

ELIANE PEDROZO DE MORAES

**CARGAS DE TRABALHO:
UM OLHAR SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Brasília, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELIANE PEDROZO DE MORAES

**CARGAS DE TRABALHO:
UM OLHAR SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Brasília, DF
2013

ELIANE PEDROZO DE MORAES

**CARGAS DE TRABALHO:
UM OLHAR SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer (presidente)
Departamento de Saúde Coletiva - UnB

Professora Dra. Denise Elvira Pires de Pires (membro)
Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC

Professora Dra. Elza Maria de Souza (membro)
Departamento de Saúde Coletiva – UnB

Professor Dr. Antonio José Costa Cardoso (suplente)
Departamento de Saúde Coletiva - UnB

Aos meus pais. Mesmo distantes
fisicamente presentes no meu
pensamento e orações.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Mentor Espiritual, sempre ao meu lado, me intuindo.

À professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer, pela dedicação, paciência e troca de saberes no desenvolvimento da pesquisa.

Aos colegas de turma, pela convivência e pelo apoio constante, ao longo dos semestres, criando vínculos e novas amizades, em especial a Érica, Zaira, Wagner e Camila.

Aos colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Trabalho e Saúde, pelas discussões ao longo desses dois anos, pela qualificação do meu projeto, apresentado e discutido no grupo. A Rayane, aluna de iniciação científica, que acompanhou parte do trabalho de campo durante a pesquisa sobre cargas de trabalho.

Aos professores e colegas do Grupo Práxis, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pelas trocas de experiência e saberes durante os seminários metodológicos de que participei.

Aos profissionais que participaram do estudo, concordando com a observação do seu processo de trabalho e o registro das suas verbalizações, permitindo, assim, o alcance dos objetivos propostos na pesquisa.

À coordenadora da Área Técnica Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, Dra. Maria Esther Vilela, pelo apoio na realização do mestrado.

Ao meu cunhado Marinho, à minha irmã Laudecir e à sobrinha Raquely, pelo constante incentivo, e pela paciência quando me ausentei dos vários encontros e almoços de domingo.

Aos meus pais, Darcy e Zenaide, pelo apoio em toda essa caminhada, com inúmeras orações, toda semana, direcionadas a mim.

Às amigas, Clesy, Didi, Regina e Estela Padilha, pela amizade e carinho, ouvindo minhas angústias e participando dos meus momentos de felicidade quando conseguia avançar na construção do meu relatório de pesquisa, em especial, a Estela Lopes, que se manteve todo tempo ao meu lado, durante esse percurso.

A Maria Teresa Miralles, minha terapeuta de Florais de Gabriel, que todos os meses, ao longo desses dois anos, formulou essências que me ajudaram a ter mais consciência do meu potencial.

A todas aquelas pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para o meu percurso acadêmico.

*Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode
começar agora e fazer um novo fim.*
(Chico Xavier)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a influência de uma tecnologia do tipo não material, a estratégia Saúde da Família, nas cargas de trabalho dos profissionais que compõem as equipes. Busca identificar em que sentido os aspectos inovadores constantes nas práticas, na composição da equipe, nas relações, na organização e gestão do trabalho tem contribuído para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais. Estudos como este são necessários para apoio à gestão no que corresponde à qualificação do trabalho na Atenção Básica em Saúde. A investigação sobre “fontes”, que aumentam ou reduzem as cargas de trabalho dos profissionais, é relevante porque, apesar da área da saúde ser sensível às mudanças atuais no mundo do trabalho, o número de estudos sobre o tema ainda é muito pequeno, especialmente no que diz respeito aos seus efeitos para a organização do setor e para a força de trabalho. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, inspirado em dois referenciais teórico-metodológicos, cujos principais teóricos são Asa Cristina Laurell e Yves Schwartz. Laurell traz o conceito de “cargas de trabalho” como elementos encontrados no processo de trabalho que interatuam entre si e o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e ou efetiva, corporal e psíquica. Schwartz desenvolveu a abordagem “ergológica”, que parte da análise de situações reais de trabalho, da ação em si, mostrando que existe grande diversidade de possibilidades interferindo nas cargas de trabalho, fortemente influenciadas pelo contexto macro político-institucional e, também, pelas características dos sujeitos envolvidos no trabalho e pelas suas escolhas. Participaram da pesquisa 19 profissionais de três equipes da estratégia Saúde da Família. Para a coleta de dados, foram realizadas observações, análise documental e entrevistas semiestruturada. A análise foi realizada com a técnica de Análise Temática de Conteúdo, de Laurence Bardin, com o uso do software AtlasTi 7.0. Dentre os resultados relacionados, houve definição de duas macro categorias de análise: Fontes que Aumentam Cargas de Trabalho e Fontes que Reduzem Cargas de Trabalho. A partir da análise temática de conteúdo, quatro categorias e um total de 32 temas foram encontrados, em relação às fontes que aumentam as cargas de trabalho, sendo: organização da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal; estrutura de funcionamento da equipe; gestão do trabalho; as relações profissionais, pessoais e com o território. Dentre as fontes que reduzem as cargas de trabalho, foram encontradas cinco categorias e 29 temas, sendo: motivação para trabalhar na equipe; gestão do trabalho; estrutura de funcionamento da equipe; as relações profissionais, pessoais e com o território; os atributos da Atenção Básica/Saúde da Família. Das categorias encontradas, três apresentam temas que caracterizam fontes de aumento e redução das cargas de trabalho. Os principais temas mencionados como causadores do aumento das cargas de trabalho são falhas na gestão e na composição da rede de atenção à saúde no Distrito Federal, dificultando a coordenação do cuidado. Os principais temas mencionados como causadores da redução das cargas é o trabalho em equipe e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e destes com os usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Cargas de Trabalho; Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Ergologia;

ABSTRACT

This study aims to analyze the influence of a kind technology is not material, the Family Health Strategy, the workloads of professionals who make up teams. Seeks to identify in which direction the innovative aspects of the practices contained in the composition of the team, in relationships, in the organization and management of work has contributed to increase or decrease the workloads of professionals. Studies like this are needed to support the management in that corresponds to job qualification in Primary Health Research on "sources" that increase or reduce the workload of professionals, is relevant because, despite the health be sensitive to current changes in the world of work, the number of studies on the subject is still very small, especially with regard to its effects on the organization of the sector and the workforce. This is a qualitative study, inspired by two theoretical and methodological, whose main theorists are Asa Cristina Laurell and Yves Schwartz. Laurell brings the concept of "workload" as elements found in the work process that interact with each other and the body of the worker, those generating adaptation processes that result in wear, understood as loss of the ability and potential or actual bodily and psychic. Schwartz has developed the "ergological" that part of the analysis of real work situations, the action itself, showing that there is great diversity of potential interfering workloads, strongly influenced by macro political-institutional context, and also by the characteristics of the subjects involved in the work and their choices. Participants were 19 professional teams of three Family Health Strategy. For data collection, observations were made, semi-structured interviews and documentary analysis. The analysis was performed with the technique of Thematic Content Analysis, Laurence Bardin, using the software AtlasTi 7.0. Among the findings related definition was two macro categories of analysis: Sources to Increase Workloads and Sources to Reduce Workloads. From the thematic content analysis, four categories and a total of 32 subjects were found in relation to the sources that increase the workload, namely: organization of the Family Health Strategy in the Federal District; structure functioning team; management work, professional relationships, and personal with the territory. Among the sources that reduce workloads, were found five categories and 29 themes, namely: motivation to work in a team; work management, structure of team functioning, professional relationships, and personal with the territory; attributes Care Basic / Family Health. The categories found three themes that characterize present sources of increased and reduced workloads. The main themes mentioned as causes of increased workloads are failures in the management and composition of the network of health care in the Federal District, hindering coordination of care. The main themes mentioned as causing reduction of loads is the teamwork and the establishment of links between professionals and those with the users of the Unified Health

Keywords: Workloads, Primary Care, Primary Health Care, Family Health Strategy; Ergology;

LISTA DE SIGLAS

ABT	Atenção Básica Tradicional
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
AR	Administração Regional
AtlasTi 7.0	Qualitative Data Analysis & Research Software 7.0
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Caps	Centro de Apoio Psicossocial
Capsi	Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil
Caps AD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Coaride	Conselho Administrativo da Ride
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCO	Dentista Centro-Oeste
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECE	Enfermeiro Centro-Oeste
Emad	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
Emap	Equipe Multidisciplinar de Apoio
EPI	Equipamento de Proteção Individual
Fepecs	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MCE	Médico Centro-Oeste

Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Pdad	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
Ride	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RA	Região Administrativa
RAS	Região Administrativa de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Unioeste	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SF	Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
SESDF	Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
Sedhab	Secretaria de Estado de Habitação, Regularização e Desenvolvimento Urbano
SHIS	Sociedade de Habitação de Interesse Social
SM	Salário Mínimo
TeCE	Técnico de Enfermagem Centro-Oeste
TsbCE	Técnico de Saúde Bucal Centro-Oeste
UFPA	Universidade Federal do Pará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNB	Universidade de Brasília

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Teto, credenciamento e implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.....	48
Quadro 2 - Teto, credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família ...	48
Quadro 3 - Teto, credenciamento e implantação da Estratégia Saúde Bucal	49
Quadro 4 - Profissionais da Estratégia Saúde da Família indicados para o estudo ..	49
Quadro 5 - Idade e sexo dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família	50
Quadro 6 - Idade e sexo dos profissionais de nível técnico da Estratégia Saúde da Família	50
Quadro 7 - Tempo de experiência profissional e na Estratégia Saúde da Família dos sujeitos do estudo	50
Quadro 8 - Fontes que aumentam as cargas de trabalho dos profissionais	52
Quadro 9 - Fontes que reduzem as cargas de trabalho dos profissionais	688

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	17
2.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NÃO MATERIAL	22
2.3	O SENTIDO DE CARGAS DE TRABALHO	28
2.4	DRAMÁTICAS DE USO DE SI NA INFLUÊNCIA DAS CARGAS DE TRABALHO	32
3	PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS	35
3.1	PERGUNTA	35
3.2	OBJETIVOS	35
3.2.1	Objetivo Geral	35
3.2.2	Objetivos Específicos	35
4	PERCURSO METODOLOGICO	36
4.1	TIPO DE ESTUDO	36
4.2	O CAMPO E OS SUJEITOS DO ESTUDO	37
4.3	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	38
4.4	A ANÁLISE DOS DADOS	39
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	40
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
5.1	DESCRIÇÃO DO CENÁRIO	42
5.1.1	O Distrito Federal – cenário do estudo	42
5.1.2	Caracterização dos sujeitos pesquisados	49
5.2	FONTES QUE AUMENTAM AS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	51
5.3	FONTES QUE REDUZEM AS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	688
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	822
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL	88
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	90
	APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	91
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
	ANEXO A - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E DAS DIRAPS	97

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSC – SC...	99
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPESC – DF	100

1 INTRODUÇÃO

No início de 2006, o Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para qualificar a gestão e ampliar a oferta e resolubilidade das ações e serviços na Atenção Básica (AB), instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (BRASIL, 2006). A política regulamenta a AB como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) fortalecendo a ideia de que a organização da AB é condição necessária para a estruturação dos outros níveis do sistema, sendo colocada como ação prioritária para as gestões federal, estadual e municipal.

A Pnab traz os princípios gerais para AB e algumas especificidades para a Estratégia Saúde da Família (ESF), elegendo-a como substitutiva das práticas assistenciais vigentes, definindo o trabalho em equipe multiprofissional como diretriz imprescindível para o planejamento da oferta de serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas comunidades assistidas.

Vale ressaltar o conceito de AB apresentado em 2006:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A AB considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (PNAB, 2006, p. 12).

A Pnab foi atualizada em 2011, tornou equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde no Brasil; estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, apresentando um conceito ampliado sobre AB (BRASIL, 2011).

Imprescindível lembrar que os sistemas de saúde orientados pela AB estão associados a menores custos, a maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. Outra questão relevante, na organização dos vários níveis do sistema, é pensar em uma AB resolutive, a qual impactará os diversos níveis de assistência como unidades de referência, de média e de alta complexidade.

[...] a Atenção Primária em Saúde como o componente principal de um sistema de saúde, devendo proporcionar diretamente todos os serviços indispensáveis para as necessidades mais frequentes adequando a

competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário. (STARFIELD, 2002, p. 198).

