições que se entrelaçam nas relações e processos de trabalho, o que muitas vezes tem afetado os modos de produção do cuidado. Existe ainda uma necessidade atual de defender

um sistema público de base universalista e calcado numa concepção participativa de sociedade (REIS, 2010).

Segundo Reis (2010) o trabalho vivo é operacionalizado através das tecnologias leves, leve-duras e duras. O trabalho em saúde não pode ser visualizado pela lógica do trabalho morto, isto é, dos equipamentos tecnológicos, das normas e estruturas organizacionais, uma vez que o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias são baseadas na produção de vínculo, acolhimento e relações. Encontros estes que ultrapassaram os conhecimentos tecnologicamente estruturados, vislumbrando um novo modo de fazer produção do cuidado, organizando e administrando os processos de trabalho. Para Franco e Merhy (2009) o trabalho tem uma dimensão ativa na sociedade mediante ação dos indivíduos, sendo um processo dinâmico, o qual não se constitui uma categoria isolada do aspecto relacional e produtivo.

Para Merhy (2003) o trabalho em saúde tem um direcionamento técnica coletiva, e envolve um processo conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos. No trabalho coletivo se faz necessário o uso de instrumentos, sejam eles materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e constituem os saberes específicos, insumos, técnicas de ação e toda tecnologia disponível para atender as necessidades em saúde da população. Importante frisar que existe um grande obstáculo a ser superado no processo de trabalho em saúde, que é assegurar a articulação dos diversos profissionais na prestação da assistência, onde muitas vezes o trabalho em saúde está ligado com a alienação do trabalhador no seu processo de trabalho e a fragmentação dos atos.

Para José Paulo Netto (2008), o trabalho foi se estruturando e rompendo com o padrão natural das atividades, isto porque o trabalho não se opera com uma atuação imediata sobre a matéria natural, da mesma forma que não se realiza cumprindo determinações genéricas, e porque o trabalho não atende a um elenco limitado das necessidades. O trabalho se caracteriza como uma relação mediada entre o sujeito e o seu objeto de atuação, o que exige instrumentos para o seu desenvolvimento, requer habilidades e conhecimentos para atender as necessidades da coletividade, uma vez que o trabalho não acontece de forma isolada. Esse aspecto de coletividade da atividade referente ao trabalho, o autor vai denominar de social.

Na fala de José Paulo Netto (2008) o trabalho não é apenas uma atividade específica executada por homens, mas sim um processo histórico pelo qual emergiu o ser social, foi através do trabalho que surgiram os primeiros grupos da humanidade, sendo que o trabalho mediante a ação humana transforma a natureza, assim como também é transformado.

“Como se pode observar, portanto, o trabalho não transforma apenas a matéria natural, pela ação dos seus sujeitos, numa interação que pode ser caracterizada como o metabolismo entre sociedade e natureza”. (NETTO, 2008, p. 34).

Historicamente, as formas e o modelo de produção no trabalho têm sofrido alterações de acordo com a evolução da sociedade, e neste processo de construção o trabalho como fundante do ser social possibilitou ao homem participar da natureza e transformá-la por meio do trabalho. Neste sentido, podemos perceber que o trabalho é um pilar para a organização e o desenvolvimento da sociedade, o qual oferece condições para que o homem possa atender suas necessidades e contribuir com a transformação da humanidade.

### 3.2 PROCESSOS DE TRABALHO

Para Krug (2006) define que o conceito de processo de trabalho foi desenvolvido por Marx (1980), na visão de que o trabalho é um processo onde os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, controlando-as, para extrair e transformar os recursos naturais em bens favoráveis à vida humana. Por outro lado, Liedke (1997) disse que o processo de trabalho é uma atividade que tem como finalidade satisfazer às necessidades do ser humano, independente das formas sociais e das relações de produção, atividades estas voltadas para a produção de valores de uso, cujo indivíduo na conjuntura capitalista, trabalha e vende sua força de trabalho. Enfatizando que o processo de trabalho na sociedade capitalista produz e reproduz a luta de classes sociais, de um lado o capitalista, que detém o capital, e do outro o trabalhador que suste o capitalista. Nesta relação, o processo de trabalho passa a ser valor de troca, e não como valor de uso.

Na fala de Faria (2009), a forma como realizamos nossas atividades cotidianas, o nosso fazer profissional são denominados processo de trabalho. Com isso, podemos dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de ações desenvolvidas pelos homens, os quais utilizam os meios de produção para transformar a sua atividade em produto. Sob esse enfoque, podemos dizer que o processo de trabalho é o fazer profissional no interior das atividades laborais, a forma como o indivíduo produz e reproduz suas ações nos espaços de trabalho. Não podemos esquecer-nos que o processo de trabalho é dinâmico, decorrente de um processo histórico, e como tal apresenta avanços e desafios dependendo das relações estabelecidas. Frisando ainda que durante o processo de trabalho, os profissionais estabelecem relações entre si, com os demais profissionais e com a população envolvida, sendo capaz de transformar realidades para atender as diferentes situações vivenciadas pela população.

Conforme José Paulo Netto (2008) o desenvolvimento do processo de trabalho ocorreu devido ao surgimento do excedente econômico que sinalizava o aumento do trabalho, e que de certo modo manava mais bens para a manutenção da comunidade. Destaca o autor que toda produção de bens acontece por meio do processo de trabalho, e abrange os meios de trabalho, os objetos de trabalho e a força de trabalho.

Se na formulação marxiana o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social, também é verdade que, tal como se objetiva na sociedade capitalista, o trabalho é degradado e aviltado. Torna-se estranhado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se, como tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias. O que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo reduz-se à única possibilidade de subsistência do despossuído. Esta é a radical constatação de Marx: a precariedade e perversidade do trabalho na sociedade capitalista. Desfigurado, o trabalho torna-se meio e não “primeira necessidade” de realização humana. Na formulação contida nos Manuscritos, “... o trabalhador decai a uma mercadoria e à mais miserável mercadoria”, torna-se “um ser estranho a ele, um meio da sua existência individual” (ANTUNES, 2008, p. 144).

Na análise de Pereira (2008), para Marx a atividade do homem no processo de trabalho consiste na transformação do objeto através de instrumentos e técnicas visando atingir um determinado objetivo que é a concretização do seu produto. Desta forma destaca três elementos componentes do processo de trabalho que também se caracteriza como categorias de análise, são eles: a atividade adequada a um fim (o trabalho), o objeto de trabalho (a matéria a que se aplica o trabalho) e os instrumentos de trabalho.

Na visão da pesquisadora, os processos de trabalho acontecem entre trabalhadores e usuários na ação cotidiana dos espaços em que ocorre a produção do cuidado. Muito embora as relações sejam estruturadas, as tensões e os agravos dos sujeitos podem ultrapassar as barreiras programadas, revelando novas dinâmicas dos territórios e do próprio processo de trabalho que precisa ser analisado. A estrutura do processo de trabalho se configura no fazer profissional, e abrange desde as metodologias e saberes técnicos até a comunicação e assistência ao usuário, deste modo, o processo de trabalho vai viabilizar o produto/ resultado do trabalho humano através dos serviços assumidos. Os sujeitos organizam e modificam seu processo de trabalho com o objetivo de produzir cuidado, ao mesmo tempo em que são modificados pelas vivências.

Todo esse processo tem se dado pela introdução de novos produtos no mercado de consumo, de novas formas de gestão e de organização do trabalho, pela intensificação do uso de tecnologias e pela descentralização da produção com serias consequências para a saúde do

trabalhador e de coletividades, bem como para os níveis de emprego e meio ambiente (FRANCO, 2009).

Segundo Marx, Merhy (2003) por meio do trabalho o trabalhador interage consigo mesmo e com o seu objeto de trabalho que lhe possibilita desenvolver suas atividades laborais. Classificando que o processo de trabalho apresenta determinados elementos, os quais citam “a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”.

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico. Quanto à divisão técnica do trabalho, deve-se assinalar que, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. Há que se considerar, simultaneamente, as dimensões técnica e social da divisão do trabalho, uma vez que toda divisão técnica reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos (PEDUZZI, 2001, p. 104).

No processo de produção do cuidado, as tecnologias leves, tecnologias duras e leves - duras compõem o processo de trabalho, sendo que todo processo de trabalho estruturado abrange as três tecnologias durante o trabalho, o que vai diferenciar são as condutas profissionais, a orientação tecnológica e a hegemonia do processo produtivo, que está contida em uma das tecnologias (leves, duras e leve-duras). Podemos aqui discutir que nos processos de trabalho em saúde as tecnologias duras, leve-duras e leves se relacionam entre si para operacionalizar o produto final do processo de trabalho (FRANCO, 2012).

É necessário dizer que, conforme Brasil (2005) o trabalhador é que define a capacidade de trabalho morto ou trabalho vivo inserido no seu processo de trabalho. Levando em consideração que o trabalhador possui certa governabilidade sobre o seu processo de trabalho, a sua forma de organizar o serviço, a sua dinamicidade em relação à assistência prestada aos seus usuários. Sendo que o espaço de trabalho é o local da micropolítica para a produção de saúde.

Segundo Merhy, Franco (2009) planejar um processo de trabalho tendo como base o trabalho vivo, com foco nas demandas e particularidades dos usuários requer um compromisso permanente com a tarefa de acolher, de se responsabilizar e de autonomizar os

sujeitos, devendo haver então uma maior utilização das tecnologias duras e leve-duras com as tecnologias leves.

Considerando que o modelo assistencial atual tem no seu modo de produção do cuidado, um processo de trabalho centrado no trabalho morto, a mudança do modelo requer uma inversão, isto é, um modelo em que o processo de trabalho tenha como centro o trabalho vivo, com utilização maciça das tecnologias leves e secundariamente das leve-duras e duras, conforme a necessidade dos projetos terapêuticos singulares. Estes processos de mudança são entendidos como uma reestruturação produtiva da saúde, e veem tencionando o campo da gestão do cuidado, como saber e fazer. A reestruturação produtiva é caracterizada por um modo produzir saúde, diferente do modo em que o cuidado é centrado no ato prescritivo, aqui entraria um esforço relacional onde a prescrição está presente, mas subsumido por todos os componentes do cuidado em que o aspecto relacional se institui, com uma clínica que envolve também o aspecto afetivo e subjetivo do usuário (FRANCO e MERHY, 2012. p. 157).

Importante refletir sobre o processo de trabalho que vai além do modelo médico-hegemônico centrado na figura do profissional médico, e cada vez mais se faz necessário à organização do trabalho na conjuntura da assistência à saúde, o que requer uma articulação entre todos os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário a fim de garantir o acesso e aumentar a capacidade resolutiva dos serviços. Como esclarece Franco (2003), isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o trabalho vivo em ato, como fonte de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde.

Não podemos esquecer que todo processo de trabalho apresenta no seu interior os objetivos, os quais necessitam de mecanismos para alcançar os fins estabelecidos, e como tal, os objetivos podem ser existenciais e sociais, se materializando nas práticas e técnicas, consideradas finalidade imediata do trabalho. Para Faria (2017), o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos.

Toda esta abordagem visa desenvolver modelos de trabalho em saúde que compreendam as necessidades apresentadas pelos usuários, viabilizando uma assistência em saúde com foco na proteção e resolução dos problemas. Para que as mudanças sejam possíveis é importante à garantia do acesso, acolhimento, responsabilização do cuidado aos usuários, vínculo, integralidade, democratização, gestão pública e adequação à realidade local (MERHY, 2003).

O processo de trabalho, enquanto micropolítica deve ser um espaço de transformação, voltado para a assistência ao indivíduo com base no acolhimento, no estabelecimento de vínculos, possibilitando ainda a autonomia dos sujeitos, o que aumenta significativamente o nível de resolutividade das ações e demandas, sem focar apenas no

modelo médico hegemônico. Importante ressaltar que esta reorganização do processo de trabalho tem relação com o trabalho multiprofissional, a integração e qualificação dos profissionais na assistência, e conseqüentemente acaba por qualificar o atendimento ofertado aos usuários (MERHY, 2003).

Na fala de Netto (2008) nos permite uma reflexão sobre o processo de trabalho na sociedade contemporânea, dando ênfase que o trabalhador pode perder o controle do seu processo de trabalho, quando este se encontrar subordinado ao capitalismo, isto se deve pela expansão da produção capitalista e pela ideologia neoliberal.

Na abordagem de Pavoni (2009) o processo de trabalho possui três elementos: objeto, instrumentos e agentes, os quais estão inter-relacionados na medida em que os agentes através da atividade profissional na utilização de seus instrumentos transformam no interior das relações o objeto em produto. Entre as muitas características do processo de trabalho das ESF destaca-se o trabalho interdisciplinar e em equipe, devido à abordagem integral e resolutiva ocasionada pela articulação e integração dos diferentes saberes, com ênfase também no monitoramento das ações, o que de certa forma impulsiona um ajustamento no processo de trabalho.

Segundo Krug (2010) para alcançar o efeito esperado na atenção básica, se faz necessários “o planejamento e a implementação de ações de saúde em cada contexto”. O que requer conhecimento sobre a dinâmica dos territórios e dos moradores, suas particularidades, conhecer as especificidades de cada ambiente para assim organizar a assistência à saúde a partir das necessidades identificadas, e posteriormente planejadas.

Para Franco e Merhy (2009) por meio do processo de trabalho, os sujeitos produzem cuidado, mas também ocorre uma produção histórica e social de cada trabalhador, isto por meio da ação desenvolvida que produz cuidado para outros e também para si mesmos. Com ênfase de que o indivíduo que trabalha no cenário da saúde realiza seu trabalho a partir de um processo interventivo com base em registros de sua singularidade.

Segundo Junges (2013), com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram instituídos os princípios organizadores dos processos de trabalho, principalmente no que se refere à política de atenção básica, que são: as noções de território e as redes integradas de cuidados, o que vai depender do modelo de atenção e a forma de organizar os serviços de saúde na linha do cuidado.

### 3.3 PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Debater sobre processos de trabalho em saúde nos remete a uma profunda reflexão sobre a organização da assistência à saúde e o modo como estamos atuando na micropolítica, o que nos faz indagar sobre a necessidade de mudanças no modo de pensar e fazer saúde, bem como possíveis intervenções e solução de problemas que visualiza no usuário um sujeito da sua própria condição de saúde.

Ultimamente temos nos ocupado, cada vez mais, de uma reflexão sobre as questões referentes à dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, tanto no que se refere à sua dimensão mais articulada às práticas produtivas de bens e serviços, quanto na sua relação com os complexos processos de reformas institucionais. Temos visto que a micropolítica do processo de trabalho, no cotidiano institucional do “fazer saúde”, coloca em foco os distintos modos instituintes de como vem se disputando, nos processos de gestão institucional do trabalho, pelas distintas forças sociais envolvidas no mesmo, a configuração de singulares modelos de atenção à saúde. Assim, a partir de um quadro teórico centrado na busca de sua compreensão pode-se permitir a conformação de modos de intervenção institucional que tenham operacionalmente mais efetividades no sentido da mudança da direcionalidade das práticas de saúde (CARVALHO, 2009, p. 283).

A precursora Pereira (2008) define que o conceito de processo de trabalho em saúde foi formulado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, a partir da análise do processo de trabalho médico. Maria Cecília Ferro Donnangelo iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social no final da década de 1960, tendo como marco teórico estudos da sociologia, possibilitando assim desenvolver uma análise sólida acerca da ligação entre saúde e sociedade/ entre profissão médica e práticas sociais no país. Com isso, viabilizava uma ruptura sobre a forma de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos, os quais independem da vida social. “Embora o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ tenha sido desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico desde o início dos anos 80, passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde” (PEREIRA, 2008, p. 324).

Ainda segundo Pereira (2008), no Brasil e na América Latina esses estudos se constituíram como importantes referenciais para a investigação na área da saúde, em especial na medicina e demais profissões da saúde. Levando em consideração todas as políticas da assistência relacionadas ao sistema de saúde brasileiro até o SUS, bem como os estudos que faziam referência ao mercado, as profissões e as práticas de saúde. Considerável dizer que



esta linha foi importante para o desenvolvimento e utilização dos conceitos de força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde.

Para Franco (2009), existem muitas ponderações sobre a organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, os quais apontam que as tecnologias de trabalho têm se constituído como um importante analisador da produção do cuidado nos serviços de saúde. Neste aspecto revela tanto as potencialidades na organização do processo de trabalho entre trabalhadores e usuários, bem como na produção do conhecimento e operacionalização das ações, o que o autor definiu como um “processo de trabalho que opera com alto grau de criatividade na composição de afetos e acoplamento de alteridades”, o que de certo modo potencializa a autonomia dos sujeitos em ação. Por outro lado, também ocorrem nos territórios os momentos de conflitos e tensões, os quais devem ser administrados.

Conforme Franco (2009), a discussão sobre o processo de trabalho em saúde tem como foco a micropolítica, o qual a define como “o agir cotidiano dos trabalhadores no próprio ambiente de trabalho”. Mais precisamente as atividades que cada trabalhador desenvolve nos seus cenários de atuação profissional de forma específica e singular, espaços estes que podem ser permeados por tensões, os quais serão construídos pactos para o funcionamento adequado das equipes. Importante dizer que no cenário da saúde, o processo de trabalho envolve também os usuários, o qual deve participar ativamente da sua produção de cuidado, desenvolvendo certo grau de autonomia e reponsabilidade.

Para a compreensão do processo de trabalho, importa registrar que, no caso da saúde, há uma diferença fundamental entre seus processos de trabalho e os que estruturam na indústria, e isso reside no fato de que, enquanto na indústria o processo de trabalho geralmente é capturado por rígidas normas e, até mesmo, ritmos de trabalho rigorosos, na saúde, o trabalhador conta com maiores graus de liberdade sobre o seu próprio trabalho, isto é, o trabalhador controla seu processo de trabalho. Isso fica claro quando percebemos que na relação entre qualquer profissional de saúde e um usuário, o profissional define como vão se dar os espaços da fala e escuta necessários nesta relação, a ação acolhedora, a responsabilização sobre os usuários; enfim, no agir cotidiano que define a micropolítica do processo de trabalho há uma determinação grande que vem das atitudes do trabalhador e isso depende exclusivamente dele, independe das normas que regem seu trabalho (FRANCO, 2009, p. 151).

Com isso, podemos perceber conforme Franco (2009) que o processo de trabalho em saúde não está distante das mudanças verificadas no cenário da produção social, uma vez que contribui para a reprodução e/ ou manutenção da acumulação do capital, desenvolvendo sua ascensão e penetração em todo o eixo social.

Conforme obra do Ministério da Saúde, Brasil (2005) o trabalho em saúde compreende um encontro entre trabalhador e usuário que tem no usuário o sentido da produção do cuidado “e pode ser permeados pela dor, sofrimentos, práticas assistenciais, subjetividades que fazem a interlocução entre esses sujeitos”, o que mantém estreita relação com o estilo de vida dos usuários, suas necessidades particulares, contexto social e autonomia. (MERHY, 2003, p. 64).

É importante dizer que o processo de trabalho em saúde pode ser definido como um conjunto de atividades executadas pelos trabalhadores no âmbito da saúde, cujo objeto de atuação profissional é o indivíduo e, ou grupos sociais do território. O que requer práticas de saúde orientada, ações coordenadas, saberes e métodos definidos pelo modelo de atenção e cuidado a saúde. Para Franco e Merhy (2009) no processo de trabalho em saúde existe um espaço intercessor no encontro entre trabalhadores da saúde e usuários no interior do processo de trabalho.

Segundo Merhy (2003), o processo de trabalho em saúde se difere dos outros serviços porque, ao contrário do consumidor normal, os usuários muitas vezes são desprovidos de informações técnicas e não detêm de total conhecimento sobre as ofertas de tratamento e cuidado, qualificando assim as tomadas de decisão. Deste modo, se faz necessário reorganizar este modelo de atenção, tendo como base a produção do cuidado de maneira mais relacional entre trabalhadores e usuários.

No trabalho em saúde Merhy (2003) é observada a ampla autonomia do trabalho vivo, quando relacionada a outros setores da economia, cujo processo de trabalho é controlado visando o produto final do seu trabalho. Sendo que o direcionamento técnico é de natureza coletiva, isto é, requer uma atuação conjunta de vários núcleos para compartilharem saberes e experiências, o que é considerado um grande desafio na dinâmica do processo de trabalho em saúde. Não podemos esquecer que a prática do trabalho médico é o núcleo do qual derivam outros trabalhos. Merhy acrescenta ainda outra característica do trabalho em saúde que tem relação com a fragmentação dos atos e à alienação do trabalhador quanto ao seu processo de trabalho e resultados.

Na abordagem de Pereira (2008), em meados nos anos 90 surgiram elementos que emergiram uma nova reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, abrangendo os mecanismos institucionais de gestão do trabalho, seja pelas formas de trabalho informal ou pela regulação realizada pelo Estado; como também pelo plano de interação entre usuários e profissionais.

No contexto atual, a conceituação do “processo de trabalho em saúde” é muito utilizada por várias categorias profissionais em seus campos de estudo na área da saúde, o que possibilita novas abordagens que vão além da linha de cuidado focado nas especialidades, e de certa forma aborda os sujeitos do processo e qualifica os processos de trabalho. Desta forma, podemos dizer que o processo de trabalho em saúde se materializa no cotidiano profissional dos trabalhadores, isto é, no modo de fazer dos sujeitos inseridos no processo da produção e consumo de serviços de saúde, e como tal, os processos de trabalho em saúde reproduzem toda a prática do trabalho humano (PEREIRA, 2008).

Na fala de Merhy (1997) ao analisar a “micropolítica do trabalho em saúde” deixa em evidência que os trabalhadores da saúde podem modificar os modelos de produção da saúde, considerando como ápice desta mudança a organização do processo de trabalho e as transformações nos modelos assistenciais ocorridas nos cenários de prática do eixo saúde. Merhy baseou-se no pensamento marxista para dizer que no setor saúde o produto resultado do trabalho ganha uma dimensão diferenciada, mais precisamente, o resultado deste trabalho, o trabalho vivo em ato se define como o cuidado aos usuários.

No estudo do processo de trabalho em saúde Mendes Gonçalves (1979, 1992) analisou os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico (PEREIRA, 2008).

Considera Pires (2000) o trabalho em saúde como parte do setor de serviços que se materializa na sua realização, e, portanto, se faz útil para a vida humana, não tendo como produto final algo palpável ou comerciável, mas sim a própria realização da ação executada. Acrescentou o autor que o trabalho em saúde é realizado por diversos profissionais de saúde, sendo por isso considerado um trabalho coletivo. Na concepção de Reis (2010), o objeto do trabalho em saúde não é plenamente estruturado e suas tecnologias são para além dos saberes tecnológicos constituídos, o que permite dizer que “o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto”.

Para Faria (2009) delinea uma discussão sobre a complexidade dos processos de trabalho, destacando que quando mais complexo for o processo de trabalho, mais confuso é a reflexão, o qual considera como desafio implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto com efetividade para o sistema de saúde. Neste cenário, enfatiza a realidade da atenção básica a saúde, onde muitas vezes o processo de trabalho é gerenciado pela própria equipe, sendo necessário nestas situações não somente as

competências teóricas e técnicas, mas também gerenciais. Enfoca também a importância das competências e habilidades por parte dos profissionais no manejo que vislumbrem mudança de realidade e postura crítica-reflexiva na renovação do seu processo de trabalho. “Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico” (FARIA, 2009, p. 26).

Na fala de Franco (2009) o trabalho em saúde pela sua natureza relacional traz a centralidade do trabalho vivo e que opera relações no interior do processo de trabalho. Frisando também que o processo de trabalho em saúde possibilita ao trabalhador desenvolver seu trabalho com certa liberdade, ou seja, um gerenciamento sobre a atividade produtiva. Esta liberdade constitutiva do trabalho vivo permite que se estabeleça uma relação trabalhador-usuário pautada no cuidado em saúde, e nos vínculos e afetos que se materializam na ação.

Conforme Merhy (2003), discutir sobre processo de trabalho em saúde é relevante porque possibilita mudanças no modo de operar as práticas, visando novos sentidos no trabalho em saúde. Com isso abrange os conceitos de trabalho vivo, que se refere ao trabalho em ato, e o conceito de trabalho morto, o qual está relacionado com a matéria prima para dar sentido à realização do trabalho. Para Reis (2010) o trabalho em saúde quando não se reduz a sua dimensão burocrática e tecnológica, fixado nas normas e rotinas pode ser considerado um trabalho vivo, podendo ainda se transformar em trabalho morto no decorrer da produção do cuidado.

De acordo com Peduzzi (2001), o processo de trabalho da equipe de saúde da família tem como característica o trabalho interdisciplinar e em equipe, a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2012, destaca características essenciais do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

- I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os

profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita;

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações inter setoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

De acordo com Junges (2013) define como objeto do processo de trabalho em saúde os problemas a serem percebidos e as necessidades sociais de saúde da população a serem acolhidas. Diante disso, faz referência ao conhecimento das diversas realidades

manifestadas no território, pois é neste ambiente que se expressam as diversidades e as razões de ser, viver e conviver dos sujeitos. Conforme Franco (2009), o processo de trabalho em saúde é considerado o núcleo de produção do cuidado, e de certo modo estabelece o compartilhamento das ações integradas entre trabalhador e usuário, sendo o processo de trabalho determinado pelo trabalhador que executa. Merhy (2004) complementa que no processo de trabalho em saúde ocorre a interação entre o agente produtor e o agente consumidor, tendo como principal interesse a concretização do produto final.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo teve como opção metodológica a pesquisa-ação com abordagem qualitativa. A pesquisa-ação é problematizadora e tem em seu cerne uma ação transformadora de um determinado cenário de prática.

A pesquisa ação é aquela que, além de compreender, visa intervir na atuação, com vistas a modificá-la. O conhecimento visado articula-se uma finalidade intencional de alteração da situação pesquisada. Assim, ao mesmo tempo que realiza um diagnóstico e a análise de uma determinada situação, a pesquisa-ação propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que elevem a um aprimoramento das práticas analisadas (SEVERINO, 2007, p. 120).

Com isso, podemos dizer que na pesquisa-ação pesquisadores e participantes atuaram na ação de forma participativa e coletiva visando atingir os objetivos propostos, atuando na resolução ou redução de um determinado problema identificado, visando assim alterar o cenário pesquisado.

Deste modo Thiollent (2011) aborda alguns aspectos metodológicos da pesquisa-ação, destacando que: a pesquisa não se refere apenas a ação em si, mas sim a produção de conhecimentos direcionada aos envolvidos; propicia a interação entre pesquisadores e participantes da ação observada; estabelece as prioridades e possíveis soluções dos problemas pesquisados; o objeto de investigação foi constituído por uma determinada situação social, cujo objetivo consistiu em resolver ou, minimizar os problemas da situação investigada.

O processo da pesquisa qualitativa Minayo (2013) se divide em três etapas: fase exploratória, trabalho de campo, análise e tratamento do material empírico e documental. A fase exploratória consiste na elaboração do projeto de pesquisa e na organização dos mecanismos necessários para a inserção no campo de estudo. É importante nesta fase a delimitação do objeto, a sistematização do arcabouço teórico e metodológico, a elaboração de hipóteses, a descrição dos instrumentos de operacionalização do trabalho, enfatizando o cronograma e os procedimentos e para escolha do espaço e da amostra.

A segunda etapa é destinada ao trabalho de campo, fase que reluz a prática, o que foi planejado teoricamente, podendo ser utilizadas técnicas de observação, entrevistas, levantamento de material documental e outros, o que requer uma aproximação do pesquisador com a realidade investigada (MINAYO, 2013).

O *trabalho de campo* permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma relação com os “atores” que conformam a realidade e, assim constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social. É claro que a riqueza desta etapa vai depender da qualidade da fase exploratória. Ou seja, depende da clareza da questão colocada, do levantamento bibliográfico bem feito que permita ao pesquisador partir do conhecimento já existente e não repetir o nível primário da “descoberta da pólvora”, dos conceitos bem trabalhados que viabilizem sua operacionalização no campo e das hipóteses formuladas (MINAYO, 2013 p. 18).

A terceira etapa se refere aos procedimentos para leitura, análise e interpretação dos dados coletados, os quais deverão ser articulados com a teoria que embasou o projeto, assim como outras leituras necessárias durante o trabalho de campo (MINAYO, 2013). Para Thiollent (2007) a pesquisa-ação não se refere apenas a um levantamento de dados, mas uma análise de uma determinada realidade observada. Na pesquisa-ação os pesquisadores se posicionam ativamente, não se limitando aos aspectos acadêmicos e burocráticos.

Sendo assim, formulamos uma pergunta investigativa: como ocorre o processo de trabalho entre as equipes de saúde da família e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica? Para responder esta pergunta foi realizada uma pesquisa-ação com os participantes do estudo que foram 10 Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e dentistas) apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica Conjunto Esperança. Na pesquisa-ação participantes e pesquisadores estiveram envolvidos no processo de produção do conhecimento através da pesquisa e da ação, buscando compreender a realidade pesquisada e assim modificá-la de acordo com as discussões apresentadas.

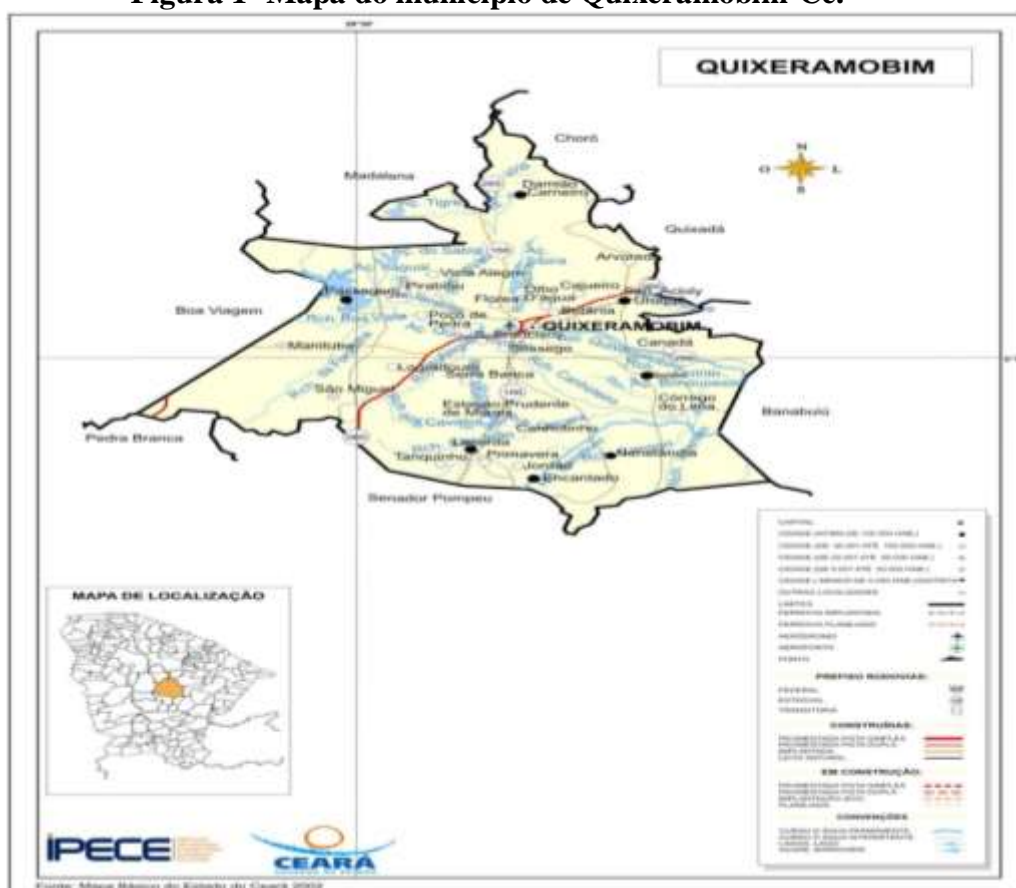
## 4.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

Na perspectiva da trajetória metodológica decidimos traçar uma caracterização do local onde o estudo se desenvolveu enfocando pontos considerados relevantes sobre a história local, destacando a atenção básica do município de Quixeramobim-Ce. A pesquisa foi iniciada em setembro de 2018, com entrega para apreciação pelo Comitê de Ética em janeiro do ano de 2019 e após aprovação, a coleta de dados se realizou no período de fevereiro a maio do referido ano, cujo prazo previsto para o término seria em março, no entanto, o agendamento das entrevistas por parte de alguns profissionais não foi viabilizado de imediato, sendo necessárias novas datas, mediante disponibilidade dos participantes do estudo. No mês de junho de 2019 ocorreu o planejamento e organização da oficina, com execução no mês de julho do referente ano, cuja data foi agendada pelos coordenadores da atenção básica.



O cenário da pesquisa foi o município de Quixeramobim-Ce, localizado no centro do Estado do Ceará, a 203 km da capital, uma cidade sertaneja da época do Ciclo do Gado e/ou Civilização do Couro, onde coletamos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)/2016, do livro Quixeramobim: recompondo a História de Marum Simão e do Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

**Figura 1- Mapa do município de Quixeramobim-Ce.**



Fonte: [www.ipece.ce.gov.br](http://www.ipece.ce.gov.br).

A origem de Quixeramobim é uma consequência advinda do pastoreio, pois tinha sua atividade precípua na pecuária, de vez que a agrária consistia apenas em uma agricultura de subsistência. Por conseguinte, foi em torno do curral que surgiu a igreja, a povoação, a vila e, conseqüentemente, a cidade. Quixeramobim está situada no “país dos vaqueiros” e “foi, por muito tempo, uma povoação de pastores” (SIMÃO, 1996).

Conforme IBGE (2010), o município de Quixeramobim abrange uma população com mais de 71.887 pessoas, sendo estimada para o ano de 2019 81.082 pessoas. Compõem a 8ª Coordenadoria de Saúde, sendo um dos municípios polo desta região, localizado no centro

do Ceará, na região do Sertão Central, cuja Mesorregião é característica dos Sertões Cearenses e Microrregião no Sertão de Quixeramobim, se destaca pelo clima tropical quente semiárido, com temperatura média de 26° a 28° e período chuvoso de fevereiro a abril.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município com 06 equipes de saúde que redobravam esforços para atender a toda população. As 06 Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) foram implantadas em agosto de 1996 juntamente com os conselhos locais de saúde. Foram estas: ADS 01: Encantado, Lacerda e Cangati; ADS 02: Paus Branco e São Miguel; ADS 03: Damião Carneiro, Passagens e Manituba; ADS 04: Uruquê e Belém; ADS 05: Vila Holanda e Monteiro de Moraes; ADS 06: Maravilha, COHAB, Depósito e Jaime Lopes.

Neste momento histórico, todas as ADS contavam com veículos e motorista, cujos profissionais residiam na área adstrita, de segunda a sexta-feira, em casas cedidas ou alugadas pela prefeitura, com todo o suporte de hospedagem e apoiados pela comunidade. As equipes eram formadas pelo médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e orientadores de saúde. A partir da implantação do PSF começou a ser observada a mudança de comportamento da população, assim como do quadro saúde/doença.

Em 1997 foi implantada a ADS do Conjunto Esperança que realizava o atendimento as comunidades rurais em torno da sede municipal, esta por sua vez foi denominada Sede Rural. Sendo que em 1999/2000 houve a expansão do PSF com o desmembramento de algumas localidades, totalizando 14 equipes no município. Ainda em 2000, a gestão da saúde passou a ser exclusivamente municipal, e no ano seguinte houve a implantação da 15ª ADS e a implantação da Equipe de Saúde Bucal incorporada as Equipes de Saúde da Família, totalizando 07 equipes de saúde bucal. Em 2003, foi implantado a 16ª ADS no bairro da Pompéia, sendo que em 2007/2008 foram implantadas a ADS 17 (Cohab) e ADS 18 (Berilândia).