A ESF é a opção brasileira para expansão e fortalecimento da AB, a qual propicia aumento da cobertura de atenção à saúde, ao mesmo tempo, do acesso aos serviços, insumos e ações em saúde. No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na Região Centro-Sul do País, na década de 1990, já possuíam implantadas importantes redes de AB Tradicional (ABT), responsáveis pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro orientado pela AB com boa integração da rede de serviços é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país. (GIOVANELLA, 2008, p. 622).

Esses serviços de ABT, que existem em boa parte do País ainda hoje, se organizam em maior ou menor grau, segundo os princípios da AB. O fato é que, reconhecendo que a ESF não teve caráter substitutivo nesses lugares, é necessário que se organizem segundo os princípios da Política Nacional de AB qualificando a atenção à saúde de toda a população.

[...] duplicação de redes de atenção com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que atuam em um mesmo território, gerando, entre outros problemas, competição pela clientela, dificultando a vinculação da população, conflitos entre equipes com desqualificação do trabalho destas diante da população usuária e gastos adicionais desnecessários. Soma-se a isso a fragilidade da gestão na maioria dos mais de cinco mil municípios, muitos dos quais nem mesmo possuem estruturas organizadas de gestão e saúde, bem como a baixa capacidade de apoio técnico de muitas das SES e, em especial, de suas estruturas regionais, que são, em última instância, o primeiro ponto de contato do gestor municipal com o sistema regional e estadual de saúde. (BRASIL, 2011, p. 25).

Nossa aproximação com a elaboração de políticas destinadas à qualificação da AB – Saúde da Família, bem como a vivência na implantação da estratégia em grandes centros urbanos, permeou toda nossa trajetória profissional, proporcionando, assim, interação e interesse pelo tema. Fazemos parte da equipe de apoiadores institucionais do Ministério da Saúde há mais de 10 anos, atuando em diversas áreas nas quais a discussão da AB é fundamental na organização das redes de atenção à saúde.

A presente dissertação é um dos produtos da pesquisa Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde – Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. Trata-se de projeto multicêntrico, coordenado

pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a parceria da Universidade Federal do Pará e a Universidade de Brasília (UnB), que investiga as Tecnologias do Tipo Não Material utilizadas no setor da saúde e suas implicações nas cargas de trabalho dos profissionais, vinculados à AB (a ESF e o modelo tradicional orientado pela biomedicina).

A investigação da influência das inovações tecnológicas nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde é relevante porque, apesar da área da saúde ser sensível às mudanças atuais no mundo do trabalho, o número de estudos sobre o tema ainda é muito pequeno, especialmente no que diz respeito aos seus efeitos para a organização do setor e para a força de trabalho, por isso consideramos necessária nossa participação na pesquisa.

No atual cenário brasileiro de saúde, considerando a AB, convivem dois modelos de atenção. O modelo da biomedicina, que se sustenta nas especialidades médicas e na fragmentação da assistência, priorizando o tratamento e a cura das doenças e dos órgãos afetados, distanciando-se da integralidade e da interdisciplinaridade (MENDES, 1993), considerado Atenção Básica Tradicional (ABT). E outro modelo denominado ESF.

Considerando os dois modelos de atenção como tecnologias não materiais de organização do trabalho na AB, a ESF pode ser entendida como uma “inovação tecnológica”. A presente pesquisa investiga as implicações da Saúde da Família no aumento ou na redução das cargas de trabalho dos profissionais das equipes, considerando que a ESF traz diretrizes específicas para seu funcionamento.

[...] dois modelos assistências podem ser vistos como tecnologias não materiais de organização do trabalho em saúde: o modelo biomédico como uma tecnologia tradicional e a ESF como uma inovação tecnológica. Logo, pensa-se que esses modelos originam diferentes demandas com conseqüentes implicações na saúde dos profissionais que o executam, ou seja, podem gerar facilidades ou dificuldades, satisfação ou insatisfação, prazer ou sofrimento no trabalho, bem como aumento e/ou diminuição das cargas de trabalho das equipes. (TRINDADE, 2011, p. 18).

Os profissionais de saúde que compõem as equipes multiprofissionais da ESF enfrentam o desafio de implementar novo modelo de atenção, mais complexo do que o tradicional. Um modelo que requer, além das atividades curativas, ações voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, incluindo as educativas, realizadas em domicílios, direcionadas a grupos e em espaços que ultrapassam os muros das Unidades de Saúde.

[...] profissionais da saúde que protagonizam a mudança do modelo assistencial, ao atuarem na ESF, enfrentam um desafio, uma vez que desenvolvem ou são chamados a realizar atividades voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas realizadas em domicílios ou nas coletividades, diferentemente das unidades de saúde centradas no modelo biomédico. (TRINDADE *apud* TRINDADE, 2011, p. 18).

Este estudo articula quatro temáticas importantes: a organização da AB no Brasil; a Saúde da Família como estratégia prioritária na ampliação da assistência no âmbito da AB; o sentido das cargas de trabalho, e sua influência no cotidiano das equipes, vividas como dramáticas do uso de si, segundo referencial da Ergologia. A forma de apresentação do relatório de pesquisa foi tomando corpo, a partir da construção do referencial teórico, bem como com a finalização do trabalho de campo.

Por isso, no primeiro capítulo, é traçado um panorama do debate em torno do referencial teórico estudado ao longo da pesquisa.

O segundo capítulo apresenta a pergunta norteadora do estudo, bem como os objetivos a serem alcançados no processo de construção e implementação de todo o trabalho, até sua conclusão.

No terceiro capítulo, é apresentado o percurso metodológico e, no quarto capítulo, a discussão dos resultados, trazendo a descrição do cenário e dos sujeitos pesquisados, as fontes que aumentam as cargas de trabalho e as que reduzem as cargas de trabalho dos profissionais que atuam na ESF.

Finalmente, nas Considerações Finais, são apresentadas algumas reflexões acerca do tema estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da AB nesse processo. Os esforços dos governos, nas diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde, vêm ao encontro do consenso de que ter a AB como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes (BRASIL, 2011, p. 10).

A APS é um nível de um sistema de serviços de saúde que proporciona a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), um sistema de saúde com base na AB/Atenção Primária em Saúde, é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais, que garantem a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis pela população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo; enfatiza a prevenção e a promoção da saúde; e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. Um sistema de saúde com base na AB requer sólidas fundações legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis (OPAS, 2007, p. 8).

No Brasil, na década de 1970, as questões que envolviam a saúde passaram a ser mais intensamente debatidas, com o objetivo de superar a predominância dos atendimentos médicos individual e hospitalar. As ações coletivas não eram prioridade, a não ser nos momentos críticos, quando a população era acometida por catástrofes e epidemias. O modelo de assistência à saúde vigente na época era excludente, pois atendia apenas parte da população brasileira; estava focado em medidas curativas e individuais, sendo, os serviços de média e alta complexidades,

as referências para os usuários desse sistema. Os serviços de saúde não conseguiam dar respostas às demandas da população, pois apresentavam-se mal distribuídos; as ações eram descoordenadas e insuficientes.

Em setembro de 1978, ocorre a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata (Casaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). A conferência expressava a necessidade da ação urgente de todos os governos em promover a saúde dos povos no mundo; ressaltava que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidade; é um direito humano fundamental (BRASIL, 2011, p. 35).

Na Declaração de Alma-Ata, a proposição central era promover Saúde para Todos no Ano 2000, recomendando um conjunto de oito elementos considerados essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção no suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (OMS/UNICEF, 1979).

Considerando que o modelo de atenção à saúde da época não atendia às necessidades de toda a população, vários movimentos sociais com interesses em imprimir mudanças já se mobilizavam, antes mesmo do processo constituinte. Eram movimentos formados por profissionais de saúde, professores, políticos e pela sociedade civil, com o objetivo de cobrar os direitos à saúde universal. Sua proposição era criar um sistema de saúde. Esses movimentos cresceram e tomaram força, denominados de Reforma Sanitária, e foram determinantes no processo da democratização da saúde, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986.

A Reforma Sanitária enquanto fenômeno histórico e social poderia ser analisada como *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*: *ideia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulados de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos,

em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p. 36).

No relatório final dessa conferência, estava recomendado a organização de um SUS, descentralizado (com atribuições específicas para a União, os estados e os municípios), democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação – controle social). A 8ª CNS influencia a Constituição Federal de 1988, na qual o setor de saúde está definido como de relevância pública. O Estado, a partir dessa definição, fica obrigado a garantir, independentemente de qualquer solicitação, as condições necessárias ao atendimento à saúde da população, regulamentado pelas Leis 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, e a Lei 8.142/1990, que estabelece formas de participação da população do SUS.

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2007).

O artigo 196 da Constituição Federal, assim como o estabelecido na Lei 8.080, amplia o conceito de saúde e as possibilidades de atendimento, um avanço para o setor e exige novas formas na prestação dos serviços de saúde.

Considerando-se os princípios prescritos como estruturantes para o Sistema Único de Saúde brasileiro - SUS, a partir dos anos 1990, foram definidas políticas de fortalecimento da atenção básica e a necessidade de repensar o modelo assistencial hegemônico construído com base nos postulados da biomedicina. A política da atenção básica tem sido influenciada pelos princípios da “Atenção Primária de Saúde - APS” formulados na Conferência da Organização Mundial da Saúde realizada em Alma-Ata, 1978. (PIRES, 2010, p. 12).

A partir da criação do SUS, um novo cenário de atendimento à população começa a ser desenhado, colocando em xeque o antigo modelo da assistência centrado em medidas curativas e focado no eixo hospitalar. Na tentativa de rever esse modelo, para efetivamente conseguir atender à demanda populacional crescente que buscava pelos serviços de saúde na época, se propagaram experiências nas quais a prioridade nas ações estava centrada na prevenção, promoção e atenção precoce às doenças, assim como na interação dos serviços de saúde com a comunidade, as famílias e os indivíduos.

Essa nova proposta de atendimento faz oposição ao modelo hospitalocêntrico. Assim, o SUS vem perseguindo diversas práticas de atenção à

saúde, que contemplem o atendimento integral dos indivíduos, que possibilite a interação da comunidade no processo de saúde e doença, assim como a participação e o controle social. Embora ainda não hegemônicas, essas práticas apontam para uma efetiva possibilidade de inovação da atenção à saúde, visando a um melhor atendimento da população, ampliando o acesso do usuário ao sistema, definindo a AB como ordenadora de uma rede hierarquizada, a porta de entrada do usuário no sistema de saúde brasileiro.

Com o objetivo de capilarizar o atendimento da população brasileira, em 1994, é lançado o Programa Saúde da Família (PSF), mas a extensão nacional de sua cobertura efetiva ocorre a partir de 1995 (BRASIL, 1997). Embora exista um conceito nacional que vem trazendo contribuições para a evolução conceitual e prática da APS, mundialmente, identifica-se, nos mais de cinco mil municípios brasileiros, enorme gama de práticas sob a designação de AB ou Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde busca superar as dificuldades imprimindo uma nova dinâmica de atuação na atenção básica, redefinindo responsabilidades entre os serviços e a população. Neste sentido, os serviços de saúde passam a desenvolver as ações em saúde a partir das necessidades e demandas da população. Além disso, estabelecem parcerias, buscam ações intersetoriais, estimulando a organização da comunidade para o exercício do controle social, elegendo a família o seu espaço social como núcleo de abordagem da atenção à saúde. A reorganização da atenção básica em saúde passa, necessariamente, pela reestruturação das práticas profissionais e pelo desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional, atuando sobre um território definido e estimulando vínculos, compromissos e coresponsabilidades entre serviços de saúde, profissionais e população. (BRASIL, 1997).

Importante observar que o Ministério da Saúde vem utilizando o termo atenção básica para designar a atenção primária. A AB, como porta de entrada no sistema de saúde brasileiro, melhorou muito, desde a criação da ESF, seja ampliando o acesso das populações aos serviços, seja disponibilizando maior gama de ações de promoção, prevenção e tratamento (BRASIL, 2011).

Starfield (2002) salienta que a AB ou APS deve ser orientada pelos seguintes princípios:

1. primeiro contato: significa ser a “porta ou ponto de entrada” de fácil acesso para o sistema de saúde. A unidade deve estar disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema;

2. longitudinalidade: quer dizer responsabilidade do serviço de saúde por toda a população do território, ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doença, e da procura pela unidade. A palavra longitudinalidade deriva de longitudinal e é definida como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos;
3. integralidade: traduz-se em proporcionar atenção, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas. A integralidade exige que a AB reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las;
4. integralidade: a AB deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e ser um agente para a atenção às necessidades que devem ser contempladas em outros pontos. Deve coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e o atendimento continuado à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados;
5. abordagem familiar: o foco da atenção é a família, tendo em vista que ela desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis; que nossa sociedade se organiza tendo a família como célula-central; que o núcleo familiar funciona como tradutor de toda uma dinâmica social e a família é, essencialmente, provedora de cuidados;
6. enfoque comunitário: é fundamental conhecer, planejar e atuar, considerando os diferentes contextos da comunidade. A AB com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar, para ajustar os programas, de modo que estes atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Diz respeito também

ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção.