No ano de 2009 foram implantadas 02 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e em 2011 foi implantado a ADS 19/ Jaime Lopes, onde em 2013 foi implantado a ADS 20 Lagoa Cercada. Atualmente, Quixeramobim abrange 21 equipes na Atenção Básica, sendo 10 na zona urbana e 11 localizada na zona rural, com cobertura da atenção básica de 92,11%, segundo portal e-gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde, onde as Equipes de Saúde da Família também são chamadas de Área Descentralizada de Saúde (ADS) associada a um número de acordo com a ordem de implantação. Das 21 equipes da Estratégia Saúde da Família, 19 tem equipes de saúde bucal, havendo ainda 05 equipes que

são Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sem financiamento, com quadro profissional apenas de enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas na zona rural nos distritos e na zona urbana nos bairros, em uma localização central ou periférica dependendo do território, possuindo cada distrito e cada bairro uma unidade de referência, sendo que nos distritos também tem atendimentos em localidades denominados ponto de apoio. É importante destacar que, para a pesquisa foram utilizadas apenas as equipes dos territórios apoiados pela Equipe Nasf Conjunto Esperança, e que não são PACS, sendo estes espaços de atuação: São Miguel, Uruquê, Conjunto Esperança, Paus Branco, Manituba, Rodoviária, Vila Elói, Fogareiro, Vila São Paulo e Lagoa Cercada. As demais equipes da Estratégia Saúde da Família que não foram citadas são de abrangência do outro NASF-AB existente no município denominado Maravilha.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

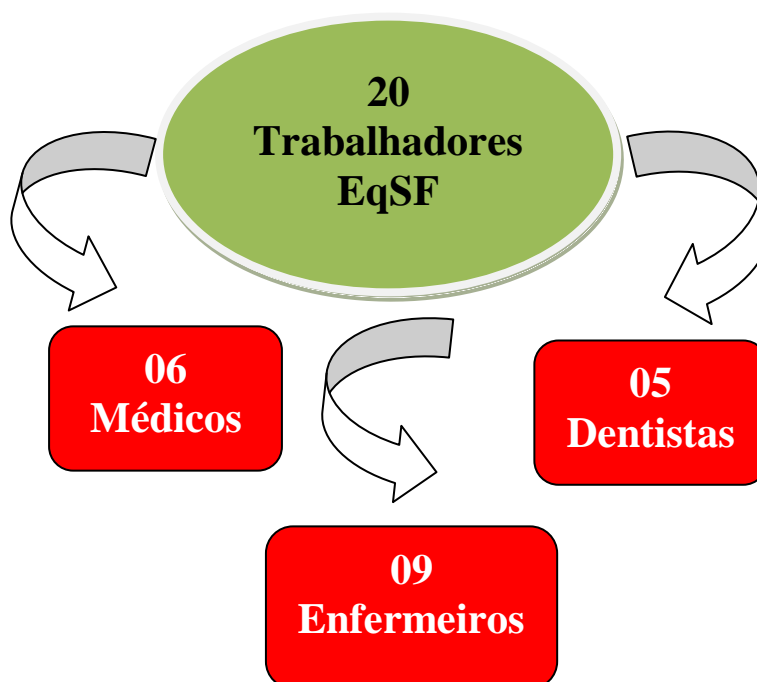
Os participantes do estudo foram compostos por profissionais dentistas, enfermeiros e médicos, sendo 06 equipes na área rural, são elas: Unidade Básica de Saúde de São Miguel/ Unidade Básica de Saúde Ananélia F. da Silva/ Unidade Básica de Saúde Raimundo Felix de Sousa/ Unidade Básica de Saúde Perpétua do Carmo Maciel/ Unidade Básica de Saúde Vicente de Oliveira/ Unidade Básica de Saúde de Lagoa Cercada e 04 equipes na zona urbana, como: Unidade Básica de Saúde Luís Prata Girão/ Unidade Básica de Saúde Francisco Rodrigues da Silva/ Unidade Básica de Saúde Maria Martins/ Unidade Básica de Saúde Maria da Conceição de A. Lima, bem como os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que participaram da oficina, considerando que todos estes profissionais estão implicados com o processo de trabalho.

A escolha por estes profissionais ocorreu pelo fato dos mesmos atuarem nas Equipes de Saúde da Família apoiadas pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - Conjunto Esperança, sendo imprescindível que os representantes da pesquisa estivessem inseridos no cenário da atenção básica, os quais se estabelecem os processos de trabalho entre os participantes. No total, foram realizadas vinte (20) entrevistas com profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sendo cinco (05) dentistas (cinco Equipes de Saúde da Família no momento sem o profissional no quadro), seis (06) médicos

(duas sem o profissional na composição de equipe, e dois profissionais não participaram da entrevista), e nove (09) enfermeiros (um profissional não participou da entrevista).

Importante dizer que no período de coleta de dados, o município havia realizado um processo seletivo para contratação de profissionais, processo este que se estendeu para a contratação dos aprovados, por isso, a ausência de algumas categorias profissionais nos territórios da UBS.

**Figura 2 - Categorias profissionais participantes da entrevista.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Os critérios de inclusão foram profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família de referência acompanhadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica Conjunto Esperança, como dentistas, enfermeiros, médicos e os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Os critérios de exclusão foram os profissionais das mesmas equipes de referência impossibilitados em participar da pesquisa por motivos de doença, férias, licença, ou por não aceitar participar do estudo.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

O estudo foi desenvolvido em dois momentos: onde inicialmente apresentamos a proposta do projeto aos profissionais na reunião mensal da Atenção Básica, e na oportunidade

pedimos a colaboração durante a condução da pesquisa. Muito embora a pesquisadora já tivesse uma aproximação com o campo de estudo foi necessária uma nova visita à coordenação da atenção básica local para apresentação do tema proposto, reafirmando a parceria mediante Termo de Anuência (Apêndice C) já assinado.

Posteriormente a primeira etapa consistiu na coleta de dados através da entrevista semiestruturada (Apêndice A) com os profissionais das equipes de saúde da família que recebem apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica Conjunto Esperança, realizada no local mais conveniente para os participantes, desde que fosse um ambiente restrito e silencioso.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa pelo autor do estudo no ambiente de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, sendo orientados sobre o objetivo da pesquisa, e mediante devida autorização da instituição através do Termo de Anuência (Apêndice C) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Participantes da Pesquisa (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas individualmente, de acordo com a disponibilidade dos envolvidos, de modo que não interferisse na dinâmica de trabalho.

O roteiro da entrevista foi direcionado por três perguntas norteadoras que direcionavam sobre a compreensão dos trabalhadores acerca do processo de trabalho na Atenção Básica; como ocorre o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e a articulação entre Equipes de Saúde da Família e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na realização de ações compartilhadas, os quais consideraram relevantes para o desenvolvimento da pesquisa, foi feita a leitura do TCLE no ato da entrevista, e posteriormente entregue uma cópia a cada entrevistado.

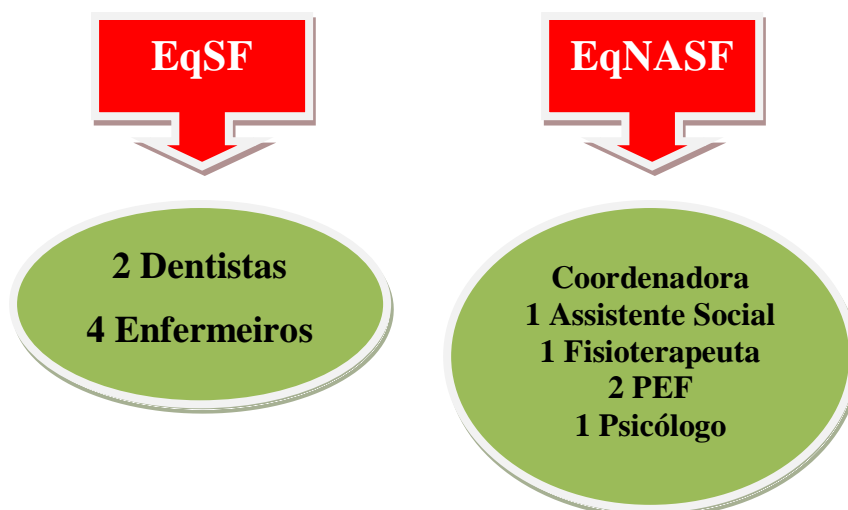
Escolhemos a entrevista semiestruturada por se referir a:

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2013, p. 261).

Durante as entrevistas os trabalhadores foram receptivos, com manifestação de colaboração e disponibilidade, e ao término de cada entrevista apresentávamos nossos agradecimentos pela atenção e tempo disponibilizado. Alguns entrevistados conseguiram falar naturalmente sobre o tema, apresentando suas colocações e experiências profissionais, com

riqueza de detalhes, sendo notório o desejo de falar sobre seu trabalho, não demonstrando preocupação com o tempo ou com a temática. Em alguns casos, os trabalhadores demonstraram certa insegurança em falar devido o uso do gravador, demonstrando certa apreensão com o que iriam falar, sendo então disponibilizado o tempo necessário para que o entrevistado pudesse sentir-se confortável para a entrevista. Com o desenrolar das entrevistas, observava-se uma espontaneidade entre entrevistadora e entrevistado, facilitando o processo de coleta de dados.

**Figura 3 - Categorias profissionais participantes da oficina de trabalho.**



Fonte: Elaborado pela autora.

A oficina aconteceu no período vespertino, sendo no início entregue a cada participante uma pasta com a programação da oficina e materiais de apoio a serem utilizados no decorrer da ação. A atividade foi pautada na metodologia participativa e dialógica, cuja abertura da oficina se deu pela fala introdutória da pesquisadora sobre a atividade e seus respectivos objetivos, esclarecendo aos participantes que a oficina era parte integrante da análise na pesquisa-ação fruto da pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Em seguida, foi realizada uma dinâmica de acolhida e integração denominada “Ilha do Tesouro”, objetivando a interação do grupo e a reflexão sobre o trabalho em equipe, o que possibilitou instigar as observações e debate sobre o assunto em foco, permitindo a troca de experiências.

No segundo momento, a pesquisadora apresentou a proposta da oficina, dando continuidade com uma exposição dialogada sobre o processo de trabalho do Núcleo Ampliado

de Saúde da Família e Atenção Básica e Equipe de Saúde da Família e, dando ênfase às ferramentas utilizadas pelo NASF-AB na organização do processo de trabalho, focando também na ação coletiva do trabalho multiprofissional entre equipe de referência e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Em seguida, os componentes da ação foram divididos em 03 pequenos grupos de trabalho, onde em conjunto realizaram a leitura e discussão de casos clínicos distintos, cada grupo tinha entre os seus integrantes um profissional da equipe apoiadora. Logo após, fizeram a análise e debate dos casos, sendo disponibilizado como material de apoio para direcionamento da ação, o texto: “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil” de Túlio Batista Franco.

Depois da apreciação e discussão dos casos, os grupos retornaram ao coletivo geral e discutiram sobre o que foi discutido, e posteriormente elaboraram um fluxo de atendimento das Equipes de Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, seguidos das considerações relevantes feitas pela pesquisadora e pelos demais trabalhadores. A conclusão da oficina aconteceu com a mediação da pesquisadora, sendo também importante a avaliação dos resultados da atividade mediante aplicação de questionário, ficando também a critério dos profissionais se posicionarem em público.

Durante a realização das oficinas utilizamos material didático como: papel A4, canetas, papel madeira, pincel atômico, data show, jornal, chocolate, etc., sendo ainda disponibilizado o lanche pela Secretaria Municipal de Saúde. Na oportunidade também estendemos os agradecimentos aos profissionais participantes das Equipes de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica assim como a gestão local na pessoa dos Coordenadores da Atenção Básica, Coordenação do NASF-AB e Secretário Municipal de Saúde.

Discorrer sobre as situações vivenciadas durante a pesquisa, principalmente, durante o período de coleta de dados, permitiu o contato direto com a realidade em foco, uma vez que a realização das entrevistas e posterior execução da oficina possibilitou encontrar resultados que confrontados com a teoria, possibilitaram uma reflexão e análise acerca do processo de trabalho na Atenção Básica a nível local, objetivando alinhar e, ou reorganizar a realidade encontrada. Mais do que simplesmente entrevistar e coletar dados, vivenciamos essa realidade, direcionando um novo olhar para o cotidiano de trabalho não apenas dos entrevistados como também da pesquisadora, que com suas implicações pessoais e profissionais realizou uma profunda reflexão sobre a condição de trabalhadora da saúde, e como corresponsável pela produção do cuidado aos usuários.

Podemos dizer que a fase de entrevistas nos possibilitou conhecer mais profundamente cada território a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, onde confrontamos realidades distintas e ao mesmo tempo muito semelhantes, podendo assim captar a percepção dos entrevistados sobre as relações estabelecidas no processo de trabalho. Este momento da coleta de dados nos permitiu não somente realizar uma etapa da dissertação, como também produzir reflexões acerca do processo de trabalho como profissional do Serviço Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram apresentadas fidedignamente, cuja transcrição ocorreu gradativamente na medida em que coletávamos os dados, para que assim pudéssemos evitar exaustão ou perda das informações coletadas. O conteúdo foi sistematizado e analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo conforme Laurence Bardin, o qual organiza em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

A pré-análise consistiu na etapa de organização do material, uma fase de sistematização das ideias, levantamento das fontes e leitura dos teóricos para análise das entrevistas, onde tivemos o contato inicial com a coleta de dados. Podemos dizer que foi uma fase de delineamento da pesquisa, onde foram elaborados as hipóteses e os objetivos da pesquisa.

No que se referiu à exploração do material, esta etapa se destinou a escolha de codificações, enumerações e regras de classificação do material para construção dos dados, um momento de aplicar as teorias definidas na fase anterior. Esta fase foi muito relevante porque envolveu a sistematização e organização do material coletado. Na etapa referente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação ocorreu a reflexão, interpretação e análise dos dados, onde realizamos as análises, buscando maior compreensão do objeto de estudo, organizando-os de forma a produzir os resultados encontrados. Neste sentido, as categorias analíticas foram destacadas a partir dos resultados que emergiram durante o estudo,



como também através das representações das falas diante da realidade investigada, com seleção de falas que representavam cada categoria.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Durante toda a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada após o projeto ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará - UECE, que diante do Parecer Consubstanciado número: 3. 126.593 (Anexo A), a pesquisa de campo foi iniciada.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o pesquisado, que no ato da entrevista foi realizado a leitura pelo pesquisador, e após o consentimento foi devidamente assinado por todos os pesquisados de forma espontânea e voluntária. Todas as informações necessárias sobre a pesquisa estavam presentes no TCLE, garantindo aos participantes da pesquisa o esclarecimento de riscos mínimos de natureza não físico, relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais foram minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, anonimato, sigilo de suas identidades e das informações, garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos, bem como os benefícios da participação na pesquisa no sentido de contribuir para a construção dos processos de trabalho, ampliando as discussões nos territórios, e o fortalecimento das ações e a coordenação do cuidado em saúde no SUS.

Para a realização da coleta de dados nas instituições citadas como cenário de pesquisa, também foi necessário à autorização do responsável (Coordenador da Estratégia de Saúde da Família) por meio da assinatura no Termo de Anuência (Apêndice C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste caminho do conhecimento nos debruçamos sobre a análise da coleta de dados obtidos mediante entrevista com os profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família apoiadas pelo Nasf-AB Conjunto Esperança em Quixeramobim-Ce, assim como na realização das oficinas com os referidos participantes.

Conforme os dados obtidos na caracterização profissional, podemos perceber que a maioria das equipes é eminentemente feminina, possuindo apenas seis (06) profissionais do sexo masculino e quatorze (14) sexo feminino, cuja faixa etária dos participantes varia entre 24 e 63 anos. Quanto à experiência na ESF, existe uma variação de quatro meses a vinte e cinco anos, cuja maioria é superior a quatro (04) anos, e quatro (04) são inferiores há um ano, onde alguns profissionais são oriundos de outros níveis de atenção como atenção secundária e gestão. Em respeito à pós-graduação lato sensu treze (13) profissionais possuem especialização no campo da saúde (nove (09) são especialistas em Saúde da Família e dois (02) profissionais estão cursando mestrado na área da saúde), um (01) está cursando especialização e seis (06) não possuem especialização.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, sem interferir na duração da conversa, permitindo aos participantes manifestarem suas opiniões de acordo com o tempo de cada envolvido. Importante dizer que quatro (03) entrevistados não aceitaram gravar a entrevista, demonstrando assim recusa em contribuir com a pesquisa, não participando da coleta de dados, onde tivemos um total de 20 entrevistados.

Omitimos os nomes dos participantes das entrevistas como forma de preservar sua identidade. Para distinção das falas optamos por utilizar os termos de acordo com a categoria profissional e número da entrevista (M1, E1, D1,...). Cabe salientar que após consentimento e uso, as falas foram transcritas na íntegra. As entrevistas aconteceram com os trabalhadores da saúde no interior das UBS, no local que mais lhes foram adequados, isto é, nos seus consultórios. Em todos os casos, com exceção de um, o local escolhido para a realização da entrevista foi o interior de uma escola onde o integrante do estudo estava realizando uma atividade educativa. Após a realização das entrevistas com os 20 profissionais, a segunda e última etapa consistiu na realização da oficina para elaboração de um fluxo de atendimento dos usuários da equipe de referência para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, no total de 10 equipes apoiadas, sendo entregue uma carta convite aos participantes, sendo ainda ressaltado pela pesquisadora em um momento de educação permanente com todos os trabalhadores da atenção básica.

A segunda etapa que consistiu na realização da oficina de trabalho com os profissionais das Equipes de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica aconteceu no dia 18 de julho de 2019, onde dos 20 entrevistados no estudo, participaram apenas 06 trabalhadores, juntamente com 03 profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e a coordenadora do serviço, tendo a ausência de um profissional da equipe por este encontrar-se de férias. Também estiveram presentes na oficina 02 profissionais da outra equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica existente no município, no total de 13 participantes, incluindo a pesquisadora. O local da realização da oficina foi no espaço viabilizado pela própria pesquisadora no turno vespertino, um colégio da rede privada no centro da cidade para viabilizar o acesso aos participantes.

Quanto à oficina, esta ocorreu de maneira harmônica entre a pesquisadora e os trabalhadores participantes, sendo um momento de muita conversação e alinhamento das ações, onde houve a produção do fluxo de atendimento das Equipes de Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Todo este processo no decorrer da pesquisa foi conduzido com calma e naturalidade, valorizando as falas dos envolvidos, a história de cada entrevistado, os desabafos, as diversas realidades dos sujeitos implicados, compreendendo cada entrevista como única e relevante, bem como as falas desbravadoras exploradas durante a oficina, visando assim alcançar os objetivos propostos. Finalizamos a oficina com as apresentações dos grupos, expandindo a discussão para todos os presentes.

Após a leitura flutuante das entrevistas transcritas e a realização da oficina, as informações obtidas foram agrupadas em categorias: Processos de trabalho na Atenção Básica: um olhar vivo dos entrevistados/ O que existe de comum entre os discursos dos sujeitos: Planejamento/ Potencialidades e fragilidades no processo de trabalho entre Equipes de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/ Dialogando sobre fluxo de atendimento, onde apresentaremos a seguir as discussões dos participantes do estudo levando em consideração o fazer profissional, a realidade em que estão inseridos e a análise da literatura.