A expansão e qualificação da AB compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e se expressam fundamentalmente pelas ações de operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), como é apresentado no item a seguir.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NÃO MATERIAL

A partir de 2006, a organização do SUS passa a reger-se com base em um novo documento orientador, o Pacto pela Saúde, estruturado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida. Este último, estabelece um conjunto de prioridades sanitárias, dentre as quais se destaca o fortalecimento da AB, por meio da ESF. (BRASIL, 2006).

A política regulamenta a AB como o primeiro nível de assistência do SUS e elege a Saúde da Família (SF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como estratégias prioritárias. Com isso, fortalece a diretriz de que a organização da AB é condição necessária para a estruturação dos outros níveis do SUS. Em 2011, a PNAB é atualizada caracterizando a AB por meio de um conceito mais ampliado:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da

continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011).

A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Segundo a nova PNAB, seus fundamentos e diretrizes são:

- Ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;
- O serviço de saúde com capacidade para instituir o acolhimento, a vinculação, a responsabilização com resolubilidade. Ter a função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou, ainda, se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico;
- A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários, ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda e referências e

diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, aproximando as ações programáticas e a demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;
- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica institui a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. A qualificação da ESF deve seguir os princípios e as diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais na sua magnitude. A ESF deve ser entendida como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes (PAIM, 2008).

Nos últimos anos de implantação da ESF observa-se crescente ampliação da cobertura populacional. Em março de 2013, segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dos 5.570 municípios brasileiros, 5.260 possuíam equipes de Saúde da Família implantadas, o que representa, para a população brasileira, uma cobertura de 54,78%. Ampliando a estratégia, amplia-se também o acesso da população aos serviços de saúde.

A ESF obteve, no *British Medical Journal*, reconhecimento internacional. Foi considerada uma inovação para a organização da AB no Brasil: “[...] Países mais ricos poderiam aprender com a forma como as ESF brasileiras têm interferido nas

doenças crônicas, na demanda por serviços de atenção terciária e na promoção à saúde” (HARRIS; HAINES, 2010).

As tecnologias abarcam máquinas e equipamentos, bem como o modelo de organização do trabalho (inovações na gestão e nas relações de trabalho). Desse modo, as tecnologias são utilizadas para resolver problemas práticos do cotidiano e incluem tecnologias materiais e não materiais (PAIM, 2005).

Na atualidade, também é notável a influência da inovação tecnológica, seja em termos de disponibilidade de equipamentos ou em novas técnicas assistenciais, sobre diferentes campos ou especialidades do setor saúde. Assim, são impactados os conhecimentos da clínica e da epidemiologia, da saúde mental, da dimensão cultural do processo saúde-doença e os modelos de organização e gestão do trabalho (LORENZETTI *et al.*, 2012).

Toda inovação tecnológica em saúde tem por base um pensamento crítico acerca das práticas de saúde, mas nem todo pensamento crítico que se tece acerca dessas práticas configura-se como tecnologias ou resulta nelas. Assim, muito da reflexão acerca da integralidade dos cuidados ou dos próprios sentidos do cuidar em saúde pertence à esfera da filosofia ou da teoria crítica nas ciências humanas e sociais. Para ganhar sentido tecnológico, as proposições devem configurar concreta e materialmente arranjos de trabalho (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008). Na abordagem sociológica do termo, tecnologia “envolve todas as formas de técnica produtiva”, incluindo o trabalho manual e o intelectual e não é sinônimo de máquina, como entendido no senso comum. Inclui, também, a organização física da produção, as formas como as máquinas são organizadas nos locais de trabalho e a divisão e organização do trabalho. As técnicas produtivas e a organização da produção são produtos sociais, consequências de decisões humanas, portanto, tecnologia pode ser analisada como resultado de processos sociais (LORENZETTI *et al.*, 2012).

A tecnologia pode ser desdobrada em produtos/coisas materiais (como produtos para satisfação de necessidades) e em coisas não materiais (processos de trabalho, certos saberes constituídos para a geração de produtos e, inclusive, para organizar as ações humanas nos processos produtivos, incluindo tecnologias de relações de trabalho). A expressão tecnologia compreende as materiais e não materiais (LORENZETTI *et al.*, 2012).

As novas tecnologias compreendem as máquinas, os equipamentos, os diversos instrumentos, o modelo de organização das empresas e de organização do

trabalho (incluindo inovações na gestão e nas relações de trabalho) em um contexto histórico social. Envolve o nível da empresa, da fábrica ou de instituição do setor de serviços, mas, também, a relação com o nível macrossocial e com as políticas de Estado vigentes nas diferentes sociedades históricas (LORENZETTI *et al.*, 2012).

O setor da saúde, fortemente influenciado pelo paradigma da ciência positiva, tem sido sensível à incorporação tecnológica material, para fins terapêuticos, diagnósticos e de manutenção da vida, utilizando os conhecimentos e produtos da informática, novos equipamentos e materiais, mas tem sido menos agressivo na utilização de inovações do tipo não material, em especial das inovações no campo da organização e das relações de trabalho (LORENZETTI *et al.*, 2012).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz e a própria realização da atividade. (PIRES, 2010, p. 159).

As inovações podem afetar positiva ou negativamente os trabalhadores, contribuindo para mais satisfação no trabalho e para a saúde ou, em sentido oposto, promover desgaste gerador de adoecimento, acidentes, ou morte no trabalho (PIRES *et al.*, 2012).

O modelo assistencial da ESF constitui-se uma inovação tecnológica do tipo não material que propõe uma reorganização do trabalho, das práticas assistenciais e de entendimento sobre o objeto de trabalho em saúde, o qual se desloca do corpo doente para o ser humano em sua integralidade e complexidade, inserido em um contexto familiar, cultural e social. Para trabalhar nesse novo modelo, são necessárias novas competências e habilidades, que possibilitem o enfrentamento das dificuldades de promover uma mudança do modelo assistencial hegemônico fundamentado na biomedicina e que tem forte influência nos serviços de saúde e na formação dos profissionais de saúde (TRINDADE, 2011).

Essa reorganização do trabalho no âmbito da AB, por meio da SF, busca, do profissional de saúde, mais empenho e perfil para atuar na estratégia, e elementos distintos são requeridos cotidianamente para interação da equipe com o meio. A complexidade da atenção à saúde exige, ainda, o engajamento do profissional, capacidade de escuta, compromisso ético e visão integral do sujeito do cuidado. O trabalho aparece como articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos, mudança

de atitude, e, às vezes se confunde entre relações profissionais e pessoais (SCHERER; PIRES; JEAN, 2012).

A ESF tem definições próprias do seu processo de trabalho, normatizados pela PNAB, mas, muitas vezes, a prescrição não traduz o contexto social em que a equipe está inserida.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2011, p. 40-42), são características comuns do processo de trabalho da equipe:

- definir o território de atuação e a população sob sua responsabilidade;
- programar e implementar as atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, priorizando intervenções clínicas e sanitárias nos problemas, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência;
- 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;
- 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;
- promover a atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- realizar a atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- 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;
- implementar as diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, e constituição de vínculos solidários;

- participar do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações da equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidades, dificuldades e possibilidades analisadas;
- desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- realizar a atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção.

O trabalho em saúde é permeado todo o tempo por práticas multi, pluri e interdisciplinares, conforme os problemas que se colocam, as demandas surgidas e a necessidade de resolução (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 96).

Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. A prescrição não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito. O trabalho real corresponde à atividade realizada e também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

A ESF segue recomendações prescritas na PNAB, nem sempre possíveis de serem implementadas, considerando o contexto sociopolítico no qual as equipes estão inseridas. Nesse sentido, é necessária uma aproximação ao referencial teórico sobre cargas de trabalho, apresentado no item seguinte.

2.3 O SENTIDO DE CARGAS DE TRABALHO

Nesta pesquisa, foi utilizado o conceito de cargas de trabalho que busca ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos deste que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 205).

Laurell e Noriega (1989) desenvolveram a proposta teórico-metodológica para problematizar a relação trabalho–saúde que coloca no centro da análise o caráter social do binômio saúde/doença. Nesse sentido, os autores desenvolveram duas categorias centrais de análise: as “cargas de trabalho” e o “processo de desgaste”.

As cargas de trabalho podem ser entendidas como os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, as quais não atuam isoladamente, mas em combinação com outras cargas, que determinam a condição na qual o trabalhador enfrenta a lógica global do processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 231).

A consideração do “desgaste” como uma categoria interligada ao de “cargas de trabalho” permite introduzir um conceito para as transformações negativas originadas pela interação dinâmica das “cargas”, podendo ser definido, então, como a perda, efetiva e/ou potencial, das capacidades biológica e psíquica. Não se refere a um processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos complexos processos biopsíquicos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A adoção desses elementos possibilita melhor entendimento dos processos envolvidos, que consomem a força de trabalho, ou desgastam as capacidades vitais do trabalhador. Os autores ressaltam que esses elementos são importantes para a análise objetiva dos processos de trabalho e de suas articulações para a determinação da saúde. A articulação dinâmica desses elementos implica o reconhecimento de um conjunto de “cargas de trabalho” às quais o trabalhador está exposto cotidianamente.

É preciso analisar não somente as características físicas, químicas e mecânicas do objeto de trabalho, mas também porque e como chega a sê-lo, isto é, sua vertente social. Da mesma forma, os instrumentos de trabalho ou a tecnologia devem ser compreendidos, de um lado, no que diz respeito a sua conformação técnica e, de outro, como a materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho. O trabalho, finalmente, tem que ser entendido como processos corporais, mas também, como uma expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 106-107).

Os termos carga de trabalho e cargas de trabalho apresentam grafias semelhantes, no entanto, traduzem abordagens diferentes. O termo cargas de trabalho – cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas – diz respeito às condições de trabalho a que o profissional está submetido, enquanto que o termo carga de trabalho é visto pela ótica do dimensionamento de pessoal,

como quantidade de trabalho, constituindo-se uma variável do dimensionamento (TRINDADE, 2011).

Segundo Laurell e Noriega (1989) as cargas podem ser divididas em dois grupos: as físicas, químicas, biológicas e mecânicas têm materialidade externa ao corpo do trabalhador, com ele interagindo e tornam-se uma nova materialidade, enquanto que as cargas fisiológicas e psíquicas só adquirem materialidade no corpo humano.

As cargas físicas podem ser exemplificadas como ruído, vibrações, calor, umidade, que ocasionam alterações nos mecanismos fisiológicos humanos, podendo ou não ser reversíveis; as cargas químicas, consistem em poeiras, gases, vapores, fumaça, entre outras; as cargas biológicas, incluem os micro-organismos; e as mecânicas são as mais visíveis, já que convertem numa ruptura de continuidade instantânea do corpo, contusões, feridas, fraturas, decorrentes dos objetos e meios utilizados nos processos de trabalho, e formam um conjunto de cargas que possuem materialidades próprias, que se manifestam objetivamente, independentemente do corpo do trabalhador e, ao se interagirem com o corpo, acarretam danos à saúde.

O outro grupo de cargas agrupa as cargas fisiológicas e psíquicas. As cargas fisiológicas se expressam em condições de trabalho que submetem o trabalhador a esforço repetitivo, posições incômodas, postura estática, rotação de turnos, entre outras situações. Sua materialidade ocorre por meio de corpos transformados; o esforço físico pesado acarreta consumo calórico incrementado, redistribuição de sangue, hipertrofia de tecido. Alternância de turnos como cargas fisiológicas porque interfere na dinâmica do trabalhador, no seu ritmo fisiológico básico.

As cargas psíquicas subdividem-se em sobrecarga e subcarga psíquica. Tensão prolongada, atenção constante, ritmo de trabalho acelerado, trabalho perigoso, supervisão constante, entre outras, podem ser consideradas sobrecarga psíquica, enquanto a limitação do uso da capacidade mental decorrente de atividades desprovidas de conteúdo, da separação entre concepção e execução do trabalho, hierarquia, ocasionando a desqualificação do trabalhador, pode ser considerada subcarga psíquica.

Importante lembrar, considerando o conceito de cargas de trabalho aqui estudado, que as cargas interatuam entre si, potencializando os efeitos de desgaste e acarretando adoecimento diverso nos trabalhadores. Por isso, é necessário compreender o processo de trabalho global, a inserção do profissional no serviço, a

divisão do trabalho, bem como a sua produção. A abordagem ergológica nos ajuda nesse sentido, ao propor o conceito de atividade.

[...] que é a maneira como as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e tempo dados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros meios, para fazer frente às variabilidades e produzir sentido no trabalho. É um entrecruzamento de normas antecedentes e de tentativas de renormalização, na relação com o meio de vida, onde ocorre um debate permanente de valores que resultam em escolhas feitas pelos indivíduos e pelos grupos. As normas antecedentes são tudo que antecipa a atividade de trabalho que virá antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir, tais como os protocolos, as normas e os saberes conceitualizados. As renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, a transgressão de normas, assim como a construção de redes e da comunicação que toda situação de trabalho requer. (SCHERER; PIRES; JEAN, 2012).

Vale ressaltar outra questão importante. Cargas de trabalho e intensidade de trabalho são termos que estão numa relação mútua, ancorados nas situações de trabalho. São marcadas pelas singularidades da situação de trabalho e integram as características do indivíduo que deve geri-las. A intensidade de trabalho como estado relativamente estabilizado da carga sobre os trabalhadores é a carga de trabalho relacionada ao tempo, ao espaço, ao uso de si (CUNHA; ORBAN, 2005, p. 47).

A intensidade de trabalho não é quantificável na sua totalidade, posto que se inscreve parcialmente na dimensão histórica, e tem um dinamismo que lhe é próprio, orientada por projetos e gerenciada pelos atores. A intensificação do trabalho pode ser definida, de modo geral, como processo no qual os atores fazem experiência de uma intensificação sofrida pelas coerções da organização que se apresentam na situação de trabalho e nos postos de trabalho (CUNHA; ORBAN, 2005, p. 47).

Na perspectiva ergológica, a análise de carga e da intensidade do trabalho busca o ponto de vista da atividade, desvela uma dinâmica dialética permanente entre os trabalhadores e suas situações de trabalho (CUNHA; ORBAN, 2005, p. 46).

A intensidade, intensificação do trabalho, resulta das práticas de gestão e de organização do trabalho, mas igualmente da dimensão subjetiva de sua gestão, sua significação e dos efeitos estruturados pela história e pelas expectativas do indivíduo. A intensidade de trabalho é fundamentalmente relativa ao uso de si por si e por outrem (CUNHA; ORBAN, 2005, p. 42).

2.4 DRAMÁTICAS DE USO DE SI NA INFLUÊNCIA DAS CARGAS DE TRABALHO

Dramática de uso de si, originalmente, um drama – individual e coletivo – ocorre quando eventos surgem, rompendo o ritmo de sequências habituais, antecipáveis, da vida. De onde vem a necessidade de reagir, no sentido de gerir esses eventos, fazer uso de si. Ao mesmo tempo, isso produz novos eventos, que transformam a relação com o meio e com as pessoas. A situação é então matriz de variabilidade, matriz de história, porque engendra alguém diferente, por causa das escolhas a fazer (microescolhas) para gerir os eventos. Então, a atividade aparece como uma tensão, uma dramática (SCHWARTZ; DURRIVE, 2009).

A ideia de que toda atividade – todo trabalho – é sempre uso, uso de si, mas com essa dualidade, às vezes simples, e ao mesmo tempo muito complicada, que é o uso de si por si e o uso de si pelos outros. E é precisamente porque há, ao mesmo tempo, esses dois momentos, ou essas duas polaridades do uso, que todo trabalho é problemático – problemático e frágil – e comporta o drama (SCHWARTZ, 2007).

Schwartz (2003) afirma que toda situação de trabalho é singular. O uso que o sujeito faz de si no trabalho é singular. O sujeito, no trabalho, coloca-se por inteiro em atividade. Trabalhar, no sentido ergológico, é gerir um conjunto de fatores existentes em determinados momento e espaço, em benefício de um objetivo a construir. Para Schwartz, “trabalhar é gerir”.

O debate de normas não pode, entretanto, ficar muito tempo em suspenso. É necessário decidir, arbitrar, em dado momento. Com efeito, agir nos obriga a escolher: impossível passar aos atos mantendo duas hipóteses. É necessário adotar uma só maneira de fazer qualquer coisa e vem daí o posicionamento singular de agir. Cada um tende a renormalizar, a fazer sua a norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de se manter – mesmo que seja pouco – na origem do “uso de si”, mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta (DURRIVE, 2011).

Debate de normas é um processo no qual se confrontam normas antecedentes e o singular da situação de trabalho, em que é necessário arbitrar entre o uso de si ‘por si’ e o uso de si ‘pelo outro’, e assim renormatizar, criar novas normas; parte daí a noção ergológica do ‘vazio de normas’, no sentido de que, em situações de trabalho, frente à inexistência ou insuficiência de normas, é preciso

inventar. E nesse debate, que atravessa toda atividade, a pessoa se implica inteira, como corpo-si, em toda a sua complexidade, com seus valores, seu corpo, desejos, paixões, emoções, saberes, experiência, história (TRAJANO; CUNHA, 2012, p. 90).

A Ergologia tem abordagem pluridisciplinar. Mobiliza diversas disciplinas, ou áreas, como economia, ergonomia, psicologia, linguística, filosofia, sociologia, medicina, enfermagem, entre outras, para analisar o universo do trabalho. Busca sempre estudar as situações de trabalho e os saberes que emergem dos trabalhadores nessa composição, contribuem, por meio das reflexões sobre a atividade de trabalho, reconhecendo a sua singularidade e subjetividade. E corpo-si como história pessoal, herança cultural, consciência, a razão particular contida em cada ato.

Na atividade de trabalho, o corpo-si revela-se como um ser particular e um ser social. Revela o si como o próprio e o si contribuição do outro que reside em nossa história. Dramáticas do uso de si por si mesmo e por outro é o uso que fazemos de nós mesmos e o uso que o outro faz de nós para a execução do trabalho. Dramática porque existe o movimento entre norma prescrita, infidelidade do meio, renormalização e atividade singular (SCHWARTZ, 2004).

Articulam-se reflexões sobre normatividade do ser, concepção de saúde, como capacidade de renormatização, em confrontação com o meio, e uma abordagem do “sujeito” em situação de trabalho, com a introdução das noções de ‘dramáticas do uso de si’ (ou ‘usos dramáticos de si’) e uso do corpo-si (*corps-soi*) (TRAJANO; CUNHA, 2012).

Nesta perspectiva, concebe o corpo não restrito ao sentido biológico, e por isso a expressão ‘corpo-si’ (*corps-soi*), buscando-se construir novo sentido que abarque diferentes dimensões do sujeito, que não se limite a um lugar ou aspecto, mas que envolva ‘tudo que vai do mais biológico ao mais cultural’, do ambiente natural da vida ao ambiente cultural, social e psíquico, dentre tantos outros. Este corpo inserido no trabalho, como corpo-si, vai dizer sobre as *dramatiques* que atravessam a atividade industriosa, quando aquele que trabalha faz escolhas, transgride prescrições, cria normas. Há sempre um debate de normas, processo no qual se confrontam normas antecedentes e o singular da situação de trabalho, em que é necessário arbitrar entre o uso de si ‘por si’ e o uso de si ‘pelo outro’, e assim renormatizar, criar novas normas; parte daí a noção ergológica do ‘vazio de normas’, no sentido de que em situações de trabalho frente à inexistência ou insuficiência de normas, é preciso inventar. E nesse debate, que atravessa toda atividade, a pessoa se implica inteira, como corpo-si, em toda a sua complexidade, com seus valores, seu corpo, desejos, paixões, emoções, saberes, experiência, história. (TRAJANO; CUNHA, 2012, p. 90).

Essa capacidade, que somente os humanos possuem, permite-lhes usar de si mesmos como lhes convém. É isso que diferencia os seres humanos dos robôs, pois estes fazem sempre igual e tal como foram programados. Um robô não tem estado de alma, enquanto que um humano sempre hesita porque é consciente e pode escolher, adaptar-se, atualizar e, portanto, inovar (TRINQUET, 2010).

Para a Ergologia, em toda atividade e, portanto, em toda atividade de trabalho, coloca-se em prática um saber pessoal, para preencher e gerir a distância entre prescrito/real. Esse saber é o resultado da história individual de cada um, sempre singular, ou seja, adquirido da própria experiência profissional e de outras experiências (social, familiar, cultural, esportiva, etc.) e que remete a valores, à educação, em resumo, à própria personalidade de cada um (TRINQUET, 2010).

A atividade é tomada no sentido de atividade interior. É o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os “outros”. Embora essa seja uma ideia abstrata, é muito fecunda e eficaz. Definitivamente, é o que faz com que o trabalho possa se realizar e, de fato, se realiza. Na Ergologia, nomeamos essa situação de: debate de normas e de transgressões, o que, frequentemente, resulta em renormalizações (TRINQUET, 2010).

Nesse sentido, na discussão das cargas de trabalho, é possível inferir que os profissionais das equipes de Saúde da Família articulam saberes, sofrem a intensificação do trabalho, e fazem uso de si no seu cotidiano, executando normas que muitas vezes não correspondem ao processo de trabalho prescrito e à disponibilidade de recursos destinados à equipe, ao profissional. São dramáticas que impactam no aumento das cargas de trabalho ou na redução das cargas de trabalho. Mas, por vezes, essas dramáticas resultam em escolhas que contribuem para a redução das cargas.

3 PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS

3.1 PERGUNTA

Como um modelo inovador de organização do trabalho na AB, a estratégia Saúde da Família, influencia no aumento ou na redução das cargas de trabalho dos profissionais de saúde?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo Geral

Analisar a influência de uma tecnologia do tipo não material, a ESF, nas cargas de trabalho dos profissionais que compõem as equipes.

3.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as equipes da ESF contextualizando-as nos cenários institucional e histórico-social do Distrito Federal, da Região Administrativa de Saúde.

Identificar em que sentido os aspectos inovadores constantes nas práticas dos profissionais, na composição da equipe, nas relações institucionais e pessoais, na organização e gestão do trabalho, têm contribuído para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, que busca o aprofundamento e a abrangência da compreensão sobre o processo de trabalho dos profissionais vinculados à ESF. O foco principal do estudo é a análise das implicações de uma inovação tecnológica do tipo não material nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2007). Portanto, a análise qualitativa de um objeto de investigação que concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2012).

Para atingir os significados manifestos e empíricos no material qualitativo, foi utilizado o método de análise temática de conteúdo, que, segundo Bardin consiste em:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando 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 destas mensagens. (*apud* MINAYO, 2004, p. 199).

No entanto, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método, em suas investigações. O que existem, são algumas regras básicas, que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e aos objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar (BARDIN, 2011).

O estudo foi inspirado em duas abordagens teórico-metodológicas. O conceito de “cargas de trabalho” que ressalta a análise do processo de trabalho, e extrai e sintetiza elementos que determinam de modo importante o nexos biopsíquico

(LAURELL; NORIEGA, 1989). E a Ergologia, que parte da análise de situações reais de trabalho, da ação em si, mostrando que existe diversidade de possibilidades, fortemente influenciadas pelo contexto macropolítico e institucional e, também, pelas características dos sujeitos envolvidos no trabalho e por suas escolhas. A realização de atividades de natureza semelhante é influenciada pela subjetividade dos trabalhadores, seus valores e concepções de mundo, as quais se expressam nas dramáticas do uso de si por si e pelos outros, resultando em múltiplas diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito (SCHWARTZ, 2004).

Não houve medição das cargas de trabalho. A análise realizada deu-se a partir da percepção dos profissionais das equipes, pelo relato das suas experiências no cotidiano do trabalho.

4.2 O CAMPO E OS SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se no Centro-Oeste, Distrito Federal, em três Regiões Administrativas de Saúde (RAS), em Unidades de Saúde da Família (USF), pelo conhecimento e facilidade de acesso à rede básica e pelo fato de a gestão estadual ter como prioridade de ação a conversão do modelo tradicional biomédico para a ESF, a qual é o foco deste estudo. O trabalho de campo foi realizado no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013, com três equipes da ESF.