## 5.1 PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VIVO DOS ENTREVISTADOS

Nesta categoria foi percebido o entendimento dos profissionais acerca dos processos de trabalho na atenção básica sob a ótica das realidades vivenciadas nos espaços de

trabalho, algo que transcende as teorias fundamentadas e norteia a transformação da realidade no universo dos protagonistas.

Para Bosi (2000), o processo de trabalho se refere tanto à base técnica quanto à organização social do trabalho, pelo qual o homem através da sua dimensão técnica molda a natureza e transforma sua matéria prima em produto com valor de uso, mais precisamente, para satisfazer as necessidades humanas e também do mercado.

Quando discutimos o termo processos de trabalho, muitas vezes pode parecer apenas um conceito técnico debatido nos bancos da universidade e outros espaços de discussão acadêmica, no entanto, o debate pode ser muito mais amplo, quando confrontado com a nossa realidade profissional, mais precisamente quando nos referimos as nossas ações cotidianas no processo de organização do trabalho. O trabalho não é uma classe isolada, e a sua dimensão ativa no conjunto de atividades elaboradas e desenvolvidas por indivíduos na coletividade caracteriza o que denominamos de processos de trabalho.

Neste eixo, para M4, o processo de trabalho na Atenção Básica é *“toda a estratégia para promover à saúde, o acolhimento, a população ter acesso ao serviço, tanto por parte do profissional como dos recursos técnicos para ofertar uma melhor saúde a população”*.

Eu visualizo o processo de trabalho na Atenção Básica como o cuidado permanente com todas as questões de saúde, e que a prioridade é a prevenção. Então, Estratégia de Saúde da Família para mim é prevenção, apesar de que a gente ainda tem muito que fazer ao longo dos anos para que as pessoas entendam que o processo não é para ser curativo, para ter uma melhor qualidade de vida (E7).

Podemos dizer que o processo de trabalho na ótica dos entrevistados, em especial no campo da saúde acontece no contato entre os trabalhadores e os usuários, uma vez que os trabalhadores ao utilizarem seus saberes produzem no encontro com os usuários à ação desejada. Neste cenário, é possível a construção dos vínculos na medida em que as relações se estabelecem e o cuidado é realizado. Sendo importante frisar que o cuidado é contínuo e requer ação conjunta dos diversos atores que atuam na realização do cuidado em saúde.

Segundo o entrevistado E3, o processo de trabalho envolve a prestação de serviço ao usuário, envolvendo também a multidisciplinaridade, sendo o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família de suma importância, sendo substancial o apoio, o que de certa forma torna o processo de trabalho “mais fácil”.

Conjunto de ações que envolvem desde as atribuições, funções dos profissionais voltados para as ações da Atenção Básica de planejamento, prevenção, promoção, intervenção, assistência, tanto voltado para a qualidade de vida, de assistência do usuário como do trabalhador (E5).

Uma vez que o trabalho é um ato de acionar consciente, põe e supõe o conhecimento concreto de finalidades e meios. Todo trabalho implica um certo saber sobre os homens em suas relações sociais e pessoais, como condições de induzir o sujeito a efetuar os propósitos desejados. Saber este que assume as formas de costumes, hábitos, tradições desdobrando-se em procedimentos racionalizados (Lukács, 1978). O trabalho é, portanto, inseparável do conhecimento, de ideais e concepções de mundo, isto é, de formas de pensar a vida real. O ser que trabalha constrói para si, através de sua atividade, modos de agir e de pensar, ou seja, uma maneira especificamente humana de se relacionar com as circunstâncias objetivamente existentes, delas se apropriando tendo em vista a consecução de fins propostos pelo sujeito na criação de objetos capazes de desempenhar funções sociais, fazendo nascer valores de uso (IAMAMOTO, 2008 p. 42).

De acordo com Piancastelli (2000) o processo de trabalho também está vinculado ao trabalho em equipe e as transformações ocorridas ao longo do tempo, enfatizando que o trabalho em equipe surge a partir da necessidade do homem de alcançar seus objetivos, o qual sozinho seria mais complexo ou, teria maior dificuldade. Assim como a mudança no modelo de produção impôs ao homem se aproximar de novos conhecimentos e saberes diferenciados.

Para a pesquisadora, o processo de trabalho na Atenção Básica deve manter uma relação harmoniosa entre trabalhadores, usuários e gestão, onde muitas vezes estas relações são permeadas por relações de poder, o que dificulta muitas vezes a intervenção profissional e o processo decisório nos espaços de trabalho. Relações estas que circulam no interior da sociedade capitalista e acaba por condicionar muitas vezes o indivíduo à doença, sem levar em consideração a sua realidade e as implicações pessoais e sociais.

Se torna difícil porque ainda existe uma sobrecarga muito grande de todos os profissionais, de médico, enfermeiro, dentista e de toda a equipe do NASF. Então, é uma equipe que precisa dar suporte a várias unidades, que depende muito de programação, de calendário, e a gente acaba também ficando muito sufocado e preso dentro das demandas de atendimento, onde têm reclamações diárias que ainda é pouco, que ainda é pouco, então para a comunidade a equipe não estar dentro dos consultórios atendendo diretamente ao público isso ainda é um problema. Ainda falta entendimento que se a gente estiver em outras ações, como por exemplo, em uma consulta compartilhada com os outros profissionais, isso é um trabalho mais efetivo do que uma consulta medicamentosa (E7).

Para Ayala (2007), os gestores constituem-se a classe capitalista que tem dominado a classe trabalhadora. Conforme o autor, a alienação e o controle dos processos de trabalho ocorrem mediante atuação dos gestores. Na visão de Antunes (2008), na lógica do trabalho na sociedade capitalista ocorre a “desrealização do ser social”, onde muitas vezes o produto do processo de trabalho do profissional parece se tornar indiferente ao trabalhador,

submetendo-o “a condição de coisa”. Podemos dizer que, o resultado efetivo do processo de trabalho se não qualificado, poderá se constituir em uma robotização da técnica.

Convém acrescentar que no cenário das EqSF deve-se observar os saberes construídos, as práticas cotidianas e o trabalho interdisciplinar, sempre valorizando o conhecimento do núcleo de cada profissional para organização do processo de trabalho. Levando em consideração que o território é dinâmico e requer muitas vezes reconfiguração dos processos de trabalho para atender as necessidades da população assistida. “No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente.” (PAIM, 2006 p. 767).

Segundo Araújo (2007), no movimento de reconstrução de novas práticas no cenário da Estratégia de Saúde da Família é importante o envolvimento dos trabalhadores nas atividades que circunda o trabalho em equipe, não apenas no nível de aquisição de novos conhecimentos, mas na mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública. Uma vez que o trabalho em equipe faz parte do trabalho coletivo, e devem ser complementados na relação trabalho e interação.

Importante registrar que há um certo imaginário criado entre os usuários que os faz reconhecer, no modelo médico produtor de procedimentos, a possibilidade do atendimento das suas necessidades de atenção à saúde. Um imaginário que foi construído ao longo do tempo, quicá transmitido pelo próprio serviço de saúde, centrado no saber fazer do médico e na super valorização dos recursos de tecnologias duras e leve-duras na solução de problemas em detrimento de uma assistência mais relacional, que reconhecesse no usuário, potencialmente, um sujeito da sua própria condição de saúde (FRANCO, 2003, p. 113).

Para o entrevistado M2 o processo de trabalho na Atenção Básica se constitui como: *“todo o conjunto de ações, demandas, planejamento do cuidado e execução das ações planejadas baseado na demanda, levando em consideração a interação entre os vários núcleos que compõem a rede primária”*.

Conforme Araújo (2007), o objetivo do trabalho em equipe consiste na compreensão e atuação dos trabalhadores no processo saúde-doença e seus fatores, sendo que a interdisciplinaridade possibilita a reconstrução das práticas profissionais interventivas mediante realidade em que estão inseridos.

É o modo como desenvolvemos atividades profissionais, é como realizamos o nosso trabalho proporcionando aos usuários o primeiro contato com o sistema de saúde, sendo assim, o processo de trabalho na Atenção Básica é o responsável pela ordenação do cuidado dos indivíduos e da comunidade (E9).

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário (MERHY, 2003, p. 4).

Deste modo, na visão dos trabalhadores entrevistados o envolvimento dos profissionais e a relação profissional X usuário também é apontado por E6 como primordiais para a organização do processo de trabalho como forma de traçar um plano de cuidado, desenvolver a autonomia dos usuários e a corresponsabilidade.

Deste modo, o planejamento deve ser fortalecido como ferramenta para potencializar as ações das equipes e da própria comunidade diante das demandas apresentadas pela população assistida. Na fala dos participantes estes espaços devem ser assegurados, pois são necessários para a reflexão, discussão e avaliação das ações, assim como de indicadores e metas a serem alcançadas, norteando uma construção coletiva dos processos de trabalho.

Toda a organização do serviço, você conhecer a população, entender a sua demanda, e estabelecer seus atendimentos de acordo com o que essa demanda pede, trabalhar os programas da atenção básica, destinar os dias para atendimento, ter o acompanhamento desses programas, conhecer os nossos pacientes. Processo de trabalho envolve não só o nosso serviço, mas envolve toda a equipe, toda a população, porque a gente não consegue trabalhar só a atenção integral a saúde, a gente precisa da população, a gente precisa da ajuda do familiar para entender em que ambiente essa população vive, para saber onde a gente tem que agir. E depende da equipe multiprofissional para estarmos trabalhando juntos realmente para o bem-estar de nosso paciente e para o melhor atendimento do nosso serviço (E6).

O trabalho do Nasf é orientado pelas diretrizes da Atenção Básica, onde o referencial teórico-metodológico do apoio matricial norteia a atuação profissional, isto é, a organização do processo de trabalho em saúde no âmbito da AB ocorre a partir da integração das equipes de Saúde da Família com as equipes apoiadoras, especificamente, núcleos e saberes distintos dos profissionais das equipes de referência, mas que se complementam no agir profissional na perspectiva da integralidade, visando a produção de um cuidado continuado e longitudinal a população (BRASIL, 2014).

Sendo assim, enquanto pesquisadora compreendemos que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica constitui-se em retaguarda especializada para as equipes

de Saúde da Família, atuando nos lócus da própria Atenção Básica, caracterizando-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde e traz consigo novas estratégias do processo de trabalho dos profissionais.

A gente só consegue efetivar nosso processo de trabalho com o apoio de todos os profissionais, não adianta uma equipe que tenha só médico, enfermeiro e dentista. A gente precisa de todos, porque na verdade a gente encontra mais pessoas que estão precisando das outras áreas do que diretamente de um atendimento médico. Então, é uma interação, é uma equipe (E7).

Importante dizer que no trabalho em saúde, a finalidade do trabalho se caracteriza pela produção do cuidado ao usuário, ressaltando que o profissional/ trabalhador da saúde não realiza seu trabalho individualmente, mas sim com o coletivo, isto no desenvolvimento de habilidades e compensação de saberes e conhecimentos, o que independe da formação profissional. As tecnologias leves permeiam o universo dos trabalhadores que são portadores de tecnologias em saúde (MERHY; FRANCO, 2008).

Alguns profissionais expressaram no estudo o processo de trabalho como as ações voltadas para os grupos prioritários, atenção domiciliar, e as ações de prevenção e tratamento. O entrevistado D1 considera processo de trabalho como: *“É a interação entre os profissionais, a maneira como lidam com público, a organização dentro do posto, da atenção básica (profissional com profissional, e profissional com paciente), como o sistema funciona”*.

Neste contexto, o entrevistado D2 aborda o processo de trabalho relacionando com o início da atuação do dentista na atenção básica, ressaltando que os dentistas precisaram se inserir nas Equipes de Saúde da Família, dentro das atividades nas Unidades Básicas de Saúde, caracterizando assim que o processo de trabalho precisa ter interatividade, ou seja, trabalhar em conjunto, em equipe. Acrescenta ainda:

Um processo em que todo mundo caminhe de mãos dadas, e que um ajude o outro, um saiba o que o outro está fazendo, nada de forma individualizada, e isso foi um pouco difícil porque o dentista entrou depois, eu tenho 25 anos e sete meses, mas quando eu entrei como profissional de saúde não existia dentista na Estratégia de Saúde da Família, ele veio existir aqui em Quixeramobim há mais ou menos 16 anos, e quando nós entramos a enfermeira já estava então nós tivemos que nos incluir, nos incluir dentro das avaliações com o agente de saúde, nos incluir dentro da unidade pra mostrar que realmente o dentista era importante, a saúde bucal era importante, que tinha que ter pré - natal odontológico, então é um processo que exige uma parceria, uma parceria, com os profissionais, um bom trabalho com a equipe de Saúde Bucal, que tem o auxiliar, o técnico em saúde bucal, a coordenação de saúde bucal, e um bom trabalho com os pacientes para eles entenderem que o dentista não é só curativo, ele também é preventivo (D2).



A partir das falas dos profissionais, podemos compreender que as relações estabelecidas no processo de trabalho da Atenção Básica perpassam a relação profissional/usuário, abrange uma reorganização do trabalho no sentido de envolver os trabalhadores como também a gestão na divisão de responsabilidades com o “fazer saúde” na Atenção Básica, o que requer ainda planejamento e comunicação entre os profissionais, interatividade, articulação e integração da equipe na execução das atividades.

Para Franco (2003) a ideia de trabalho solidário entre os profissionais de saúde vem se enfraquecendo ao longo dos tempos, cuja interação e trabalho em equipe muitas vezes é fragilizado em decorrência das condutas burocráticas. Os saberes fragmentados de cada profissional acabam por tornar o trabalho partilhado e individualizado, organizando e automaticamente controlando a atividade laboral a partir de suas teorias e concepções. “Segue, portanto, a lógica taylorista de organização do trabalho, com certas diferenças na medida em que os tempos são controlados, às vezes, pelos próprios trabalhadores da saúde, dado o seu razoável grau de liberdade e controle da própria produção” (FRANCO, 2003 p. 111).

Na ótica de Araújo (2007), no ato de produção em saúde, o conceito de equipe estará sempre relacionado com uma situação de trabalho mediante utilização de bens e serviços para atender as carências dos indivíduos. Sendo que no cotidiano da Saúde da Família, a comunicação eficaz entre os profissionais deve ser primordial na articulação e operacionalização das intervenções, estando estas relacionadas com o trabalho em equipe. Na equipe multiprofissional, essa articulação redimensiona os diversos processos de trabalhos, mantendo as conexões entre as profissões, e favorecendo as singularidades de cada núcleo profissional.

Outro aspecto-chave no processo de trabalho dos profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do Nasf e equipe de SF e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Nessa relação entre gestor, equipe de SF e equipe do Nasf, deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Essa é uma tarefa importante dos gestores (BRASIL, 2009, p. 13).

Desta forma podemos perceber que os entrevistados compreendem o processo de trabalho, ressaltam o apoio e parceria entre equipes de saúde da família e equipe apoiadora, mas também vislumbram a necessidade de uma maior articulação entre gestão, profissionais e usuários, onde todos devem estar inseridos no processo de trabalho baseado nas necessidades

e determinantes de saúde nos territórios. “O trabalho em saúde constitui-se em ação complexa, envolvendo articulação de diferentes processos, no qual cada profissional com sua ação parcelar possui objeto próprio, saberes e instrumentos específicos” (Merhy, 2003, p. 62).

Para a pesquisadora, os processos de trabalho não devem ter como primordial os procedimentos técnicos, mas sim as práticas de cuidado estabelecido pela atenção básica, levando em consideração as particularidades do sujeito, a escuta qualificada e a responsabilização, um plano de cuidado que vai além de consultas e exames especializados, visando assim um processo de mudanças.

## 5.2 O QUE EXISTE DE COMUM ENTRE OS DISCURSOS DOS SUJEITOS: PLANEJAMENTO

Na visão da pesquisadora, as práticas avaliativas são uma ferramenta de monitoramento do processo de trabalho, o qual contribui para uma reflexão e análise das atividades desenvolvidas no cenário de atuação. Desta forma, o planejamento também se caracteriza como um mecanismo de avaliação, uma estratégia que faz parte do cotidiano dos trabalhadores na saúde, sendo que muitas vezes se operacionaliza nas reuniões como espaços de diálogo sobre os efeitos e resultados das ações executadas. O planejamento do processo de trabalho entre Equipe de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica deve acontecer com foco nas demandas apresentadas, podendo ser alterado mediante a mudança de realidades e necessidades dos envolvidos, e requer habilidades atitudinais e de comunicação.

Para Paim (2014) na América Latina a denominação de planejamento em saúde esteve relacionada com a abordagem econômica, onde foi visualizado que as necessidades cresciam em grande proporção e que os recursos disponíveis não estavam em consonância com este crescimento, necessitando assim de uma estratégia racional que reduzisse esta disparidade. O autor complementa que no campo da saúde os problemas se referem ao estado de saúde, considerados problemas terminais e aos serviços de saúde, definidos como problemas intermediários, onde o planejamento deve ser baseado nas necessidades humanas sejam dos indivíduos e das populações, procurando identificar problemas e oportunidades para orientar a ação.

Na integração entre as equipes de AB e o Nasf é essencial o diálogo interdisciplinar e as práticas colaborativas, sempre desenvolvendo um comportamento de comunicação entre os envolvidos, atitudes estas que vai além da lógica do “encaminhamento

do usuário”, pautado no modelo tradicional de compreender saúde. Podemos falar que tais atitudes precisam ser desenvolvidas por todos os profissionais que compõem o Nasf e as equipes de AB, o que implica trabalho colaborativo, divisão de responsabilidades e gestão compartilhada (BRASIL, 2014).

Desta forma, convém enfatizar enquanto pesquisadora que o trabalho integrado entre os diferentes núcleos profissionais permite o diálogo entre os sujeitos e amplia a capacidade de cuidado na atenção básica. Há que se levarem em consideração uma assistência focada no território e nas demandas apresentadas pelos usuários, ampliando o olhar para além das técnicas e procedimentos, cujo processo de trabalho das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Saúde da Família devem ser orientado pela ação planejada e, ou reformulação das práticas na adoção de novas formas de fazer.

Conforme Campos (2014) acredita que a instituição da autonomia depende do próprio indivíduo, como também da coletividade, sendo esta construção importante para usuários e profissionais, pois favorece a reorganização da clínica e da saúde coletiva, implicando nos padrões de atenção e gestão. Por isso é significativa a comunicação e o desenvolvimento de saberes e capacidades destinados a este indivíduo, uma vez que ele é corresponsável pelo seu processo de saúde/doença. Por outro lado, o autor enfatiza que a constituição da autonomia também depende de questões externas ao indivíduo, que vai desde o aspecto cultural até o conhecimento e uso das legislações, questões econômicas, políticas e sociais.