Para selecionar os sujeitos, foi utilizada a amostragem intencional e de conveniência, consideradas amostragens não probabilísticas, ou seja, embora exista a possibilidade de atingir toda a população, a amostra refere-se a uma parte que estava prontamente acessível (COSTA NETO, 1977). Na amostragem intencional, o pesquisador deliberadamente escolhe certos elementos para pertencer à amostra, por julgar tais elementos relevantes sobre a população enquanto que a amostragem por conveniência inclui elementos, na amostra, sem probabilidade previamente específica das conhecidas (COSTA NETO, 1977).

Nesse sentido, foram selecionadas equipes da ESF indicadas por serem de boa qualidade pelo gestor da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal), e que receberam reiteradas indicações pelos diretores das Regionais de Saúde participantes.

Alguns critérios de inclusão das equipes foram apresentados aos gestores, para subsidiá-los nas indicações, como: equipe com processo de trabalho consistente na percepção do gestor; equipe atendendo ao preconizado pelo MS na Pnab; equipe de SF completa, possibilitando tipificar suas características, como inovação tecnológica de organização do trabalho na AB; profissionais de saúde. Desse modo, foram excluídos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os trabalhadores do setor administrativo e de limpeza; UBS (unidades de saúde da família) que abrigassem apenas equipes da ESF.

Dessa maneira, participaram da pesquisa três equipes, totalizando 19 profissionais, sendo três médicos, três enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, três dentistas e três técnicos em Saúde Bucal (SB).

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos: roteiro para análise documental (Apêndice A); roteiro para observação (Apêndice B), e roteiro para entrevistas semiestruturadas (Apêndice C).

A análise documental, bem como a observação, auxiliaram na compreensão do modelo assistencial, e na análise dos dados obtidos nas entrevistas.

Foram analisados os documentos disponíveis nas unidades de SF, como livros de registro dos atendimentos programados; livro ata de reunião; livros de registro para controle dos programas básicos implementados na unidade, como: pré-natal, puericultura, atenção às pessoas com agravos crônicos, atenção à SB, coleta de Papanicolau, entre outros; normas e rotinas das equipes; composição das equipes; divisão do trabalho e formas de organização e gestão do trabalho; dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); fichas e formulários utilizados pela equipe no atendimento ao usuário; fichas e formulários utilizados pela equipe na gestão da USF. As observações foram realizadas ao longo da pesquisa, totalizando mais de 104 horas, com registro em diário de campo.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os profissionais de três equipes de SF das Regionais Administrativas XVII; XXI e XV indicadas, para identificar:

- A estrutura organizacional e o cenário político-social em que as equipes da ESF estão inseridas;
- Composição das equipes, organização e divisão do trabalho, e caracterização das práticas assistenciais dirigidas aos usuários;
- A percepção dos profissionais a respeito das consequências do modelo de atenção sobre as cargas de trabalho, e sua influência na saúde dos mesmos.

As entrevistas semiestruturadas ocorreram em horários previamente acordados entre a pesquisadora e os profissionais das equipes de SF, de acordo com a disponibilidade de cada um deles, e foram realizadas nas próprias unidades, com exceção de uma profissional, que solicitou ser entrevistada em sua residência. Todas foram gravadas e tiveram média de duração em torno de 60 minutos. Em seguida, foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

O trabalho de campo foi precedido da autorização da Secretaria Estadual de Saúde, bem como das Diretorias Regionais de Saúde onde as unidades indicadas estavam inseridas. Ocorreu sensibilização dos profissionais das equipes, por meio de reunião nas unidades de SF, com apresentação detalhada, para as equipes, dos objetivos da pesquisa, o percurso metodológico, explicando passo a passo a participação dos profissionais. Foi entregue a cada uma das equipes um resumo sobre a pesquisa, esclarecendo o conceito de Cargas de Trabalho.

Os dados obtidos pelos três instrumentos contribuíram para dar segurança na análise dos resultados. Os dados foram coletados no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

4.4 A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo, de Bardin (2011), e os recursos disponíveis no *software* AtlasTi, versão 7.0, serviram como ferramenta para sistematizar os dados e subsidiar a análise. O AtlasTi consiste de um *software* para análise de dados qualitativos.

Após transcrição das entrevistas, na pré-análise, e durante a leitura flutuante, “[...] primeira atividade que consiste em estabelecer contato com os documentos a

analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações.” (BARDIN, 2011, p. 126), foi feita a exploração do material para identificar os núcleos de sentido e, por fim, sua organização em temas que deram origem as categorias.

Assim, a transcrição das entrevistas alimentou o banco de dados, constituindo, a partir disso, a “unidade hermenêutica”, linguagem utilizada pelo *software*. Os recursos do programa possibilitaram a criação de códigos (*code*) que indicaram os núcleos de sentido e as unidades de análise. Posteriormente, foram identificadas as “*quotations*” (linguagem do *software*), ou verbalizações, que ilustraram os códigos criados, representando as citações da fala dos sujeitos.

Para a construção das categorias, definiu-se o tema como unidade de registro. Assim, após identificados, os temas foram agrupados para compor a definição das categorias empíricas e garantir a validade e fidedignidade do processo. Esse início foi feito por meio do *software* AtlasTi 7.0.

Em seguida, procedeu-se a uma reavaliação das categorias considerando os critérios de validade e fidedignidade: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, exclusividade. A partir dessa reavaliação, chegou-se à definição das categorias, que foram analisadas com base no referencial teórico definido para esta pesquisa.

A análise foi focalizada na percepção dos profissionais sobre as implicações positivas ou negativas de trabalhar na equipe de SF, procurando identificar em que “medida” interferem no aumento e na redução das cargas de trabalho dos profissionais.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Foi solicitado o consentimento das instituições envolvidas (Anexo A), bem como a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), dos profissionais que participaram. Além disso, foi garantido o direito à informação, a participar ou não da pesquisa, e ao anonimato no trato das informações obtidas.

As falas dos sujeitos utilizadas no texto foram identificadas por meio da denominação da categoria profissional – médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, técnico de SB –, com a sigla que especifica a estratégia SF, da região onde foi realizada a pesquisa, e o número de ordem. Conforme instrução registrada no roteiro da entrevista (Apêndice C).

A pesquisa é parte de um projeto multicêntrico, coordenado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a parceria da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Universidade de Brasília (UnB), por isso consta a aprovação do Comitê de Ética da UFSC, sob o número 971/2010 (Anexo B). E no Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), sob o número 058/2012, publicado em 20 de fevereiro de 2012 (Anexo C).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados da pesquisa estão organizados, neste capítulo, em três partes. Na primeira, é apresentado o cenário estudado e os sujeitos da pesquisa; na segunda, as fontes que aumentam as cargas de trabalho; e, na terceira parte, as fontes que reduzem as cargas de trabalho.

As fontes que aumentam, ou reduzem, as cargas de trabalho dos profissionais, foram elaboradas a partir da análise de sentido,

[...] técnica de análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. (BARDIN, 2011).

Na análise temática de conteúdo, foram consideradas as entrevistas com os profissionais das equipes de SF, enquanto que os relatórios da observação, bem como a análise documental, instrumentalizaram a discussão.

5.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

5.1.1 O Distrito Federal – cenário do estudo

O Distrito Federal (DF) é uma unidade da Federação atípica e guarda características da gestão estadual como também da municipal. Compartilha dos problemas que afligem as demais regiões brasileiras também em amplo desenvolvimento. O DF, em si, não tem sede e compreende um quadrilátero de 5.789,16 quilômetros quadrados, com população de 2.609.998 habitantes (IBGE, 2012), cuja área tem como função resguardar o centro governamental do País. Nos ordenamentos geográfico e político, o DF faz divisa com os municípios dos estados de Goiás e Minas Gerais.

O território do DF foi dividido em 29 Regiões Administrativas (RA). Conforme a Constituição Federal de 1988, artigo 32, fica expressamente proibida a divisão do DF em municípios, visto que é considerado território uno. Entretanto, divisão do DF em regiões administrativas foi estabelecida pela Lei 4.545/1964, que também

instituiu as ARs. A cada RA corresponde uma AR, à qual cabe representar o governo do DF e promover a coordenação dos serviços com o interesse público local. Essa regionalização objetiva a execução das várias funções governamentais, como forma de melhor integrar e harmonizar as ações do governo como um todo, inclusive as ofertas de serviços e ações de saúde.

O entorno, considerando as fronteiras com os estados de Goiás e Minas Gerais, influenciam diretamente na definição de políticas públicas para o DF, que devem ser pensadas considerando a participação da população do entorno nos serviços públicos do DF. Essa relação não se dá apenas pela proximidade geográfica e tampouco é restrita à área da saúde, mas pode ser observada em outras áreas, como educação, transporte, segurança e meio ambiente.

O percentual de participação de habitantes da região do entorno no DF nos serviços públicos do Distrito Federal geram demandas extras, não programáveis e não pactuadas entre os respectivos gestores, que acabam por competir pelo acesso com os habitantes naturais do DF. Assim, os recursos repassados pelo ente federal são calculados com base na população do DF, mas as ações executadas são destinadas a um público maior e de complexa mensuração. Sendo assim, é necessário pactuar ações e serviços dentro dos princípios operacionais do sistema para superar as dificuldades existentes entre o Distrito Federal e seus vizinhos. (DISTRITO FEDERAL, 2011a, p. 12).

Para fazer frente aos desafios e às dificuldades relacionadas às diversas políticas públicas, alguns esforços comuns estão sendo desenvolvidos, por intermédio da parceria entre os governos do DF, de Goiás e Minas Gerais. A constituição de um colegiado de gestão da saúde, na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride), tem envolvido gestores e dirigentes do DF, dos estados e dos municípios que compõem a região integrada do entorno do DF, visando ao planejamento colegiado para a oferta de ações de saúde.

Na área da Saúde, o Conselho Administrativo da Ride (Coaride) constituiu o Grupo de Trabalho Saúde (GT Saúde), sob a coordenação do Ministério da Saúde e com a participação dos Ministérios da Integração Social; e do Planejamento, Orçamento e Gestão; das Secretarias Estaduais de Saúde de Goiás, Minas Gerais e do DF e dos municípios do entorno, objetivando a estruturação de alternativas de soluções técnicas, de financiamento e de gestão para os problemas de saúde detectados na Ride.

Apesar dos avanços conquistados, há muito o que percorrer no sentido de viabilizar ações e serviços de saúde na RIDE que impactem de maneira pró-ativa na construção de um processo de regionalização efetivo. Entre as

medidas necessárias, foram propostas: melhoria da infra-estrutura dos municípios para atacar vazios assistenciais; qualificação da gestão dos serviços para otimizar custos operacionais; aperfeiçoamento e capacitação dos profissionais para melhor qualificação da atenção à saúde prestada; e, como maior desafio, a coordenação dessas ações entre os estados envolvidos – DF, MG e GO. (DISTRITO FEDERAL, 2011a, p. 12).

No sistema de saúde do Distrito Federal predominam estabelecimentos de saúde sob a administração direta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Compõem, esta rede, unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integradas, proporcionam variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária em saúde até as de mais complexidade (serviços especializados de média e de alta complexidade). Todo esse conjunto, interligado por seus diferentes papéis em rede, é orientado pelos princípios gerais da política de saúde do DF.

A configuração da rede pública de saúde do DF está estruturada da seguinte forma: 121 centros de saúde/unidades básicas de saúde; 50 postos de saúde; 197 equipes da ESF; 65 equipes de SB tipos I e II implantadas; 1.039 ACS atuando; 5 Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (Nasf); quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA) porte III; quatro Centros de Apoio Psicossocial, sendo um Caps I e três Caps II; um Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPsi); quatro Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPsad); 11 Centros de Especialidade Odontológica (CEO); equipes do Melhor em Casa; nove Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emads) e duas Equipes Multidisciplinares de Apoio (Emaps); 30 unidades de suporte básico; e sete unidades de suporte avançado, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

As unidades hospitalares estão assim configuradas: 17 hospitais gerais; um hospital dia; um hospital especializado. São unidades de apoio: uma central de radiologia; dois laboratórios regionais; um centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica; um laboratório central; cinco unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia; 17 unidades de vigilância em saúde; 12 clínicas especializadas/ambulatórios especializados; uma escola com formação superior, técnica e treinamentos; uma fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde; uma diretoria de saúde do trabalhador (BRASIL, SCNES, 2013).

Com relação à organização dos serviços, é necessário mobilizar recursos políticos, técnicos e financeiros, englobando as ações para ampliação dos

serviços e ações básicas de saúde; o aumento da resolubilidade da Estratégia Saúde da Família; estruturação de um sistema racional de referência e contrarreferência; fortalecimento da capacidade de gestão local da saúde, qualificação de profissionais e dirigentes, desprecarização dos vínculos trabalhistas, instituição de uma cultura de planejamento centrado nos reais problemas de saúde da população e o fortalecimento do Controle Social. (DISTRITO FEDERAL, PES, 2010, p. 208).

O planejamento, bem como as decisões relativas à organização e qualificação dos serviços de saúde do DF, contam com a participação do Conselho de Saúde, instância permanente, colegiada e deliberativa, que faz parte da estrutura regimental da SES-DF.

O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CS-DF tem por finalidade atuar na formulação da política de saúde e no controle de sua execução, no âmbito do Distrito Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados. (DISTRITO FEDERAL, 2011b).

O CS-DF desempenha o papel de definir a política e as diretrizes gerais a serem adotadas no setor de saúde, aprovar e opinar sobre Projetos de Lei, e deliberar sobre quaisquer outros assuntos de interesse. Mantém agenda de reuniões ordinárias mensais, e reuniões extraordinárias, quando necessárias.

O presente estudo foi realizado em três RAs: Riacho Fundo (RA XVII), Riacho Fundo II (RA XXI) e Recanto das Emas (RA XV).

A RA do Riacho Fundo foi criada em 1990, como espaço territorial para programa de assentamento habitacional, na época, estratégia do governo do DF para acabar com as invasões ilegais de terras. Uma das medidas do programa foi lotear a granja Riacho Fundo e transferir para lá as famílias residentes da invasão do Bairro Telebrásilia e de outras localidades, cadastradas na antiga Sociedade de Habitação de Interesse Social (SHIS), a atual Secretaria de Estado de Habitação, Regularização e Desenvolvimento Urbano (Sedhab).

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (Pdadm) de 2013, a população urbana estimada do Riacho Fundo é de 37.278 habitantes enquanto, no ano de 2011, era de 35.268. A taxa média geométrica de crescimento anual do Riacho Fundo, entre as duas Pdads, de 2011 e 2013, é 2,81% ao ano. A maior parte da população é constituída por mulheres (54,47%).

Da população total do Riacho Fundo, destaca-se elevado percentual daqueles que não estudam (68,56%). E, entre os que estudam (31,43%), 18,29% frequentam a escola pública. No tocante à ocupação dos moradores de Riacho Fundo, observa-

se que, entre os que têm idades acima de 10 anos, 53,63% ocupam atividades remuneradas, enquanto 10,26% estão aposentados. Os desempregados somam 4,48% dessa população.

No que diz respeito à ocupação remunerada, o Setor Terciário envolve 94,82% das pessoas, das quais 26,01% estão no Comércio, 23,36% nos Serviços Gerais, e 21,34% na Administração Pública. A Construção Civil responde por apenas 4,04%. A renda domiciliar média é da ordem de R\$ 4.354,00, correspondente a 6,42 salários-mínimos (SM) e a renda *per capita* é de R\$ 1.330 (1,96 SM).

Quanto à aquisição de Plano de Saúde, 62,94% da população não conta com esse serviço. Dos que os têm, 28,89% são planos empresariais e 8,17%, planos individuais, o que demonstra que a população do Riacho Fundo é 62,94% dependente do SUS. Quanto à utilização de hospital público/UPA, 60,22% da população faz uso desse serviço. O posto de saúde não é utilizado por 23,98% das pessoas. Dos que o utilizam, 80,53% procuram a unidade da própria RA. O restante vai para outras RAs, principalmente o Núcleo Bandeirante.

O Riacho Fundo II se originou de um parcelamento do Riacho Fundo e tornou-se RA em 2003. Segundo a Pdad 2010/2011, a população urbana do local é composta de 38.936 habitantes, dos quais 23,3% têm até 14 anos de idade, 69,2% está entre 15 e 59 anos e 7,5% tem mais de 60 anos de idade. As mulheres constituem 50,8% da população local. Registra uma taxa de crescimento populacional de 12,2%, cinco vezes maior do que o Distrito Federal, que foi de 2,3% no mesmo período.

Nessa RA, 99,2% dos domicílios têm abastecimento de água e esgotamento sanitário pela rede, e serviço de limpeza urbana. Além disso, 98,8% dos domicílios contam com ruas asfaltadas, 96,7% têm meio-fio, 97,3% possuem iluminação pública e 98,8% dispõem de rede de água pluvial. Os estudantes representam 31,8% da população; a maioria matriculada em escolas públicas. A renda domiciliar média da população da cidade é de R\$ 2.212,00, valor correspondente a 4,3 SMs. Já a renda *per capita* é de R\$ 639,00. Cabe destacar que aqueles que recebem acima de 10 SM representam apenas 8,5% e os que têm renda domiciliar de no máximo um SM compõem 6,9% da população.

A RA do Recanto das Emas foi criada em 28 de julho de 1993, com o objetivo de atender ao Programa de Assentamento do Governo do Distrito Federal. Segundo

a Pdad de 2013, o número estimado de domicílios urbanos é de 35.488 e a população urbana é de 133.527 habitantes. A média de moradores por domicílio urbano é de 3,76 pessoas. A taxa média geométrica de crescimento anual do Recanto das Emas, entre as duas Pdades, de 2011 e 2013, é de 3,5%, enquanto no DF, conforme os Censos de 2000 e 2010, a taxa foi de 2,3%.

A maior parte da população é constituída por mulheres (50,70%). Da população total do Recanto das Emas, 32% são estudantes e, destes, a maioria (25,70%) frequenta a escola pública. No tocante à ocupação dos moradores, entre os que têm acima de 10 anos, 49,23% exercem atividades remuneradas, enquanto 6,21% estão aposentados. Os desempregados somam 5,60% da população total.

Os serviços envolvem 87,60% das pessoas, sendo 26,43% nos serviços gerais, 29,12% no comércio e 8,91% na administração pública. A construção civil responde por 10,54%. A renda domiciliar média apurada na pesquisa foi da ordem de R\$ 2.346,00, correspondente a 3,77 SMs e a renda *per capita* é de R\$ 683,00 (1,10 SM). A distribuição da renda domiciliar bruta mensal é de dois a cinco SMs, faixa que concentra 46,81% da população, seguido da renda de um a dois SMs (25,03%) e 9,13% ganha até um SM.

Quanto à aquisição de Plano de Saúde, 84,10% da população não conta com esse serviço. Dos que os têm, 12,40% são planos empresariais e 3,30%, planos individuais, o que demonstra que a população do Recanto das Emas é 84,10% dependente do SUS.

Quanto ao hospital público, 76,4% da população declara que faz uso desse serviço. Em relação ao posto de saúde, 12,30% disse não utilizar esse serviço público. Das pessoas que o utilizam, 91,93% procuram o posto de saúde da própria RA. O restante vai para outras RAs, principalmente Brasília e Taguatinga.

No DF, as estratégias de trabalho dos ACS, a SF e SB tiveram início no período de

1999-2002, as decisões sobre as mudanças do modelo biomédico para implantação do Programa Saúde em Casa envolveram a equipe do governo e o próprio Governador. Não houve publicação, ou aprovação no Conselho de Saúde de planos específicos para a reorganização da APS, portanto, não houve participação dos Conselhos de Saúde no processo decisório e de formulação da proposta, que ficou circunscrita aos atores governamentais, na figura dos servidores públicos e dos gestores nomeados pelo Governador. (GÖTTEMS, 2010, p. 161).

Atualmente, são estratégias prioritárias para o governo do DF, que vem ampliando a cobertura populacional na AB por meio da ESF, inaugurando espaços ou unidades de saúde chamadas Clínicas da Família. A situação atual de implantação das estratégias de trabalho dos ACS, SF e SB ainda retrata baixa cobertura populacional no DF, considerando a competência financeira de repasse pelo Ministério da Saúde à SES-DF no mês de abril de 2013. Essa situação está retratada nos Quadros 1 a 3.

Quadro 1 - Teto, credenciamento e implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde					
			UF – DF	Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2013	4	2.609.998	1	6.525	2.500	1.039	597.425	22,89

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

A análise da implantação da estratégia dos ACS, segundo o credenciamento realizado pelo MS, indica que a SES-DF dispõe de 2.500 agentes e os que atuam efetivamente no território chegam a 1.039, o que representa uma cobertura de 22,89% da população total.

Vale ressaltar que o teto de ACS, ou seja, o total de profissionais que o MS pode financiar com recursos federais ao estado, é de 6.525 agentes, o que representaria a cobertura de 100% da população.

Quadro 2 - Teto, credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família					
			UF – DF	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2013	4	2.609.998	1	1.087	360	197	679.650	26,04

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

No caso da ESF credenciada no MS, a SES-DF dispõe de 360 equipes, mas atuando efetivamente no território há 197, o que representa uma cobertura de

26,04% da população total. O teto de equipes disponível é de 1.087 agentes, que representaria uma cobertura de 100% da população.

No caso das equipes de SB, o percentual de cobertura é ainda mais baixo. Caracterizando que não existe uma proporção compatível com o número de equipes de SF. A SES-DF tem credenciadas, no MS, 180 equipes de SB, mas atuando efetivamente no território há apenas 65 equipes, entre modalidades I e II.

Quadro 3 - Teto, credenciamento e implantação da estratégia Saúde Bucal

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde Bucal				
			UF – DF	Modalidade I		Modalidade II	
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantadas
2013	4	2.609.998	1	147	63	33	2

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

5.1.2 Caracterização dos sujeitos pesquisados

Os sujeitos participantes do estudo são profissionais das equipes de SF, com uma equipe em cada RA: Riacho Fundo (RA XVII), Riacho Fundo II (RA XXI) e Recanto das Emas (RAXV), totalizando três equipes e 19 profissionais. No Quadro 4, visualiza-se a representação da população do estudo.

Quadro 4 - Profissionais da estratégia Saúde da Família indicados para o estudo

RS	Médico	Enfermeiro	Dentista	Técnico de Enfermagem	Técnico em Saúde Bucal
RA XVII	1	1	1	2	1
RA XXI	1	1	1	3	1
RAXV	1	1	1	2	1
TOTAL	3	3	3	7	3

Os profissionais que trabalham na ESF, com formação de nível superior, possuíam, no momento da coleta de dados, em média, 36 anos de idade, com mínima de 30 anos e máxima de 62 anos. Predominam sujeitos do sexo feminino (Quadro 5).

Quadro 5 - Idade e sexo dos profissionais de nível superior da estratégia Saúde da Família

RS	Médico		Enfermeiro		Dentista	
	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade
RA XVII	M	37	F	62	M	35
RA XXI	F	31	F	36	F	30
RAXV	F	32	M	30	M	33

Os profissionais que trabalham na ESF, com formação técnica, possuíam, no momento da coleta de dados, em média, 35 anos de idade, com mínima de 30 anos e máxima de 47 anos. Predominam sujeitos do sexo feminino (Quadro 6).

Quadro 6 - Idade e sexo dos profissionais de nível técnico da estratégia Saúde da Família

	Técnico em Saúde Bucal		Técnico de Enfermagem	
	Sexo	Idade	Sexo	Idade
RA XVII	F	46	M	32
			M	30
			F	36
RA XXI	F	27	F	38
			F	47
RAXV	F	35	F	30
			F	35

Os profissionais, na maioria, apresentam experiência profissional de mais de cinco anos, considerando a área de formação na saúde. Os profissionais das equipes de SB estão a menos tempo atuando na equipe de SF, com até 1 ano de vinculação. As equipes de enfermagem e os médicos, na maioria, atuam na equipe entre 1 e 5 anos (Quadro 7).

Quadro 7 - Tempo de experiência profissional e na estratégia Saúde da Família dos sujeitos

Entrevistas	Tempo de experiência profissional			Tempo de experiência profissional na equipe SF		
	até 1 ano	de 1 ano até 5 anos	mais de 5 anos	até 1 ano	de 1 ano até 5 anos	mais de 5 anos
Dentista	P1:DCE1			x	x	
	P2:DCE2			x	x	
	P3:DCE3			x	x	
Enfermeiro	P4:ECE1			x		X
	P5:ECE2			x		x
	P6:ECE3			x		x
Médico	P7:DCE1		x			x
	P8:DCE2			x		x
	P9:DCE3			x	x	

Continua

Continuação

	Entrevistas	Tempo de experiência profissional			Tempo de experiência profissional na equipe SF		
		até 1 ano	de 1 ano até 5 anos	mais de 5 anos	até 1 ano	de 1 ano até 5 anos	mais de 5 anos
Técnico de Enfermagem							
	P11:TeCE2			x	x		
	P12:TeCE3		X			x	
	P13:TeCE4			x		x	
	P14:TeCE5			x		x	
	P15:TeCE7			x		x	
	P16:TeCE7			x		x	
Técnico de Saúde Bucal	P17: TsbCE1		X		x		
	P18: TsbCE2			x	x		
	P19: TsbCE3			x	x		

Quanto à escolaridade, entre os profissionais de nível superior, há sete com curso de pós-graduação. Entre os profissionais de nível médio, todos têm formação técnica, pré-requisito para o concurso público, e cinco profissionais possuem formação de nível superior e atuam como nível médio, situação encontrada nos consultórios de odontologia. Os profissionais que atuam como técnicos em SB têm formação em odontologia. Na ESF, todos os profissionais possuem contrato de 40 horas semanais.