Os achados da pesquisa apontam que o processo de trabalho entre Equipe de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica é visualizado por uma grande parte dos profissionais como uma parceria, em especial nas atividades coletivas. De acordo com E2, *“a articulação com o Nasf ela existe, nós realmente temos um apoio (...) profissionais do NASF prontamente nos atende (...) se a gente procurar o NASF a gente tem esse apoio prontamente”*. Para o entrevistado M2 *“Sempre é bom essa parceria, tanto as UBS acionado o NASF de acordo com as suas necessidades, mas também é interessante o NASF buscar a atenção básica para suprir carências e necessidades que aconteçam nas unidades”*.

Segundo Araújo (2007) no trabalho em equipe deve ocorrer à divisão de tarefas e interação entre os profissionais das equipes de Saúde da Família para que o trabalho mantenha uma visão global e coletiva visando alcançar os objetivos definidos. Caso contrário, o trabalho será individual, centrado apenas no aspecto biológico do indivíduo, constituindo-se assim em uma prática fragmentada, sem valorização social dos outros segmentos. O trabalho em equipe é

uma maneira prática e objetiva de organizar e estruturar as ações, mediante as intervenções e habilidades humanas.

O planejamento é um processo dinâmico que ocorre nos cenários de prática, e que muitas vezes se faz necessário à atuação da rede para propor pactos, sendo importante a participação dos sujeitos, trabalhadores e gestores. Para Paim (2014), o planejamento não é senso comum, muito pelo contrário implica ação antecipada dos fatos, e como tal, o planejamento pode ser considerado também como uma ferramenta da administração, na medida em que possibilita aos trabalhadores do serviço realizar o trabalho em prol dos objetivos. Quanto aos gestores, estes através do planejamento poderão acompanhar e monitorar as atividades programadas, podendo assim ser uma prática socializada, onde os trabalhadores poderão compreender o significado do seu trabalho, conseqüentemente reduzir o nível de alienação.

No processo de implementação do Nasf se faz necessário no primeiro momento o diálogo e o planejamento entre a equipe Nasf, equipe de referência e gestão, com encontros periódicos para definir objetivos, prioridades, avaliação dos trabalhos, discussões de casos, com a função fundamentada no apoio matricial, na produção do cuidado e gestão de saúde (BRASIL, 2009).

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e Inter setorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos Nasf, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2009, p. 7).

Para Paim (2014), o planejamento possibilita mobilizar vontades, na medida em que o reconhecimento dos problemas e os meios de ultrapassá-los até a consciência sanitária dos envolvidos, conseqüentemente ampliam os horizontes de discussão possibilitando a mobilização política acerca das questões envolvendo saúde. Para o autor, o planejamento é uma orientação do que vai ser realizado (quando, onde, como, com quem e para quê), sendo uma conexão com a política de saúde, onde os cidadãos podem acompanhar o que foi planejado pelo governo e de certo modo exigir pela aplicabilidade do que foi proposto pelos órgãos competentes.

Conforme a pesquisadora, no âmbito das ações na atenção básica tem que considerar o planejamento como primordial na organização dos processos de trabalho, não podemos pensar em apoio matricial oferecido pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sem o planejamento das ações. As atividades de reuniões em equipe, discussões de casos e consultas compartilhadas são exemplo de cogestão dos processos de trabalho, onde em conjunto os profissionais compartilham saberes e desafios relacionados à coordenação do cuidado.

Dito isso, a gestão do trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos possibilita a organização dos processos de trabalho na perspectiva da corresponsabilização e compartilhamento de diversos saberes, propondo materializar o apoio matricial e a efetivação do cuidado. Não podemos esquecer-nos dos recursos existentes na constituição do processo de trabalho do NASF-AB, sendo importante citar o Apoio Matricial; a Clínica Ampliada; o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território.

Há um consenso entre os entrevistados que o planejamento deverá ocorrer integralmente, permeando as ações entre Equipe de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, sendo considerado para muitos como um instrumento de trabalho capaz de visualizar, discutir e analisar as necessidades de saúde nos territórios objetivando práticas que direcionem uma atenção integral a saúde. A reflexão que se remete aqui é a respeito da importância do planejamento para se construir um processo de trabalho organizado e eficaz, tendo em vista que se refere à prática profissional no dia-a-dia na realização de ações e serviços no âmbito da atenção básica.

De acordo com Matus (1993), no cenário da implantação do NASF, o planejamento é considerado um objeto complexo, pois considera a visão de diferentes atores que podem alterar os resultados do processo. Considera ainda que o planejamento “trabalhará com a incerteza e a necessidade da gestão, monitoramento e avaliação permanentes”. Para Franco & Magalhães Jr. (2003), a organização dos processos de trabalho é a principal questão que se deve enfrentar para a mudança dos serviços de saúde, para que eles operem centrando-se no usuário e nas necessidades destes.

Na visão da pesquisadora, deve-se pensar o planejamento como uma forma de organizar o processo de trabalho a partir de uma determinada realidade, onde os profissionais precisam “estar abertos” para as diversas situações que se apresenta, visando atingir os objetivos propostos mediante tomada de decisões. Aqui relatamos ainda que o planejamento consiste em um processo contínuo de reflexão dos territórios, onde cada território tem suas

singularidades, cujo planejamento consiste em uma forma de explicá-las nas suas mais diversas realidades, considerando os sujeitos envolvidos e os determinantes sociais.

Na visão de Paim (2014) o contrário do que se pensa o senso comum, o planejamento não é apenas teoria, e está relacionado com o compromisso da ação. “É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos, e das circunstâncias, independente da sua vontade” (PAIM, 2014, p. 770).

Segundo E2, o planejamento entre Equipe de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica ainda não ocorre como deveria, ou seja, porque não existe um planejamento compartilhado pensando nas necessidades do território, o que ocorre são ações pontuais com temáticas relacionados há meses específicos, em especial determinados pelo Ministério da Saúde e não nas demandas do território.

Um fator considerado importante pelo profissional E5: *“Todo processo de trabalho é para ser construído junto com o planejamento, então não se existe processo de trabalho sem construção, sem planejar. E infelizmente hoje acontece de forma paralela, ela não acontece de forma hoje integrada”*.

Nesta queixa, os profissionais se referem que o planejamento precisa ser aprimorado entre Equipe de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, e que muitas vezes o trabalho repetitivo baseado em metas e indicadores a serem alcançados acaba por tornar as ações fragmentadas, cujas respostas correspondem a padrões de produção vinculados a tecnologias duras e não nas expressões demandadas pela população, o que requer uma profunda análise sobre a relação profissional e trabalho no contexto da atenção básica. Percebe-se ainda uma necessidade de maior participação conjunta entre equipe de referência e equipe apoiadora nos processos de cogestão e construção de ações coletivas.

De acordo com Junges (2013), as necessidades dos sujeitos são determinadas pela sua conjuntura e ocorrem individualmente, no entanto, é no coletivo que as ações são pensadas e organizadas, porque as práticas precisam estar sincronizadas com a responsabilidade sanitária e seus determinantes. A partir das demandas nos serviços, é que se suscitam os processos de trabalho visando atender uma situação apresentada, o que requer um modelo de atenção capaz de responder estas necessidades. “Essa lógica de trabalho exige nova subjetividade profissional que emerge de um modelo de formação e educação da saúde pautada em competências como a participação democrática e a cogestão” (JUNGES, 2013, p. 208).

Segundo Franco (2009) o SUS foi uma construção relevante na área da saúde, materializando para a população a assistência à saúde como um direito do cidadão, cujas práticas foram se modificando, estabelecendo a corresponsabilidade e o cuidado multiprofissional entre trabalhador e usuário. Para E2, *“O processo de trabalho entre saúde da família e NASF, eu acho que ainda está um pouco a desejar, ainda precisa ser trabalhado esse processo, para que a gente realmente possa atuar juntos na forma como deve ser e não apenas em ações pontuais”*.

Em relação às dificuldades apontadas no processo de trabalho relacionado ao planejamento, o entrevistado D2 ressalta a experiência com a Residência Integrada de Saúde – RIS da Escola de Saúde Pública – ESP Ceará no seu território, especificamente na sua Unidade Básica de Saúde – UBS, abordando que as atividades eram planejadas e programadas em conjunto até pelo fato dos profissionais estarem todos os dias na UBS, diferente do NASF que tem uma quantidade maior de equipes para acompanhar. Para D2 *“é fundamental esse trabalho de parceria, mas o que eu percebo é um acúmulo de tarefas que infelizmente não nos deixa ter aqueles profissionais mais perto da gente, e nessa experiência eu vivi com os residentes para mim foi muito positiva”*.

Organizar o próprio trabalho também é fundamental, e envolve planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir do rol de demandas que se apresentam. É fundamental, para isso, que cada profissional do Nasf tenha a sua agenda de trabalho, e que essa agenda seja conhecida e pactuada com os demais membros do Nasf, além dos gestores e dos profissionais das UBS. Um cuidado importante, entretanto, é evitar que isso se torne um processo burocrático ou restritivo (BRASIL, 2014, p. 22).

É importante salientar que alguns profissionais têm consciência que não realizam planejamento, mas trabalham em conjunto para resolver as demandas do território. Além disso, houve relatos entre os entrevistados de que não fazem reuniões de planejamento com a EqNASF-ab, mas sempre que acionam, solicitam o apoio são atendidos. Conforme Franco (2009), a forma de atuação de cada trabalhador, melhor dizendo o fazer profissional no seu espaço de trabalho vai impulsionar a micropolítica do trabalho em saúde, e assim definir os serviços de saúde para produção do cuidado. Esses micros processos se produzem em um fluxo molecular permanente e contínuo que atravessa o conjunto de atividades humanas, e dentre elas, as relacionadas a saúde” (FRANCO, 2009, p. 99).

Um ponto também que merece ser abordado está relacionado com a atuação da enfermeira como também coordenadora da UBS, tanto das atividades com os ACS, das demais situações que acontecem no posto de saúde, assim como no planejamento das

atividades da equipe, cuja articulação inclusive com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica fica destinada na grande maioria das vezes ao profissional de enfermagem.

Uma realidade que se verificou no cotidiano das equipes entrevistadas, quando se é notório a atuação do profissional de enfermagem como liderança na articulação das ações com a equipe de apoio matricial, uma “deliberação natural” de transferência de responsabilidade para apenas uma categoria, uma vez que todos os membros que compõem a equipe podem ser protagonistas e líderes neste contato e cuidado com o indivíduo e o território de maneira geral. Esta conduta na nossa análise precisa ser revisitada pela gestão, uma vez que se faz necessário uma ação comunicativa entre todos os trabalhadores membros da equipe de saúde da família do seu território de atuação.

Convém aqui expressar uma realidade muito frequente no cenário local, mas na nossa compressão precisa ser reorientada, uma vez que acaba por delinear outras funções a uma determinada categoria profissional, sobrecarregando-a, não apenas no âmbito burocrático, mas também nas ações que envolvem o território, cuja responsabilidade deveria ser de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, havendo assim a necessidade do alinhamento das informações por parte de todos os membros da equipe, bem como o compartilhamento de ações e responsabilidades nas atividades que envolvem as competências do trabalho em equipe.

É neste cenário de prática que observamos a necessidade da reflexão sobre os processos de trabalho entre as equipes, visando o diálogo, o planejamento e a pactos acerca do funcionamento do NASF-AB e da elaboração do fluxo de atendimento ao usuário. “O apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a proatividade dos profissionais do Nasf para atuar na lógica do apoio matricial são essenciais para a consolidação do Nasf e de seu modo de operar na Atenção Básica” (BRASIL, 2014, p. 40).

A organização dos processos de trabalho entre Equipe de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica deverá acontecer inicialmente pela ação do planejamento, sejam na elaboração das agendas, discussões de caso, reuniões mensais entre os envolvidos, agendamento de atividades coletivas e, ou compartilhadas, bem como nos atendimentos individuais. Nos discursos dos profissionais entrevistados, percebemos que o planejamento em equipe é importante e necessário, o qual se caracteriza como um objeto de trabalho profissional capaz de redimensionar as políticas sociais, e assim possibilitar aos usuários o acesso ao serviço de saúde de forma mais sistemática e organizada.



### 5.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO ENTRE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Conforme Brasil (2014), a implantação dos Nasfs nos municípios do Brasil tem como objetivo principal aumentar a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica através da ampliação do acesso, suporte ao cuidado e à intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde da população em territórios diversos. Cabe destacar que todo este processo implica um fazer profissional baseado na oferta dos serviços à população, construção de pactos sobre os modos de trabalho e nas relações estabelecidas nos espaços privativos e cotidianos de cada cidadão como nos espaços coletivos de atuação.

Na visão dos profissionais, estes consideram como fatores que facilitam o processo de trabalho: a comunicação contínua, o entendimento e a boa integração com a equipe, o acesso e apoio matricial, isto é, quando o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica é acionado pela equipe de referência são prontamente atendidos, isto de acordo com as necessidades das Unidades Básicas de Saúde e seus variados territórios. Para E6 “*o NASF é muito atuante, às vezes eles cobram até demais, a gente que não dá o valor que eles realmente têm*”.

Para a pesquisadora, todo processo de trabalho tem uma finalidade prática, e por ser o trabalho em saúde um trabalho vivo, a finalidade prática dos processos de trabalho é a produção coletiva entre trabalhadores e usuários, um agir profissional direcionado para a produção do cuidado nos cenários de prática. Importante frisar que quando o trabalhador não consegue exercer uma autonomia sobre sua atividade, o trabalho vivo torna-se um trabalho morto.

Eu considero assim o NASF como um apoio muito bom para gente, sempre estar aberto naquilo que a gente precisa, vocês sempre estão disponíveis. Só acertar mesmo a agenda porque vocês não têm só a gente, tem também outras unidades, mas eu vejo assim como um ponto forte é realmente esse apoio, e a gente poder contar com vocês naquilo que a gente precisa (E8).

Neste contexto do estudo, percebe-se uma necessidade de adequar as agendas entre equipe de saúde da família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica com a finalidade de atingir os objetivos de atenção e cuidado a saúde da população, onde muitas vezes as metas de produção estabelecidas hierarquicamente pelos órgãos competentes acabam por se tornar um impedimento para a realização de atividades compartilhadas com a

equipe apoiadora, tendo como foco a realidade local, e não simplesmente as legislações decretos ministeriais. No discurso do profissional D5 o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica é compreendido como verdadeiramente um apoio no seu território, uma vez que ressalta na sua fala: *“O NASF vem aqui no nosso posto para orientar quando a gente precisa do apoio deles, a questão de psicólogo, profissionais que não estão na atenção básica mesmo”*.

Eu acho de extrema importância, até porque como a gente fica muito trancado no dia a dia aqui no consultório, pelo menos no meu caso, a gente fica muito vinculada a sentar na cadeira e atender, muitas vezes a gente esquece esse outro lado que é justamente reunir a comunidade e fazer esses grupos que eu sei que o SUS orienta, não só para gestantes, mas como vários grupos que ao longo do tempo a gente infelizmente, a equipe pelo dia a dia, pela correria, a gente vai esquecendo esse apoio que a gente tem e que muitas vezes a gente não usa. Então quando vocês lembram a gente ou então vem aqui “cutucar”, olha está precisando fazer grupos, é de extrema importância, e a gente só percebe realmente, já está com um tempinho que eu não faço, e quando eu participo, eu realmente percebo a importância. Porque às vezes é diferente eu falar com uma gestante aqui e estar o grupo reunido e você passar informação para todas, e elas poderem conversar. Eu acho de extrema importância esse vínculo do NASF com a equipe (D5).

Segundo Silva (2013), na Estratégia Saúde da Família, o processo de trabalho deve ser orientado segundo as legislações específicas, onde enfatiza a nova PNAB, mas também deve seguir a lógica das ações multidisciplinares, os quais devem ser planejadas com base nas demandas e necessidades dos territórios, levando em consideração as especificidades locais, sendo essencial a realização prévia de um diagnóstico de saúde para definir as vulnerabilidades, possibilitando ainda a construção de vínculos entre profissionais e população, o que significativamente contribui para a efetividade das ações nos cenários de prática. *“Além disso, suas ações deveriam se caracterizar pela intersetorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular, visando a uma melhoria gradativa nas condições de vida da população”* (SILVA, 2013, p, 222).

A gente tem uma interação muito boa, a gente tem grupos mensais, e diante das necessidades eu sempre entro em contato com os profissionais do NASF, AS, Psicóloga, Fisioterapeuta, são os que eu mais utilizo de uma forma geral, entro em contato diante de uma necessidade de um atendimento residencial ou até mesmo aqui na unidade, de alguma educação em saúde, ações do PSE, eles me dão um apoio bem significativo. Eu nunca tive problemas em trabalhar com o NASF (E3).

Conforme visualizamos na fala acima, o profissional E3 expressou uma potencialidade presenciada no seu espaço de trabalho quando solicita apoio matricial. Na lógica do apoio matricial existem uma equipe de referência e um apoiador matricial, onde juntos trocam experiências, compartilham saberes e realizam integradamente as tomadas de

decisões. Nesta conjuntura, a equipe de referência é responsável por conduzir o caso, visualizando as possíveis intervenções, enquanto a equipe responsável pelo apoio matricial contribui agregando novos saberes para no coletivo realizarem uma intervenção diante de uma determinada situação de saúde. Neste aspecto, o apoio matricial pode ser visto como uma importante metodologia de trabalho da rede de saúde, pois estabelece relações não somente entre os profissionais envolvidos como também com os usuários (IGLESIAS, 2014).

Para alguns profissionais entrevistados, existe uma parceria entre Equipe de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, uma vez que existe uma boa comunicação e integração, ressaltando ainda o NASF residente existente no município. De acordo com E4 *“Eles sempre muito parceiros, muito colaboradores, sempre que preciso eles estavam dando todo o suporte necessário aqui na área, então foi assim de muita, grande valia, foi um trabalho muito bom, essa parceria muito boa do NASF com a equipe”*.

Na abordagem de M4, o entrevistado considera a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica importantíssima, em especial no que se refere às atividades educativas de cunho coletivo que vai além das dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógico.

De acordo com Falkenberg, (2014) existem duas modalidades de educação no trabalho em saúde, os quais são: educação continuada e educação permanente. No que se refere à educação continuada, este modelo de ensino envolve atividades após a graduação com tempo determinado. No panorama da educação permanente existe o direcionamento das ações educativas com base nas demandas e realidades do processo de trabalho, visando assim à reflexão e reorganização do processo de trabalho mediante mudança das práticas profissionais.