5.2 FONTES QUE AUMENTAM AS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

São quatro categorias empíricas e 32 temas, elaborados a partir da análise das entrevistas, que considerou a percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho na AB atuando em uma equipe da ESF, questões consideradas positivas e/ou negativas do processo de trabalho. Procurou-se identificar em que “medida” essas questões interferem no aumento das cargas de trabalho (Quadro 8).

Vale ressaltar que o relatório das observações e da análise documental subsidiou todo o processo da análise e discussão. Não foi aplicado o método de Bardin (análise temática de conteúdo), nesses relatórios.

Quadro 8 - Fontes que aumentam as cargas de trabalho dos profissionais

Macrocategoria	Categorias	Temas	Nº de Verbalizações
Aumenta Cargas de Trabalho	1. Organização da ESF no DF	Falhas na gestão	{22-0}
		Falhas na rede de atenção	{27-0}
		Baixa resolubilidade	{9-0}
		Descontinuidade das ações	{3-0}
		Excesso de demanda	{10-0}
		Falta de preparo da equipe de ESF	{3-0}
		Organização do trabalho da equipe	{5-0}
		Fechamento da produção/estatísticas da equipe	{9-0}
		O registro da produtividade não considera as especificidades da estratégia SF	{4-0}
		Realizar trabalhos administrativos	{10-0}
	2. Estrutura de funcionamento da ESF	Equipamento inadequado	{3-0}
		Falta de informatização	{3-0}
		Falta de recursos materiais e insumos para assistência	{11-0}
		Falta de EPI	{2-0}
		Infraestrutura inadequada	{15-0}
		Atrofia técnica	{1-0}
	3. Gestão do Trabalho	Desigualdade salarial	{5-0}
		Equipe na mesma unidade de SF	{4-0}
		Escassez de recursos humanos	{5-0}
		Falta de investimentos na saúde dos trabalhadores	{1-0}
		Jornada de 40 horas	{2-0}
		Precariedade/fragilidade no vínculo dos ACS	{6-0}
		Sobrecarga de trabalho	{9-0}
	4. As relações profissionais, pessoais e com o território	Dificuldades no relacionamento interpessoal	{3-0}
		Impacto do trabalho na vida pessoal	{5-0}
		Violência	{6-0}
		Trabalhar em equipe	{2-0}
		Assumir o trabalho que não é de ninguém	{10-0}
		Ansiedade do usuário	{5-0}
		Estabelecimento de vínculos	{6-0}
		Demanda reprimida de usuários	{9-0}
	Território de atuação da equipe superestimado	{12-0}	
Total – 1	1	32	227

A seguir, é apresentada a descrição das categorias, acompanhada dos temas e exemplos de verbalização. Considerando que 227 verbalizações foram analisadas na macrocategoria - aumenta cargas de trabalho, optou-se por apresentar apenas uma para ilustrar cada tema.

1. Organização da ESF no DF

Descrição: Essa categoria traduz as falhas na gestão da ESF, questões relacionadas à Regional de Saúde (RS) e à estrutura da SES-SF, bem como falhas na rede de assistência à saúde, considerando os serviços de apoio às equipes. Na gestão, a falta de apoio da coordenação regional nos processos que propiciam a ampliação do acesso do usuário à rede. Equipes atuando de forma isolada, sem discussões ou suporte técnico, para melhor qualificar os processos de trabalho dos profissionais. Em relação ao suporte dos outros níveis do sistema, falta de protocolos instituídos de referência e contrarreferência, dificultando o atendimento longitudinal dos usuários, quando necessitam de especialidades médicas ou odontológicas. Equipes referindo baixa resolubilidade na assistência, ocasionando a descontinuidade das ações. Excesso de demanda; falta de preparo dos profissionais frente a situações de urgência. Produção ou estatística das equipes como fator negativo e não como fator que propicia planejamento. Trabalhos administrativos referidos pela equipe de enfermagem como ação que demanda muito tempo e considerada não pertinente ao rol de ações relativas ao profissional.

Temas:

- ✓ Falhas na gestão {22 verbalizações};
- ✓ Falhas na rede de atenção {27 verbalizações};
- ✓ Baixa resolubilidade {9 verbalizações};
- ✓ Descontinuidade das ações {3 verbalizações};
- ✓ Excesso de demanda {10 verbalizações};
- ✓ Falta de preparo da equipe de ESF {3 verbalizações};
- ✓ Organização do trabalho da equipe {5 verbalizações};
- ✓ Fechamento da produção/estatísticas da equipe {9 verbalizações};
- ✓ O registro da produtividade não considera as especificidades da ESF {4 verbalizações};
- ✓ Realizar trabalhos administrativos {10 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

Antigamente, até o final do ano passado, tínhamos um único chefe na regional, responsável pela demanda de todas as equipes da SF. No final do ano passado, foram criados três cargos, houve uma divisão dessa chefia em três cargos, se eu não me engano, são os seguintes: políticas públicas e políticas de saúde, gerência de monitoramento do acesso e qualidade e uma outra gerência relacionada com a referência e contrarreferência. Mas ninguém veio aqui na equipe para explicar qual a diferença; eu precisava resolver um problema relacionado a férias de um membro da equipe e eu não sabia a quem deveria me dirigir, e muitas vezes nem o próprio responsável por aquilo sabia que era ele a dar resposta. Porque o nome do cargo dele não dava a entender que aquilo era atribuição dele. (P 5: ECE2).

[...] questões relacionadas ao fluxo de referência e contrarreferência trazem insatisfação e aumentam a carga de trabalho. Se você encaminha um paciente para um especialista, é porque precisou dele, da sua opinião. Quando essa avaliação não chega, você muitas vezes vai ter que encaminhar o paciente a outro médico, ou buscar resolver sozinha, ou buscar outra fonte. Essas situações geram muito mais preocupação com o seu trabalho, você vai ter que buscar outra fonte para tentar resolver o problema do paciente. (P 7: MCE1).

Na dor temos indicado a UPA, pelo menos para o adulto esperar o chamado da equipe. Essa limitação do atendimento à dor nos afeta, para quem está com dor é difícil. É difícil você abrir a porta do consultório e dizer: Volte amanhã, para quem está com dor. A gente se frustra, às vezes, é ruim ver um adulto ou uma criança indo embora com dor. E não tem um serviço para oferecer, tem mais 200 na sua frente, ou tem outro que está sendo atendido com dor. Muitos têm dor. É ruim a lista de espera. Mas já temos esse escape, podemos dizer: Está com dor, é dor aguda, procura a UPA, lá você vai fazer pelo menos um paliativo. (P 19: TsbCE3).

Outra coisa é que, cada dia, chega um projeto novo que devemos desenvolver. Muitas vezes, estamos com projeto em andamento, temos que parar para fazer outro tipo de projeto. Isso ocorre quando há mudança de chefia. (P 18: TsbCE2).

A demanda é muito grande, estamos numa área carente, onde temos uma demanda reprimida muito grande. Quando vamos à casa das pessoas, eles ficam muito felizes, mas, ao final, quando você fala que vai marcar, mas que o chamado para o tratamento vai demorar um pouco, gera uma insatisfação nas pessoas. (P 2: DCE2).

[...] tivermos um óbito aqui; eu chamei um colega de fora que é mais experiente, a gente não espera viver uma situação como essa aqui, são situações vistas mais em hospitais. A equipe, muitas vezes, não está preparada para situações como essa; quando ocorreu, todo mundo ficou desesperado, eu fiquei sozinha. As meninas foram para o corredor chorar. O enfermeiro não estava aqui, o médico da

outra equipe também não estava. Então, quando esse outro colega chegou, eu estava sozinha com o corpo aqui na sala, tentando explicar para a família o que havia acontecido. Então, esse meu colega disse: Como eu estava sozinha? Como a minha equipe havia me deixado sozinha? Depois eu pensei: Uai, mas ninguém sabia o que fazer, todos estavam meio perdidos. Deixaram o problema para eu resolver. (P 8: MCE2).

[...] eu já vi equipe que a marcação de consultas é responsabilidade dos agentes. Aqui, isso não funciona assim, acho que é outro problema. Se o agente de saúde marcasse a consulta, seria melhor. Muitas vezes, a gente tem dificuldade em saber até mesmo quem é morador da área; a pessoa chega aqui com um comprovante de domicílio, mas que não consta o nome dela. E você não tem como saber se ela é moradora da área ou não. (P 13: TeCE4).

Quando chega o final do mês, tenho que fechar produção, tenho que fechar a minha produção, a dos ACS, da equipe de enfermagem, do médico. Tudo é o enfermeiro que tem de fechar. Todo tipo de estatística é para o enfermeiro fazer. Porque eles fazem a parte dele, mas o consolidado, o fechamento, é o enfermeiro. Tenho que fazer algumas avaliações, principalmente do trabalho dos ACS, analisando o número de visitas com o número de diabéticos, de hipertensos, de gestantes. Contar quantas visitas eles fizeram. Quando não faz visitas, porque não fez. É onde eu percebo as omissões, tem situações dos programas de saúde que deveriam ter muito mais pacientes cadastrados acompanhados e eles não têm. (P 6: ECE3).

[...] essa cobrança por um maior número de atendimento me deixa muito insatisfeita porque tem médico que consegue atender o número de pacientes que eu atendo em duas horas, mas tem dias que eu não lancho, no meio do expediente, muitas vezes nem no banheiro eu vou, porque fico preocupada com o paciente, aquele último que chegou no início da manhã e continua esperando. Atendo sem parar, sem beber água, sem ir ao banheiro, esse tipo de coisa. Não gosto de atender ao paciente rapidamente, porque sei que o paciente vai ficar voltando porque eu não resolvi o problema dele, então acho que essa cobrança pelo maior número de pacientes me deixa muito insatisfeita por isso. (P 7: MCE1).

[...] aumenta nossa carga de trabalho; são os serviços administrativos, e outros serviços, que julgo não ser da nossa competência. Como pegar prontuário, guardar prontuário, marcar consulta. Acho que não são atribuições do técnico. A nossa função mesmo de técnico acho bem tranquila, o que pesa mesmo são essas outras atribuições. Trabalhos administrativos, como controlar as agendas, marcar consulta, abrir prontuário, abrir cartão, toda essa parte com papel. Mexer com arquivo. (P 15: TeCE6).

A categoria evidencia falhas na gestão da estratégia, componente importante no apoio às equipes bem como na ampliação e qualificação da assistência. As

falhas na gestão implicam situações que repercutem na organização da equipe, as deixam presas em normas sem significado aparente para os profissionais. Situações que levam à baixa resolubilidade da assistência na unidade. Muitas vezes, a equipe renormaliza, a fim de atender especificidades loco-regionais, incorporando à prescrição uma nova normalização, mas não deixando de realizar o trabalho.

[...] as normas antecedentes são, aproximadamente, as prescrições, procedimentos, conraintes, relações de autoridade, de poder, mas também os saberes científicos, técnicos, as regras jurídicas, as experiências acumuladas, tudo que antecipa a atividade de trabalho que virá antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir. E as renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, furo de normas, construção de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requer, sem por outro lado jamais antecipar aquilo que elas serão, na medida que estas renormalizações são feitas por seres e grupos sempre singulares, em situações de trabalho sempre, elas próprias, em parte singulares. (SCHERER *apud* SCHWARTZ, 2011, p. 70).

Falhas no desenho da rede que dá suporte às equipes trazem diversas cargas, a exemplo a cognitiva-psíquica. O profissional sente-se desamparado pelo sistema e, ao mesmo tempo, responsável pela coordenação do cuidado do usuário, muitas vezes sem ter resposta adequada e formação. As falhas nos processos de referência e contrarreferência aparecem nas situações em que os profissionais necessitam da estrutura básica da assistência, como Caps, atenção domiciliar, apoio diagnóstico, CEO, UPA, bem como das especialidades médicas e dos serviços de alta complexidade. Apesar da RS, no desenho da rede, contar com todos esses pontos de atenção da rede, previamente definidos, o sistema de referência e contrarreferência não funciona.