Um elemento que também foi apresentado como um aspecto positivo está relacionado com o acesso das Equipes de Saúde da Família com o apoio matricial através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, segundo relatos de M5, *“Quando a gente vê que o paciente precisa do serviço, a gente faz o encaminhamento para o NASF, e tem a comunicação entre a coordenadora da equipe, no caso a enfermeira com alguém do NASF que precisa. O pessoal do NASF vem até o posto ou vai até o domicílio para realizar o trabalho que tem que ser feito”*.

Para Taddeo (2012), entre os elementos que favorecem a organização dos processos de trabalho no sistema de saúde encontra-se o acesso, e a partir dele os cuidados posteriores que viabilizam o tratamento adequado e a continuidade do cuidado, na perspectiva

de garantir a resolutividade e a qualidade deste acesso. Por outro lado, Tesser (2018) vem levantar uma questão em relação ao resultado de pesquisas brasileiras publicadas sobre o acesso/acolhimento, onde na análise ficou em evidência que o acesso foi ampliado nas ESF no Brasil, porém ainda é considerado insuficiente. Autor ressalta ainda que a priorização de determinados grupos (gestantes, hipertensos, etc) é um problema real e dificulta o acesso, cuja lógica da atenção primária é privilegiar as práticas preventivas, desburocratizando e garantindo o acesso a toda população.

Neste contexto do estudo, a pesquisadora ressalta que a assistência aos usuários deve ser compartilhada entre os próprios sujeitos e os trabalhadores, os quais devem se responsabilizar pelas condutas, sempre fortalecendo a produção do cuidado e a autonomia dos usuários. Essa autonomia perpassa não somente as decisões individuais sobre o seu processo de saúde, mas também poderá contribuir para as discussões nos espaços de organização da sociedade civil.

No conceito de Oliveira (2013) o homem como um ser social não consegue viver sozinho e precisa relacionar-se com outras pessoas para estabelecer um convívio em sociedade, assim sendo, o ambiente em que os sujeitos estão inseridos podem influenciar diretamente no seu estilo de vida, conseqüentemente na sua condição de saúde. Esta abordagem deve ser percebida e explorada pelas equipes de trabalho nos mais variados segmentos e espaços de atuação.

Conforme Campos e Amaral (2007) é relevante a participação ativa das equipes multiprofissionais nos processos de trabalho, o que amplia o acesso, propõe um delineamento mais abrangente acerca do cuidado, levando em consideração todos os atores envolvidos no processo de saúde dos sujeitos acompanhados.

Na comunicação com o usuário, o trabalhador deve qualificar a escuta, a observação e a interação entre as pessoas, cujo canal de comunicação utilizado deverá favorecer a compreensão com o mesmo, caso contrário, poderá dificultar a conduta ou tratamento orientado pelo profissional. Deste modo, o profissional deve levar em consideração o diálogo, os valores e as crenças dos usuários, podendo utilizá-las como forma de viabilizar sua condição de saúde (ALVES, 2011).

No conceito de Merhy (1999) o acolhimento é uma etapa importante do processo de trabalho, o qual “gera ruídos e estranhamentos”, mas ao mesmo tempo possibilita práticas de saúde resolutivas orientadas pelo trabalho vivo e modifica as relações. Um olhar centrado no usuário e na produção do cuidado, que permite a reorganização dos serviços de saúde a partir do processo de trabalho.

Neste sentido, a pesquisadora compreende que o acolhimento perpassa as relações profissionais e caracteriza-se como uma prática constitutiva das relações de cuidado, abrangendo o cenário onde os usuários buscam o atendimento e, ou orientação para traçar uma linha de cuidado. Conforme Brasil (2013), o acolhimento apresenta três dimensões, são elas: acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado e o acolhimento como dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe. Tais dimensões visam acolher o usuário na sua complexidade, demonstram uma lógica humanizada de cuidado e sistematicamente organiza o serviço em saúde.

Os achados da pesquisa também destacam as fragilidades na relação Equipes de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, a ausência do planejamento conjunto, ausência de insumos, necessidade de melhor divisão territorial (a cobertura de várias equipes de referência pela equipe que apoia), o que na concepção de alguns profissionais impossibilita o apoio conforme preconizado. Outros fatores apontados se remetem ao número reduzido de profissionais para atender a demanda dos territórios, colocando ainda a ausência do transporte para locomoção da equipe como um ponto que dificulta a efetividade do trabalho, observando assim uma deficiência no trabalho interdisciplinar e uma prevalência de atendimentos individuais nos espaços das Unidades Básicas de Saúde.

O profissional E2 falou sobre o papel da gestão da Atenção Básica e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na articulação e integração entre as equipes, tendo em vista que no município de Quixeramobim-Ce existe uma coordenação para a Atenção Básica e outra para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Segundo o entrevistado E2 *“eu acho que um dos problemas é a sobrecarga, o NASF ele tem muitas equipes, e a equipe de atenção básica também é muito sobrecarregada (...), falta transporte, falta profissionais, o que dificulta a execução na prática conforme a teoria”*.

Para Matuda (2015), quando a equipe NASF foi inserida no cenário da atenção primária para atuar de forma coletiva nas atividades da ESF, os trabalhadores tiveram que enfrentar algumas dificuldades no âmbito profissional que estavam muitas vezes relacionadas à extensa demanda de trabalho. O que de certo modo interferia nas solicitações de apoio, limitando muitas vezes o trabalho do NASF, podendo assim ser um agente limitador do trabalho compartilhado.

O entrevistado D2 relaciona a fragilidade da quantidade de territórios a serem acompanhados pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica com o

início da saúde bucal no município, dizendo que da forma como hoje está organizado não é possível um acompanhamento mais próximo entre as equipes.

Quando a saúde bucal começou nós éramos duas equipes, eu era dentista de duas equipes, o meu trabalho não era tão bem feito como é hoje. Por quê? Porque eu tinha que me dividir em duas unidades de saúde, em duas equipes, então acabava que eu ficava um pouco ausente em determinados dias, isso acabava complicando o meu trabalho como profissional. E eu vejo que isso com o NASF acontecem (D2).

Segundo Tesser (2018) é necessário à realização periódica de reuniões de equipes da ESF, um espaço para gestão do processo de trabalho, organização, discussão e tomada de decisões em grupo, assim como uma forma de ampliação do acesso.

Outro fator observado foi a pouca interação no processo de trabalho entre alguns dentistas e a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, conforme D4: *“em relação à saúde bucal essa relação não é tão aproximada quanto em relação ao restante da equipe: enfermeiro, médico, mas normalmente acontece quando tem alguma atividade coletiva com a equipe.”* Neste contexto, o profissional enfatiza que a relação é distante não apenas com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, mas com toda a equipe, um processo de trabalho mais diretamente voltado ao consultório, o que para os entrevistados da categoria não são aspectos que dificulta o cotidiano de trabalho. No entanto, para a pesquisadora esta postura revela uma dissociação da responsabilidade do cuidado, onde se visualiza o usuário na sua dimensão privada, isto é, por “partes”, e não na dimensão coletiva. Ressaltando ainda que não considera uma barreira, *“acho que não surgiu uma oportunidade ainda de ter um trabalho que os dois pudessem andar de mãos dadas, mas não vejo uma barreira”*.

Para falar a verdade, em relação a minha especialidade aqui a odontologia, não existe assim, a gente não tem o contato diário. Mas eu sei que existem alguns casos que são referenciados para que os profissionais do NASF possam intervir, o enfermeiro ou o médico, por exemplo, encaminham certos casos para o Assistente Social, o Psicólogo, o Fisioterapeuta dependendo do caso (D1).

Conforme Pires (2000) o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como objeto os usuários inseridos em seus vários contextos e necessidades, cuja finalidade consiste na ação terapêutica, tendo como produto final a de saúde os indivíduos. Sendo que no trabalho em saúde o produto da ação é a própria atividade, sendo assim um trabalho essencial para a vida humana.

De acordo com a pesquisa, percebeu-se na visão dos entrevistados que o conceito e a prática acerca do processo de trabalho podem assumir diferentes contextos e abordagens entre os profissionais de uma mesma equipe ou equipes diferentes, levando em consideração a atuação e o território inserido, ou seja, modos e formas diferentes de realizar o cuidado em saúde. Importante dizer que, para que o processo de trabalho aconteça da melhor forma é necessário processos de avaliação e monitoramento contínuos, e que estes possam ser discutidos, analisados, construídos e reconstruídos quando necessários.

As falas dos trabalhadores são reveladores porque situam as potencialidades e dificuldades que colocam o processo de trabalho na atenção básica como um desafio a ser enfrentado pelas equipes, que compreendem a sua importância, e conseguem se perceber no âmbito dos processos de cooperação e efetiva mudança.

Na abordagem de Oliveira (2013) com a implantação do SUS, o sistema de saúde no Brasil passou por muitas transformações, porém percebe-se que ainda não houve um total rompimento com o modelo de assistência a saúde considerada tradicional, cujo foco estava centrado apenas na doença e na forma hospitalocêntrico do cuidado. Estas práticas devem ser por nós trabalhadores do SUS modificadas, onde devemos priorizar um modelo de saúde coletivo centrado no indivíduo como um todo, inclusive nas questões sociais que interferem nos determinantes sociais.

Quanto à articulação entre as Equipes de referência e as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na realização de ações compartilhadas, os profissionais relataram sobre as visitas domiciliares, consultas compartilhadas, grupos terapêuticos nos territórios, realização de Projetos Terapêuticos Singulares - PTS, as ações inter setoriais do Programa Saúde na Escola – PSE, as palestras educativas na Unidade Básica de Saúde, na rede de saúde e sócio assistencial. De acordo com E4, *“está de parabéns o NASF, chegar junto com a equipe, sempre pronto quando a gente precisa, sempre estão ali juntos com a equipe de saúde da família. Então é muito bom, eu agradeço demais”*.

A educação em saúde é considerada uma prática social que deve ser planejada a partir do local onde as pessoas estão inseridas, suas representações sociais, suas atividades cotidianas, mantendo relação também com o aspecto cultural, e que está relacionado com os valores, crenças e visões de mundo. Neste sentido, a educação em saúde pode ser utilizada como um recurso capaz de promover a reflexão e a consciência crítica dos indivíduos, inclusive acerca do seu processo saúde-doença, que teve ter como eixo central o diálogo, colocando as pessoas também como protagonistas de sua própria história (ALVES, 2011).

Processo de trabalho ele é riquíssimo, se realmente realizado e executado, porque muitas vezes a pessoa acha que o processo de trabalho em si é o fato de você vir para a unidade e fazer seu trabalho. Ele é de certa forma compartilhada, ele é integrado, ele é planejado, não é só chegar aqui e cada um fazer seu trabalho por si, porque aí não avança nos objetivos e nas metas que se queira alcançar (E5).

Neste sentido, as falas apontaram para uma discussão a respeito da articulação e execução das ações mediante necessidades dos territórios, com foco nas demandas levantadas pelos trabalhadores, enfatizando ainda a fluente comunicação entre algumas Equipes de referência e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Importante frisar que o planejamento é um processo ativo, podendo ser alterado mediante as realidades vivenciadas e interesses dos sujeitos envolvidos.

A equipe de saúde da família e o NASF são bastante articulados, buscam sempre planejar as ações para depois executá-las junto à comunidade, funcionando numa perfeita sincronia, enfatizando a melhor forma de cuidado aos usuários do SUS, atingindo os mais diversos grupos de faixas etárias diferenciadas, abrangendo assim o cuidado de forma integral (E9).

Na abordagem de Oliveira (2013) as unidades de APS devem agir como meios de comunicação entre os usuários, e destes com os outros serviços de atenção especializada, de modo que a integração entre profissionais das equipes de saúde da família deve ser significativa para coordenar as ações e garantir a oferta abrangente de serviços. “Oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde só poderão ocorrer se existir coordenação do cuidado” (OLIVEIRA, 2013, p. 161).

Os resultados da pesquisa também trazem considerações a respeito de que alguns profissionais médicos eram recém-chegados nos territórios, e desta forma, relataram que compreendiam o trabalho do NASF, tinham conhecimento de que sua equipe era apoiada por uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, no entanto, ainda não tinham realizado encaminhamentos para os profissionais apoiadores. Segundo M3 *“está muito recente que estou aqui, então ainda não tive muito contato com a equipe do NASF, você é a primeira pessoa que vem até aqui, mas já ouvi relatos que algumas vezes foram necessários o NASF atuar juntos”*.

Para a pesquisadora, esta fala reflete uma visível fragilidade no processo de trabalho desta equipe de saúde da família e sua equipe apoiadora, uma vez que as relações inter profissionais devem se constituir no cenário de prática, não necessitando apenas do “jogo de referência e contra referência” para os profissionais desenvolverem ações conjuntas



e articuladas. O foco da ação deve ser sempre o usuário, porém, não apenas o usuário no contexto da doença mediante atendimento individual em consultório, mas também nas atividades comunitárias e comuns aos diferentes atores.

Na relação entre Equipes de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica o entrevistado M4 relata que: *“Tem uma interação, um entrosamento, principalmente no âmbito da educação em saúde, tem vários profissionais, é uma equipe multidisciplinar que eles atuam que fazem palestras educativas em vários setores, tem os grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes), que atuam nessa parte da educação em saúde”*.

Para Falkenberg (2014), a educação em saúde tem uma dimensão político pedagógico, o qual possibilita o indivíduo pensar com criticidade acerca da realidade em que o circunda, e diante das reflexões construídas proporem ações transformadoras que impulsionem a autonomia e emancipação dos sujeitos, não apenas no aspecto individual, mas também referente à coletividade.

As ações compartilhadas dessas duas equipes são através do projeto de saúde no território. Esse projeto irá identificar os problemas, dando o diagnóstico das condições de saúde da comunidade. As equipes irão trabalhar com ações vinculadas a clínica, vigilância em saúde e a promoção da saúde, criando ações com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças (D3).

As práticas de educação em saúde devem contemplar três eixos importantes, entre os quais citamos: os profissionais de saúde que devem atuar nas ações de prevenção e promoção, assim como nas práticas curativas; os gestores que precisam demonstrar apoio a estes trabalhadores; e não poderia faltar o segmento da população que precisa estar munidos das informações para desenvolver a capacidade de cuidado. O Ministério da Saúde enfatiza que deve haver a interação entre estes segmentos, muito embora o que se visualiza seja uma longitude entre o que se define na teoria e a realidade prática (FALKENBERG, 2014).

Diante da literatura, a pesquisadora observa que existem muitas possibilidades de ações compartilhadas entre a Equipe de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, seja ela nas atividades em grupo, Projeto Terapêutico Singular, atendimento ou consulta compartilhada, nas mais diversas formas de intervenções no contato direto com o usuário e suas necessidades específicas.

O Nasf pode contribuir, assim, para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. Compartilhar ações inclusive por meio de “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal, isto é, apoio pedagógico que

progressivamente produz mais autonomia para as equipes. Dessa forma, os profissionais da AB podem desenvolver atividade com outro profissional do Nasf e posteriormente sozinha (BRASIL, 2014, p. 20).

Na análise da pesquisadora, as ações compartilhadas precisam ser inter setorial para além de diagnósticos, o que demonstra um compromisso com o sujeito visto de modo singular, isto é, cuidar das pessoas e não simplesmente da doença, visualizando as necessidades de saúde de modo transdisciplinar, cuja pactuação da proposta terapêutica do usuário produza a corresponsabilidade, podendo assim traçar uma linha de cuidado além das restrições, mas orientando ofertas de cuidado. De modo geral, as ações compartilhadas são uma construção coletiva, e ao serem utilizadas como ferramenta do processo de trabalho potencializam as práticas e qualificam o cuidado.

Em linhas gerais, destaca-se a importância de que o Nasf possa atuar considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território adstrito, sempre considerando a realidade epidemiológica, cultural, socioeconômica daquela população e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes que apoiam. Ou seja, a equipe do Nasf não exclui, como possibilidade de intervenção, nenhuma faixa etária ou grupo populacional específico, podendo, portanto, desenvolver ações voltadas a crianças, adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes, raças, gênero e etnias, com a clareza da missão especial desse tipo de equipe (não devendo se sobrepor às equipes de Atenção Básica, nem se distanciar do cuidado dos usuários) (BRASIL, 2014, p. 21).

Os resultados do estudo mostram também que alguns profissionais da Equipe de Saúde da Família reconhecem que muitas vezes não buscam o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na realização de ações compartilhadas, em especial nas ações voltadas para o atendimento individual, como afirma E3: *“por erro meu, eu nunca solicitei, e acabo realizando atendimento sozinho”*.

Fazer consulta compartilhada, a gente ainda não teve essa experiência. Mas quando é em relação à educação em saúde, em grupo, a gente já dividiu como, por exemplo, no dia do câncer de mama, na hidroginástica, eu estava presente, a gente compartilhou, mas em relação à consulta compartilhada a gente ainda não teve essa experiência. Já tivemos PTS, que a gente já se reuniu e fez o projeto, atuar nos casos e dividir cuidados de pacientes domiciliares que precisam, de pacientes com HIV que precisam estar mais próximos, é dessa forma (E8).

A partir da fala dos trabalhadores podemos identificar que existe a articulação entre Equipes e Saúde da Família e as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no desenvolvimento das ações compartilhadas, em especial nas ações coletivas, os quais envolvem o território e as necessidades privativas dos indivíduos, não

ocorrendo com frequência às consultas compartilhadas em consultórios, uma fragilidade que poderá ser vencida a partir da discussão de casos e organização das agendas dos profissionais envolvidos. Importante dizer que as atividades em grupo se caracterizam como um importante recurso no cuidado e atenção aos usuários, propondo a socialização e a autonomia dos sujeitos.

O cuidado compartilhado na Atenção Básica é determinado pela atuação coletiva dos profissionais mediante planejamento colaborativo, o qual apresenta quatro elementos essenciais: 1) inclusão do papel de coordenação dos casos pela Atenção Básica; 2) inserção de mecanismos para vinculação entre os profissionais; 3) desenvolvimento de estratégias para coletar e compartilhar informação sobre o progresso dos pacientes (Oliveira, 2015).

Para a pesquisadora, a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica nos territórios pode ocorrer por meio do apoio presencial como também à distância para as equipes, cujo trabalho colaborativo associado à comunicação qualificada se caracteriza como uma dimensão da organização do processo de trabalho entre as equipes na atenção básica, o que amplia a abrangência e o escopo das ações a serem desenvolvidas. Deve-se, sobretudo, considerar os diferentes olhares e perspectivas dos sujeitos implicados, na tentativa de somar saberes, valorizar as especificidades locais, discutir as necessidades, ampliar o olhar e a escuta, que conseqüentemente serão refletidos no cotidiano dos processos de trabalho.

#### 5.4 DIALOGANDO SOBRE FLUXO DE ATENDIMENTO.

Esta segunda etapa da pesquisa objetivou além da produção de conhecimento, discutir estratégias de gestão, e conseqüentemente construir um fluxo de atendimento, tendo como base o território adscrito das equipes apoiadas, as experiências cotidianas e as relações de trabalho dos profissionais envolvidos.

Como procedimento para realização da oficina, contatamos um dos coordenadores da atenção básica para agendamento da data (no município existe dois coordenadores da atenção básica), sendo em seguida entregue a carta convite aos participantes. Mesmo diante das dificuldades a oficina transcorreu conforme programada, sendo pautada na metodologia participativa e dialógica, cuja pesquisadora enfatizou acerca da atividade e seus respectivos objetivos, focando na ação coletiva do trabalho multiprofissional entre equipe de referência e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

O momento de exposição sobre as ferramentas utilizadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na organização do processo de trabalho foi bastante rico e dinâmico, onde exploramos acerca do Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Projeto Terapêutico Singular (PTS); e Projeto de Saúde no Território (PST). Na abordagem sobre Apoio Matricial discutimos o matriciamento como uma forma de trabalho colaborativo para além dos encaminhamentos e procedimentos burocráticos, e que apresenta as dimensões técnicas- pedagógico e clínico- assistenciais. Uma forma de auxiliar a equipe na perspectiva interdisciplinar, valorizando os saberes e os aspectos subjetivos da produção de saúde.

Na abordagem de Oliveira (2015) o apoio matricial é como uma metodologia de trabalho em equipe inter profissional, mas também como um arranjo organizacional, levando em consideração a função de apoio, exemplo visível à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A origem do apoio matricial surge na década de noventa (século XX) no sistema de saúde – SUS em Campinas. No início foi pensado como estratégia de trabalho entre a atenção básica e núcleos de saúde mental, sendo depois ampliado para centros de reabilitação, hospital, Centros de Referência para AIDS, etc. O autor define ainda que o apoio matricial veio para exceder a lógica dos encaminhamentos e priorizar momentos de comunicação em equipe, uma vez que ocorre o compartilhamento de saberes, a organização dos fluxos, e assim o cuidado interdisciplinar na rede de atenção em saúde.

Na concepção da pesquisadora, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de organização do cuidado entre equipe e usuários, o qual se constitui em propostas de condutas terapêuticas considerando a complexidade do caso e as particularidades do sujeito. Sendo esta ferramenta muito conhecida pelos participantes da oficina, o que requer uma discussão coletiva entre a equipe interdisciplinar, usuários e rede de apoio. O Projeto de Saúde no Território é uma estratégia das equipes de referência e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica para desenvolver ações de cuidado e produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, com foco no planejamento e na organização do trabalho, objetivando produzir saúde nos territórios, o que certamente fortalece a integralidade e o cuidado.

O PTS é uma ferramenta de trabalho voltado para casos em que os indivíduos, e ou suas famílias estejam na condição de vulnerabilidade, acometidos por algum agravo de saúde ou situação de risco pessoal ou social. Desta forma, pode ser elaborado no âmbito individual, como também coletivo, se referindo a uma forma de coprodução e de cogestão do cuidado entre os envolvidos, cujo plano de cuidado referente ao sujeito devem ser construídos de forma singular, com a participação dos profissionais envolvidos no acompanhamento e do

próprio indivíduo em foco, assim como de familiares. Nesta construção, é necessário a contratualidade entre as pessoas, assim como as relações de vínculo e compromisso permeadas entre os atores (SILVA, 2016).

Na explanação durante a oficina a pesquisadora abordou a clínica ampliada como um trabalho compartilhado de vários núcleos, que amplia o cuidado dos indivíduos para além da fragmentação, agregando novos saberes para a construção de práticas em busca de uma atenção integral, sendo uma das estratégias organizadoras de fluxos.

Na atenção básica, a clínica ampliada assim como o PTS é importante mecanismo de ferramenta de trabalho, e como tal, mantém uma relação entre si, na medida em que ao organizar o PTS se estabelece a ampliação do olhar e da clínica, promovendo o cuidado interprofissional e estimulando a autonomia do sujeito (SILVA, 2016).

Na visão da pesquisadora, é importante frisar que a apresentação das ferramentas citadas acima foi também um momento de discussão e troca de saberes e experiências por parte dos trabalhadores, os quais abordaram e confrontaram as questões do cotidiano com as teorias vivenciadas. Desta forma, foi discutida pelas próprias equipes a necessidade da definição do fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e sua importância para a organização do processo de trabalho, onde os profissionais relataram que em algumas situações “não sabem o que encaminhar” e “como encaminhar” para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

A realização da oficina permitiu um diálogo aprofundado entre os trabalhadores da saúde, em especial, das equipes de saúde da família com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e destes com a pesquisadora, o que propiciou a construção do fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família. A discussão e construção do fluxo de atendimento perpassaram as potencialidades dos territórios, sendo discutidas também as fragilidades no campo de atuação das equipes que compõem a atenção básica no município, os quais foram citados a ausência de transporte para as equipes, bem como a dificuldade dos usuários em compreenderem a saúde para além do atendimento no consultório, com ênfase ainda na gestão, onde muitas vezes preconiza o atendimento quantitativo em detrimento dos processos formativos que visam à discussão das ações e possíveis mudanças de paradigmas nos cenários de prática.

Pode-se observar que os trabalhadores têm cada um, uma forma singular de fazer o seu trabalho na ESF, e, portanto, podemos afirmar que sob o olhar da micropolítica, uma mesma equipe opera vários modelos de assistência, pois este se vincula aos modos como o trabalhador opera seu processo de trabalho. E este se define pelos

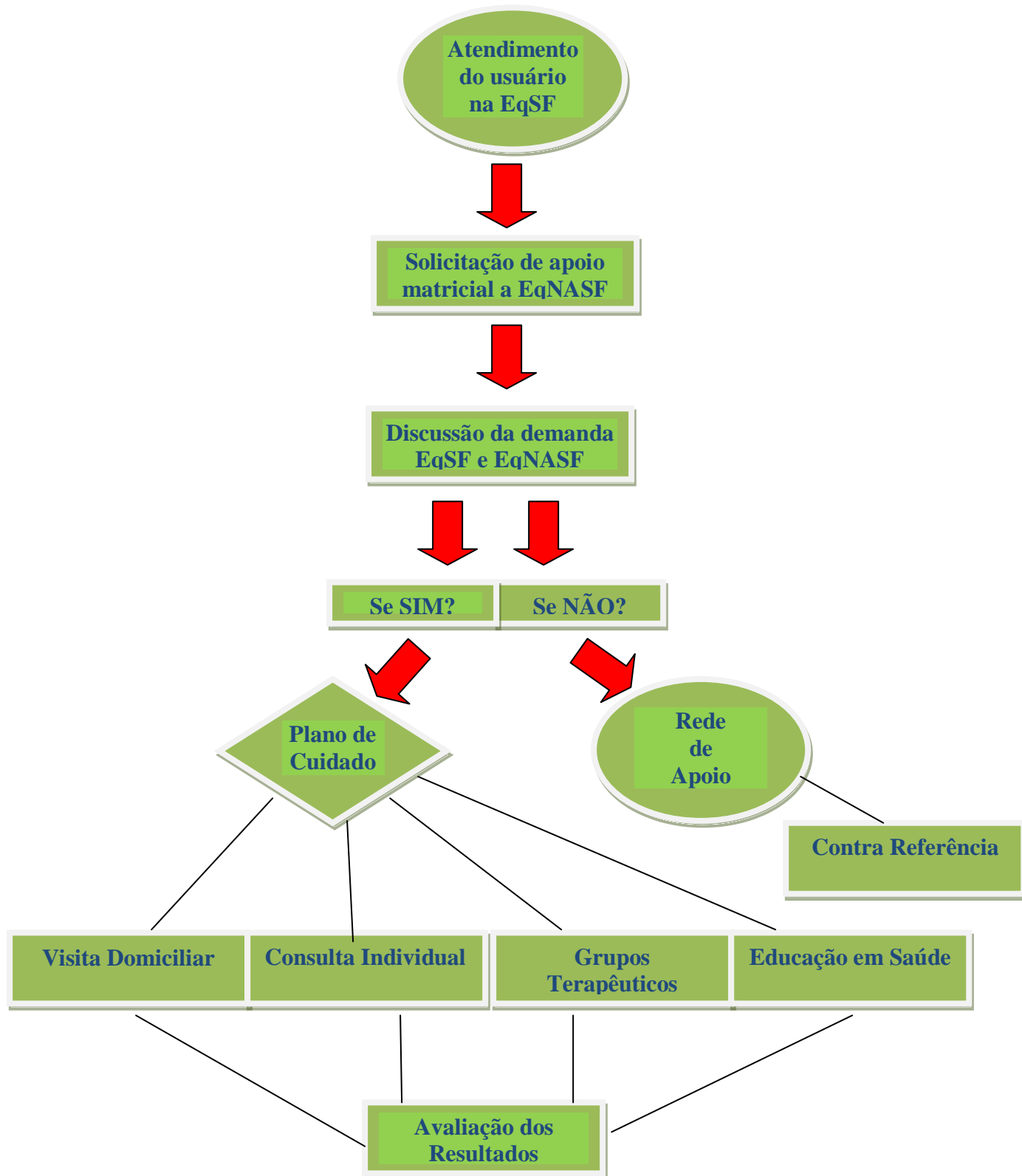
saberes, tecnologias, atitudes diante dos outros membros da equipe e do usuário. Há uma forma singular, de perceber e interpretar o mundo do cuidado, e cada um atua conforme seu devir trabalhador. Em uma mesma equipe pode haver aquele que trabalha centrado na Vigilância em Saúde, outro nas Ações Programáticas, um terceiro no Acolhimento, enfim, modelos assistenciais podem ser tantos, quantos são os trabalhadores de uma equipe, e estes não precisam se inscrever em nenhum modelo, havendo, portanto, inúmeras possibilidades de fazer o cuidado (FRANCO, 2009, p. 68).

Com o avanço do SUS, ocorreu também a compreensão de que os serviços de saúde são organizados de forma articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cuja finalidade é atender as necessidades dos usuários (OLIVEIRA, 2013). Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde é um agir tecnológico essencialmente relacional e em ato, onde todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores. Significa dizer que no decorrer da oficina vislumbramos com ações e reações que nos fizeram refletir sobre o nosso papel enquanto profissional de saúde no contexto da Atenção Básica, a que cenário estamos nos referindo, que tipo de cuidado se está elaborando para o nosso usuário.

Na fala da pesquisadora, o fluxo de atendimento é um desenho gráfico que representa o caminho dos usuários no serviço de saúde no cenário da atenção básica, e que envolve a gestão do cuidado e as relações cotidianas no processo de trabalho do envolvidos, o que consideravelmente poderá ser adaptado ou engrandecimento de acordo com a realidade de cada área. Neste sentido, é importante o conhecimento e a articulação da equipe de referência com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, objetivando reorganizar a linha de cuidado e os processos de trabalho do seu território de abrangência de suas equipes.

Como resultado da oficina ocorreu à elaboração do fluxo de atendimento (Figura 4), considerado pela pesquisadora como um recurso essencial para a reorganização dos serviços, o qual representa o direcionamento do usuário à assistência mediante suas necessidades, propondo assim uma linha de cuidado, conseqüentemente a organização do serviço de saúde no interior da atenção básica, levando em consideração que no âmbito da saúde, o produto técnico do nosso trabalho é a produção do cuidado, o qual é produzido durante o processo de trabalho.

**Figura 4 - Fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Durante a oficina a pesquisadora juntamente com os trabalhadores participantes realizou a descrição do fluxo, onde a equipe de saúde da família se constitui como porta de entrada, sendo o caminho inicial do usuário ao serviço de saúde na atenção básica, isto é, o primeiro contato onde é possível a realização da escuta qualificada, que diante da demanda apresentada pelo usuário, a equipe solicita apoio matricial ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, onde o profissional recebe a solicitação e em conjunto com a Equipe de Saúde da Família realizam a discussão da demanda apresentada, e quando necessário poderá sugerir a participação de outros profissionais. Se o caso não for para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, o usuário é encaminhado à rede de apoio, sendo importante à contra referência, uma vez que o usuário ainda está sob a responsabilidade da equipe de referência.

Se a demanda apresentada for da responsabilidade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica ocorre à elaboração do plano de cuidado para o usuário, traçando uma linha de ofertas, podendo mais uma vez sugerir a participação de outros profissionais da rede de saúde e rede de apoio sócio assistencial na elaboração do plano e execução das atividades. A forma de atendimento do usuário pode variar entre a visita domiciliar, atendimento individual na Unidade Básica de Saúde, inserção em grupos terapêuticos, ou participação das atividades de educação em saúde, isto de acordo com a demanda encontrada. Posteriormente se faz necessário à avaliação dos resultados para uma análise em equipe da condição atual de saúde do usuário, tendo em vista que o ato de avaliar faz parte do processo de trabalho em saúde e deve ser uma prática cotidiana na atenção básica. Importante destacar que uma vez encaminhado para a rede de apoio ou para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, o usuário continua sob os cuidados da Equipe de Saúde da Família do território.

Para definição do fluxo discutimos elementos essenciais para a compreensão da atividade, tais como: ações das equipes de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, agenda dos profissionais, encaminhamentos e acesso ao serviço da rede de saúde e sócio assistencial, critérios de acionamento do apoio matricial, cuja discussão muito se direcionou para a saúde mental, podendo assim ser sanado dúvidas sobre este eixo.

Por outro lado, foi possível reafirmar diante da elaboração do fluxo de atendimento que este pode ser um mecanismo de trabalho no interior das equipes, cujas ferramentas para organização do processo de trabalho também se constituem no cotidiano, mais precisamente nas reuniões de equipe, nas discussões de caso, onde muitas vezes surge a



necessidade de elaboração do Projeto Terapêutico Singular, nos atendimentos individuais e compartilhados, nas visitas domiciliares específicas e compartilhados, nos grupos e atividades educativas, como também na análise de indicadores que promove a elaboração de materiais de apoio e processo formativo.

De acordo com Franco (2003) o processo de trabalho nos serviços deve ser organizado considerando o aspecto integral do indivíduo, cuja organização dos fluxos deveria acontecer mediante uma construção coletiva entre os trabalhadores, abrangendo o aspecto multiprofissional e a troca de saberes e fazeres.

É importante lembrar que o produto sistematizado (fluxo) não é um saber absoluto, e pode exigir adequações com o passar dos tempos. Sendo assim, o instrumento assume a concepção de uma ferramenta de trabalho a ser utilizado no cotidiano das equipes referenciadas, o que vai depender do envolvimento de cada profissional em materializar os fluxos acordados e como este operacionaliza o seu processo de trabalho. O fluxo elaborado permite um grau de flexibilidade de acordo com a necessidade apresentada, bem como define diferentes formas de comunicação para facilitar o acesso, um mecanismo que vai além da lógica burocratizada dos encaminhamentos.

Conforme Merhy e Franco (2008) um trabalho não é igual ao outro, exigindo técnicas diferenciadas, novas matérias-primas, maneiras específicas de organização do trabalho e trabalhadores próprios para aquela produção, tudo isso conferindo sentido ao objeto trabalho.

Em um momento de discussão durante a oficina ficou notório entre os trabalhadores que a burocracia não pode impedir algumas vezes o fluxo do usuário no cenário da atenção básica, e que os saberes profissionais devem ampliar a capacidade de resolutividade. Observou-se que não deveria excluir a formalidade do “papel”, isto é, o encaminhamento escrito, porém, este não deve ser uma condição primordial para acessar o serviço, podendo ser utilizado outros dispositivos como o telefone, em especial o WhatsApp, até como uma forma de agilizar o acesso a demandas urgentes por meio da equipe de referência.

A burocracia refere-se a normas instituídas presente na sociedade, de certa forma um exemplo de formalismo que devemos seguir, e que não podemos dissociá-las da nossa prática profissional, uma vez que o próprio programa avaliativo da atenção básica como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica avalia o serviço pelos documentos e indicadores. A burocracia está presente nos campos de trabalho e nas relações sociais e estruturais que envolvem o processo de trabalho.

A oficina caracterizou como um processo de troca de conhecimentos e experiências do cotidiano de trabalho de cada profissional envolvido, em que os diferentes saberes se constituíram em produto para redirecionamento das práticas de trabalho. Este momento promoveu um encontro entre a teoria e a prática, quando falamos em prática estamos nos referindo ao dia-a-dia de cada participante, as suas potencialidades, as suas fragilidades, as dificuldades encontradas no território, o cuidado que ultrapassam as técnicas, um saber cotidiano vai muito além das legislações preconizadas no nível de gestão.

No contexto da oficina foi observado que cada participante vive um universo territorial diversificado, trazendo consigo suas particularidades. Conforme (E5) relatou ao término da oficina, a atividade consistiu em: *“Encontro rico de informações, planejado com grande riqueza de detalhes, discussões valorosas, foi ótimo, parabéns a todos, que possamos vez por outra nos reunir e compartilhar ideias e melhorar cada vez mais o fluxo dos nossos pacientes, contribuindo assim cada vez mais na melhoria de sua saúde com qualidade”*.

O processo de avaliação relacionado à execução da oficina demonstrou o êxito da ação, onde todos os participantes responderam que a oficina contribuiu para a organização do seu processo de trabalho, destacando que este momento possibilitou uma visão mais ampla sobre o usuário, e na oportunidade colaborou para o alinhamento de algumas ações e discussões. Quanto à metodologia utilizada, todos os envolvidos responderam que foi adequada, considerando interessante e enriquecedora a didática, assim como de fácil compreensão. Quando perguntado sobre o que considerou mais motivante, os envolvidos enfatizaram sobre a construção e participação ativa e coletiva, outros descreveram sobre a discussão de casos, sendo elencada também a construção do fluxo para atuação das equipes de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, visando uma melhor resolutividade das demandas.

Na avaliação acerca do desempenho geral da oficina, a maioria dos participantes respondeu que foi uma atividade excelente, considerando um momento agradável, uma ótima iniciativa, e que necessitava de mais momentos como este na atenção básica. Nos comentários e sugestões contidas nos questionários, os participantes enfocaram apenas pontos positivos, ressaltando a relevância da discussão sobre as ferramentas para nortear os processos de trabalho, acrescentando ainda que foram ótimas discussões acerca de pontos colocados na pauta, com abordagem a partir de situações distintas do cotidiano das unidades básicas de saúde, sendo destacando ainda a atuação da equipe multiprofissional na resolução de problemas. Sobre esta oficina algumas falas revelam a vivência dos profissionais: Para (E3)

*“Achei o encontro bem enriquecedor. Muitas discussões valorosas. E a organização impecável. Parabéns a todos”.*

Diante dessa análise, na realização da oficina consideramos como um fator que limitou a participação de todos os profissionais da equipe de referência o fato da gestão não ter priorizado a ação em detrimento da realização de atendimento dos profissionais nos seus territórios de atuação. Sendo imprescindível que os profissionais possam interagir entre os diferentes saberes, e assim poder circular pelos espaços, serviços e ações juntos, que estabeleçam uma relação compartilhada, que se comuniquem, e desenvolvam uma interação de corresponsabilidade pela comunidade acompanhada na sua esfera de saúde.

Na semana seguinte, mais precisamente no dia 25 de julho de 2019 na reunião mensal da atenção básica, o fluxo de atendimento produzido pelos participantes foi apresentado a todos os trabalhadores das equipes de saúde da família, sendo mais uma vez explanado sobre os objetivos e a metodologia de construção, onde todos os profissionais presentes manifestaram concordância diante do fluxo elaborado e exposto.

Após consentimento por parte de todos os trabalhadores presentes, o fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica será confeccionado e posteriormente entregue a todas as Equipes de Saúde da Família do município de Quixeramobim-Ce, na tentativa de atender as necessidades de saúde dos usuários e dinamizar o acesso. Em síntese, os profissionais demonstraram muito interesse pelo recebimento do instrumento, o qual poderá constituir-se como um mecanismo de comunicação e organização do processo de trabalho entre os envolvidos, vislumbrando a melhoria do acesso, a coordenação e continuidade do cuidado dos usuários na atenção básica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa foi possível realizar uma análise do processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no cenário de Quixeramobim (Ce), o qual nos permite dizer que impulsionou uma reflexão sobre as práticas dos sujeitos entrevistados, que aos saírem dos seus territórios de prática puderam dialogar e construir um mecanismo para organização dos seus processos de trabalho.

Os resultados demonstram que as equipes conseguem ter acesso ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, a grande maioria conhece os profissionais da equipe apoiadora (com exceção de alguns médicos recém-chegados no município), os quais buscam a resolução das demandas em tempo hábil, cuja equipe se mobiliza para realizar as atividades de cunho educativo, seja na rede de saúde ou inter setorial. A pesquisa mostrou também que a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica colabora na prática com o acompanhamento compartilhado das condições de saúde dos usuários, levando em consideração a atuação inter profissional e o trabalho em equipe, sendo fundamental a valorização dos diferentes saberes como forma de alcançar ações resolutivas em saúde.

Analisando as falas percebemos a existência de atividades coletivas frequentes com os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica vislumbra a interação entre as equipes, direcionando um processo de trabalho que atende as demandas dos profissionais. No entanto, as falas dos atores apontaram a necessidade de haver uma melhor articulação quanto ao planejamento entre equipe de saúde da família e equipe apoiadora do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na realização do planejamento conjunto, onde os saberes devem dialogar em prol do cuidado integral dos usuários, sendo ainda destacada pelos participantes a fragilidade nos processos de cogestão e construção coletivas das ações. Ressalta-se aqui a importância da prática comunicativa como elemento essencial para a efetividade das ações, vislumbrando assim o trabalho em equipe e o cuidado com a saúde e bem-estar do outro.

Pesquisar esta temática possibilitou uma resignificação do processo de trabalho na atenção básica em especial para a pesquisadora, onde o produto técnico construído nos permitiu analisar e discutir uma realidade cotidiana, e a partir desta estabelecer um fluxo de atendimento, para que assim possa modificar sujeitos e práticas na perspectiva de qualificação do acesso e produção do cuidado.

Foi possível constatar que a oficina propiciou este momento de compartilhamento de ideias e práticas, sendo ressaltada pelos participantes a necessidade de frequentes espaços para discussões, o que de certo modo fortalece os trabalhadores e qualifica o serviço. Analisando as falas, conseguimos verificar que muito embora se precisem superar as limitações apontadas, o município de Quixeramobim-Ce possui uma atenção básica fortalecida pela ação mediadora dos trabalhadores de saúde que a compõem. Todavia, não podemos generalizar as conclusões do estudo como verdade absoluta, uma vez que os territórios são dinâmicos e as realidades se modificam com a temporalidade.

Diante dos achados podemos dizer que a construção do fluxo de atendimento representou uma organização e estruturação do processo de trabalho das equipes de referência e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no município, na medida em que possibilitou o nivelamento das ações de apoio matricial e produção do cuidado integral no cotidiano das equipes de saúde da família. Da mesma forma em que reafirma um compromisso dos trabalhadores em utilizarem este fluxo, podendo ser visualizado se precisa ou não de adequação, uma vez que os territórios de modificam, bem como os profissionais que estão inseridos, a demanda da população, o contexto, a dinâmica da unidade e da própria equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Com esta investigação reforçamos a importância do documento construído coletivamente pelos profissionais participantes da oficina, a partir dos cenários de prática, o qual oportunizou a produção do próprio fluxo de atendimento das equipes instituídas, respaldando as atuações dos profissionais e organizando o processo de trabalho e a rede de atendimento na atenção básica. Esperamos que o produto técnico fluxo possa ser compreendido como um método de organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família locais, podendo também ser utilizado como tecnologia de gestão de trabalho, uma forma de facilitar o acesso e garantir o atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

No intuito de analisar as ações desenvolvidas referentes aos processos de trabalho entre Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, entendemos a relevância deste estudo ao dialogarmos com os profissionais da Atenção Básica, levando em consideração ainda que não houvesse pesquisas anteriores sobre a temática no âmbito local, o que também justifica esta pesquisa. Esta pesquisa terá uma relevância científica na área de conhecimento, na medida em que poderá ser disseminada na sociedade através de publicações, podendo causar impactos positivos quanto à política de saúde no SUS. Devemos considerar também sua relevância social porque contribuirá para a organização e melhoria dos processos de trabalho, para a compreensão das ações inter

setoriais e do trabalho interdisciplinar, levando em consideração que o tema não se esgotou com a realização desta pesquisa, pois ressurgiu como um novo fazer profissional, na medida em que os conhecimentos adquiridos ao longo do processo trouxeram importantes contribuições para a vida profissional da pesquisadora, e possibilitaram a aquisição de novos mecanismos de atuação e intervenção no âmbito da Atenção Básica, em especial no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

O estudo sugere como recomendação para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica a reorganização da agenda de trabalho, disponibilizando turnos para dialogarem e planejarem de acordo com a realidade de cada cenário de prática, onde o planejamento possa ser uma construção contínua e coletiva a partir dos espaços de atuação dos trabalhadores. Para a gestão municipal a orientação é que se possam destinar espaços formativos e de discussão aos trabalhadores da saúde, onde visualizamos na necessidade dos profissionais de expor seus posicionamentos, o que de certa forma contribui para o processo de emancipação política e social dos sujeitos. Deste modo, apontamos para a importância da escuta qualificada dos profissionais de saúde, as suas demandas e construções de saberes no cotidiano do serviço.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.319-325, 2011.
- ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2<sup>a</sup> ed., São Paulo: Boitempo, 2009.
- \_\_\_\_\_, R. **ADEUS AO TRABALHO?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- ARAÚJO, M. B.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-464, 2007.
- AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. de. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, jul. 2007.
- BARBOZA, T.; FRACOLLI, L. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 136-144, jul./ago. 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BERNARDO, J. **Economia dos conflitos sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.
- BOSI, M. L. M. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da Nutrição Social. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 107-115, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Caderno de Atenção Básica nº 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**, 1<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas científicas com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica nº 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Planejamento com enfoque estratégico:** uma contribuição para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S., et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2014. p. 827-844.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago, 2007.

CARVALHO, R. C.; FERGATO, S.; BARROS, M. E. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividades. In: TÚLIO, B. F; MERHY, E. E. **Mapas analíticos:** um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 301- 321.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde:** sujeito e mudança. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CEARÁ, Governo do Estado. Secretaria do Planejamento e Coordenação (SEPLAN). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Perfil municipal 2017 Quixeramobim.** Fortaleza, 2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria do Planejamento e Coordenação (SEPLAN). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Perfil básico municipal Quixeramobim.** Fortaleza, 2005.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. D. P. L.; MORAES, E. P. de.; SOUZA, E. M. de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro: Hucitec, v.19, n. 3, 2014.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde.** 3<sup>a</sup> ed., Belo Horizonte: Nescon, 2017.

\_\_\_\_\_, H. **Processo de trabalho em saúde.** 2<sup>a</sup> ed., Belo Horizonte: Nescon, 2009.



FRANCO, T. B.; MERHRY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. In: **Revista Tempus Actas de Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

\_\_\_\_\_, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.

\_\_\_\_\_, T. B.; MERHRY, E. E. **Análise de Conteúdo**. 3ª ed., Brasília: Liber Livro, 2008.

\_\_\_\_\_, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: MATTOS, R. e Pinheiro R. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

\_\_\_\_\_, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun., 1999.

IAMAMOTO, M. V. **Trabalho e Indivíduo Social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados do Brasil**. Fortaleza, 2017. Disponível em:  
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixeramobim/historico>>. Acesso em: jan. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil Básico Municipal de Quixeramobim**. Fortaleza, 2016. Disponível em:  
<[http://www.ipece.ce.gov.br/perfil\\_basico\\_municipal/2016/Quixeramobim.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2016/Quixeramobim.pdf)>. Acesso em: jan. 2018.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 207-217, 2013.

KRUG, S. B. F. **Sofrimento no trabalho**: a construção social do adoecimento de Trabalhadoras da Saúde. 2006. 196 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

\_\_\_\_\_, S. B. F. et al. O processo de trabalho na estratégia de Saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77-88, jan./Jun. 2010.

LIEDKE, E. R. Processo de Trabalho. IN: CATTANI, Antonio David. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1997. p. 181-183.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.8, p.2511-2521, 2015.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: IPEA, 1993.

MERHY, E. E. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

\_\_\_\_\_, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

\_\_\_\_\_, E. E.; MALTA, D. C. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.7, n.1, p.61-66, jan./jul. 2003.

\_\_\_\_\_, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY et al. "**O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano". São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **Agir em Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.229-238, 2015.

OLIVEIRA, M. J. I; SANTO E. E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.2, n.2, jan./jun. 2013.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p.158-164, 2013.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

\_\_\_\_\_, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S., et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 827-844.

PAVONI, D. C.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, mar./abr. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2000. p.45-50.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 53, p. 251-263, 2000.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. In: **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

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

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 317-24, 2012.

\_\_\_\_\_, J. J. C.; RUIZ, E. M.; BORSOI, I. C. F. **Trabalho, Saúde e Subjetividade**. Fortaleza: EDUECE, 1999.

SANTOS, R. A. B. G.; FIGUEIREDO, L. R.U.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set. 2017.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, mai. 2012.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 6. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, I. C. B. et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p.1-10, Jan. 2017.

SILVA, A. I.; LOCCIONI, M. F. L.; ORLANDINI, R. F.; et al. Projeto Terapêutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2016.

SILVA, L. A. et al. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, A. M.; MOURA, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2000. 188p.

SIMÃO, M. **Quixeramobim, Reconpondo a História**. Fortaleza: MULTIGRAF, 1996.

SOUZA, F. R. **Processo de Construção dos Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará**. 2013. 221f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013.

TADDEO, P. S.; et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 361-378, set. 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Entrevista com profissionais das equipes de saúde da família

**1) PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO:****Idade:** \_\_\_\_\_**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino**Formação:** \_\_\_\_\_**Pós-graduação:** \_\_\_\_\_**Tempo de atuação profissional (ESF):** \_\_\_\_\_**QUESTÕES NORTEADORAS:**

- 1). O que o senhor (a) entende por processo de trabalho na Atenção Básica?**
- 2). Como ocorre o processo de trabalho dos profissionais da ESF e NASF- AB?**
- 3). Qual a articulação entre EqSF e as equipes do Nasf-AB na realização de ações compartilhadas?**

**APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) participar da pesquisa “Processo de trabalho da estratégia de saúde da família com o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica”. O objetivo deste estudo consiste em compreender o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) sob a perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Caso você autorize, você participará da aplicação de entrevista acerca do tema em foco. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Os riscos envolvidos na pesquisa são de natureza não física, relacionada ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, bem como a exposição de suas respostas na publicação deste estudo, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, anonimato, sigilo das informações e garantia de poder sair da pesquisa sem prejuízos. Os benefícios da pesquisa poderão contribuir para a construção dos processos de trabalho, ampliando as discussões nos territórios, e o fortalecimento das ações e a coordenação do cuidado em saúde no SUS. Você não receberá remuneração pela participação. As suas respostas serão divulgadas na forma científica em congressos e periódicos científicos, não sendo divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador (88) 9.9989-6703, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Quixeramobim. Ce, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

**Pesquisadora**

---

**Assinatura**

## APÊNDICE C - Termo de anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



## TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Cedric Fernandes Rodrigues Coordenador da Estratégia de Saúde da Família no município de Quixeramobim-Ce autorizo a realização da pesquisa "Processo de trabalho da estratégia de saúde da família com o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica" a ser realizada por Estéfani Cardoso Nobre a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UTCE.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço da Estratégia Saúde da Família para a realização de entrevista no período de fevereiro a março de 2019. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Quixeramobim/ Ce, 18 de Janeiro de 2019.

Cedric Fernandes  
Coordenador Atenção  
Primária à Saúde  
COMEN CE 324.400

**Cedric Fernandes Rodrigues**  
*Coordenador da Estratégia de Saúde da Família*



APÊNDICE D – Carta convite

## CARTA CONVITE

Quixeramobim, 09 de Junho de 2019.

**Prezado (a) Sr. (a),**

Temos a grata satisfação de convidá-lo (a) para participar da Oficina para elaboração de um fluxo de atendimento dos usuários da equipe de referência para a EqNasf-AB, atividade esta relacionada a uma etapa da dissertação da aluna Estéfani Cardoso Nobre intitulada *“Processo de Trabalho da Estratégia de Saúde da Família com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica”*, tendo como objetivo geral descrever o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) sob a perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Quixeramobim – Ce, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline de Souza Pereira. O local será no Colégio Senso no dia 18/07/19 às 13:30 horas.

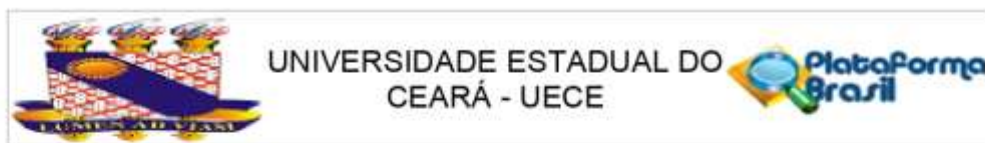
Agradecemos antecipadamente sua valorosa contribuição com a presente atividade.

Atenciosamente,

**Estéfani Cardoso Nobre**  
*Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família*  
*Nucleadora UECE*

**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** ESTEFANI CARDOSO NOBRE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 06042819.2.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.126.593

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo que objetiva analisar o processo de trabalho na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS), mais precisamente no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no município de Quixeramobim-Ce.

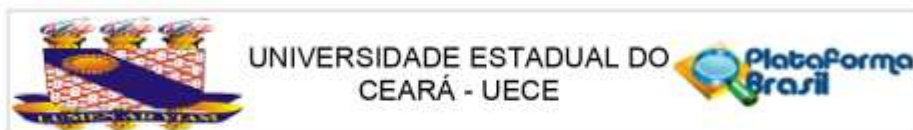
**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVO GERAL:**

Descrever o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) sob a perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família no município de Quixeramobim - Ce.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Compreender as relações estabelecidas entre o processo de trabalho dos profissionais da ESF com o NASF- AB;
2. Analisar como se articulam as EqSF e as equipes do Nasf-AB no desenvolvimento das ações compartilhadas;
3. Construir um fluxo de atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família para o Nasf-AB.

<b>Endereço:</b> Av. Sílas Munguba, 1700	<b>CEP:</b> 60.714-903
<b>Bairro:</b> Itaperi	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA
<b>Telefone:</b> (85)3101-9890	<b>Fax:</b> (85)3101-9906
	<b>E-mail:</b> cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.126.583

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A presente pesquisa apresenta riscos mínimos de natureza relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos. Tais riscos serão minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, com anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos.

**Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa poderão contribuir para a construção dos processos de trabalho, ampliando as discussões da problemática abordada nos territórios, além de contribuir para o fortalecimento das ações e coordenação do cuidado em saúde no SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho traz elementos relevantes para a plena compreensão do trabalho na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. Assim, a atuação das categorias profissionais serão qualificadas no sentido da promoção de uma saúde pública de qualidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE e o Termo de Anuência estão de acordo com a Resolução 466 da Conep.

**Recomendações:**

As hipóteses são afirmações que devem ser comprovadas. Contudo, da forma que está posta se assemelha mais a resultados esperados. Assim, recomenda-se rever as hipóteses.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

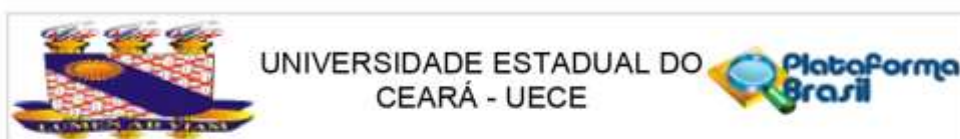
Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282745.pdf	19/01/2019 11:19:03		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeanuencia.pdf	19/01/2019 11:18:49	ESTEFANI CARDOSO NOBRE	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.126.593

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/01/2019 11:15:43	ESTEFANI CARDOSO NOBRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/01/2019 21:25:12	ESTEFANI CARDOSO NOBRE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/01/2019 21:19:44	ESTEFANI CARDOSO NOBRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/01/2019 21:16:53	ESTEFANI CARDOSO NOBRE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/01/2019 20:49:31	ESTEFANI CARDOSO NOBRE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 30 de Janeiro de 2019

---

Assinado por:  
**ISAAC NETO GOES DA SILVA**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Mungubá, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br