Em relação à política de APS, partiu-se da concepção que o modelo de sistema de saúde no Distrito Federal, hoje, é predominantemente hospitalocêntrico e biomédico, em que pese a APS ter entrado na agenda do governo local, desde o final da década de 70 e ter sido alvo de sucessivos planos de reorganização ao longo de, aproximadamente, 30 anos. A evolução dessa política ocorreu de forma descontínua e fragmentada e, atualmente, caracteriza-se pelo baixo potencial resolutivo para os problemas de saúde da população; está submissa e acessória ao modelo hospitalar, com frágil capacidade de operacionalização dos princípios de coordenação do sistema, longitudinalidade, abordagem familiar, orientação comunitária, e não se impõe como porta de entrada ao sistema e à atenção integral. (GÖTTEMS, 2010, p. 238).

Outra questão citada nessa categoria envolve os diversos programas solicitados pela RS para que a equipe implemente, sem o monitoramento e avaliação adequados dos processos ou programas que já estavam em andamento, trazendo descontinuidades nas ações e na oferta dos serviços.

Situações como essa aumentam as cargas de trabalho, pois os profissionais têm que renormalizar os programas que vinham sendo implementados à medida que outros chegam, com a exigência da gestão de operá-los junto à comunidade. Os profissionais referem a dificuldade em argumentar com os usuários de que aquele programa deixou de ser implementado.

A organização do trabalho, quando especifica os postos, as competências, as qualificações e as relações entre as pessoas produz implicitamente um modelo sobre o que os sujeitos apreendem e pensam sobre si mesmos. Quando a organização diz ao trabalhador que deve se ater ao prescrito, ela interdita formas de conhecimento que poderiam problematizar a questão do trabalho como lugar e momento de produção de eficácia. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O relato da falta de preparo da equipe para a abordagem técnica, em determinadas situações de atendimento dentro da unidade, demonstra vazios de conhecimento. A SES-DF, e/ou RS, tem ofertas de capacitação e/ou atualização em temas específicos sobre protocolos de atendimento a agravos. Esses processos formativos são pontuais, focados em tema previamente definido pelo grupo gestor, e destinados às categorias profissionais que compõem a equipe de forma isolada, não envolvendo a equipe como um todo num processo de educação permanente. A exemplo do atendimento médico, a situação de urgência fica sob a responsabilidade do médico, ou do enfermeiro, sem que a equipe atue de forma conjunta na resolução do problema ou para minimizar alguma situação relacionada aos usuários.

Aparentemente, na formação dos profissionais de saúde, ainda predomina o prestígio do *expert*, do especialista, versado nas técnicas avançadas e em equipamentos de última geração que notabilizam hospitais, localizados nas capitais. Reproduz-se, nas escolas, a formação que prestigia essa cultura e que reforça a resistência ao saber generalista na ESF. Assim, são necessários investimentos na formação dos profissionais da ESF, para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais, com qualificação de suas práticas para o cuidado direto aos indivíduos e famílias, em seu ambiente familiar e social, bem como tornar mais claro quais são as competências necessárias às equipes para melhor atuar na atenção básica, especialmente na ESF. (TRINDADE, 2011, p. 85).

O registro da produção da equipe não é considerado pelos próprios profissionais e pela gestão da RS, como uma ação estratégica para planejamento do processo de trabalho. A produção é considerada como burocracia, que demanda muito tempo, fragmentada entre os membros da equipe com o objetivo de suprir o banco de dados da secretaria, sem nenhum processo de *feedback* entre a gestão e os profissionais que estão na assistência.

Os registros nos sistema de informação com base nacional, principalmente o Siab, é ferramenta fundamental para a análise epidemiológica e estatística da atuação da equipe. São citados na Pnab como competência intrínseca da gestão, bem como dos profissionais (BRASIL, 2011).

As ações administrativas aparecem fortemente, no relato dos profissionais, como um elemento que aumenta as cargas de trabalho psíquicas, físicas, pois algumas vezes são de responsabilidade dos profissionais de nível médio e também dos ACS, como é o caso da abertura de prontuário, do arquivamento dos prontuários, dos registros nos livros em que a equipe anota as intercorrências da unidade e os procedimentos realizados; da busca dos resultados de exames solicitados pela equipe na unidade de referência; da solicitação da RS e organização na unidade dos formulários e impressos que a equipe utiliza. Dessa forma, tanto a análise documental, a observação, quanto as entrevistas apontam para a sobrecarga da equipe de enfermagem na execução dessas ações.

2. Estrutura de funcionamento da ESF

Descrição: Equipamentos inadequados que, muitas vezes, trazem aumento das cargas de trabalho, pelo fato de o profissional improvisar. Dentista refere, por exemplo, que instrumental inadequado compromete a empunhadura durante assistência. Falta de insumos básicos para atendimento, como algodão, material para curativo e medicamentos. Falta de EPI, principalmente para consultório odontológico. A não informatização da unidade prevê sobrecarga de trabalho entre os profissionais que preenchem manualmente as fichas para relatórios de produção. A infraestrutura inadequada das USFs é o tema com mais expressão entre os profissionais, pois ressalta a falta de consultório, de salas para acolhimento, de sala específica para coleta de preventivo, entre outras situações. Trabalhar na estratégia SF causa “atrofia técnica” pelo fato de o profissional executar no consultório de odontologia somente atendimentos básicos, referenciando os atendimentos mais complexos.

Temas:

- ✓ Equipamento inadequado {3 verbalizações };
- ✓ Falta de informatização {3 verbalizações};
- ✓ Falta de recursos materiais e insumos para assistência {11 verbalizações};

- ✓ Falta de EPI {2 verbalizações};
- ✓ Infraestrutura inadequada {15 verbalizações};
- ✓ Atrofia técnica {1 verbalização}.

Exemplos de Verbalização:

[...] às vezes, não tem material exato para fazer um procedimento, então, você tem que adaptar, muitas vezes a empunhadura não é a mesma; às vezes, é melhor você não fazer para evitar algum problema. Às vezes, dá para fazer com outro, mas temos que fazer mais força. As canetas de alta rotação, muitas vezes, os encaixes não são os mesmos, cai a broca, você tem que ir lá e encaixar, alguns materiais mais antigos. (P 1: DCE1).

[...] tudo é tão manual, tudo é tão moroso. Estamos na era da tecnologia, mas eu ainda tenho que pegar uma calculadora e calcular. Vou chegar na unidade no final do mês e, certamente, eu vou ter que fechar a produção. Então, aquele negócio tão antiquado, tão obsoleto, não tem nada em rede, não tem nada interligado, informatizado. Tem, muitas vezes, que fazer mais de duas vezes a mesma coisa, isso é muito desgastante. (P 4: ECE1).

[...] uma parte negativa é a falta de material; por exemplo, mês passado, faltou algodão, tivemos que fazer rolinho com algodão normal. Uma coisa simples, mas, muitas vezes, não temos como trabalhar; o paciente vem de longe e muitas vezes tem que desmarcar, porque não tem algodão. (P 1: DCE1).

[...] as luvas para utilizar na higienização do material, pegamos com as meninas da limpeza. Ultimamente, até o gorro. (P 18: TsbCE2).

Muitos profissionais que vêm trabalhar na atenção primária e enfrentam problemas com infraestrutura, não acabam ficando, acho que isso é um grande problema da não fixação, só alguns profissionais, como eu, com parafuso a menos, que acabam ficando. Porque gostam. As questões relacionadas à falta de infraestrutura é que me causa maior insatisfação. (P 9: MCE3).

Vejo como desvantagem. Trabalhar na SF é sofrer atrofia técnica, você não desenvolve o trabalho, você faz muito trabalho educativo e pouco procedimento, fazemos o trivial, limpeza, restauração, poucas extrações, porque não tem o material adequado, então, a parte técnica, que é a confecção de prótese, a ortodontia, que é tratamento de canal, trabalho de gengiva, que é a periodontia, fica atrofiado. O profissional ganha em relação à educação do paciente, a parte de prevenção. Mas a parte técnica perde completamente, totalmente. (P 2: DCE2).

No que diz respeito à estrutura mínima necessária para as equipes desenvolverem seu trabalho, tanto a observação quanto a análise das entrevistas constata a precariedade da infraestrutura nas unidades de saúde onde as equipes

estão inseridas. As unidades são pequenas, algumas abrigam mais de uma equipe; não dispõem de número adequado de consultórios para enfermeiro e médico, não dispõem de sala de acolhimento, de recepção humanizada, com ambiência adequada à espera, consultórios que permitam a realização do exame clínico adequado, pois não dispõem de banheiro, espaço necessário para algumas intervenções, como coleta para exame de Papanicolau.

Nenhuma USF participante da pesquisa dispõe de sala de vacina; a sala de procedimentos é pequena, as farmácias não acomodam a medicação de forma adequada; o mobiliário é precário, muitas vezes adquiridos pelos membros da equipe, como gaveteiros e caixas organizadoras.

Os instrumentos necessários à realização de procedimentos, como curativos, retirada de pontos, dreno, entre outros, são insuficientes; em uma das unidades, não havia autoclave para esterilização do material. Quanto aos equipamentos para atenção à saúde bucal, no que tange aos instrumentais, alguns são inadequados, causando carga física e desgaste do profissional para improvisar e readaptar empunhadura.

As unidades não dispõem de equipamento para estabilização do paciente, no caso de urgência. No consultório de odontologia, algumas vezes, o dentista tem que otimizar horário de atendimento pelo fato de dividir a cadeira com outro profissional.

A falta de insumos básicos incapacita a equipe para melhor atuação: falta de gases, algodão, medicamentos, material para divulgação do trabalho da equipe, entre outros.

A falta de informatização nas unidades interfere no processo de registro da produção e estatísticas da equipe, um dos fatores que, no relato dos profissionais, aumenta a carga, é o fato de toda a produção ser registrada manualmente, para, no final do mês, ser consolidada.

Vale ressaltar as competências descritas na Pnab para estados e municípios em relação à garantia de infraestrutura mínima adequada e o abastecimento com insumos e equipamentos necessários ao trabalho dos profissionais na equipe, cito:

consultório médico e de enfermagem, consultório odontológico, consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento, sala de administração, sala para atividades coletivas, área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimento, sala de vacina, área de dispensação de medicamentos, sala de armazenamento de medicamentos, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação. Existência e manutenção regular de estoque dos insumos

necessários para o funcionamento permanente da unidade de saúde. (BRASIL, 2011, p. 36).

3. Gestão do Trabalho

Descrição: Os salários são diversos, entre os profissionais da equipe; a diferença mais apontada é entre profissionais de níveis médio e superior com os ACS. Esses últimos são contratados na modalidade celetista, sendo que os demais são funcionários públicos estaduais. Outra questão é a condição colocada pela gestão regional, em acomodar mais de uma equipe de saúde da família numa mesma unidade, as quais não detêm infraestrutura adequada, e a jornada de trabalho de 40 horas é colocada como desmotivadora para atuação na estratégia. A falta de investimento em programas que promovam a saúde do trabalhador também foi descrita. Considerando a análise temática, o número de verbalizações identificadas e relacionadas aos temas que compõem essa categoria e com maior relevância foi “precarização/fragilidade no vínculo dos ACS” com total de seis verbalizações.

Temas:

- ✓ Desigualdade salarial {5 verbalizações};
- ✓ Equipe na mesma unidade de saúde da família {4 verbalizações};
- ✓ Escassez de recursos humanos {5 verbalizações};
- ✓ Falta de investimentos na saúde dos trabalhadores {1 verbalização};
- ✓ Jornada de 40 horas {2 verbalizações};
- ✓ Precariedade/fragilidade no vínculo dos ACS {6 verbalizações};
- ✓ Sobrecarga de trabalho {9 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

Acho que os salários são muitos discrepantes, entre os profissionais da equipe. Uns ganham muito. Se fosse fazer uma escala entre os profissionais, poderíamos ver que os salários são muito diferentes. Isso cria algum desafeto. Você assume responsabilidade, assina documentos, mas não ganha nada por isso. (P 4: ECE1).

Aqui no posto de saúde, nós somos três equipes; no momento, duas delas incompletas, alguns estão de licença, mas quando todas as equipes estão completas, são três médicos e três enfermeiras, e três consultórios, então, fica todo mundo fazendo atendimento, porque as enfermeiras também fazem atendimento, atendimento de CD, pré-natal, fazem prevenção. Mas não dá para todos atenderem ao mesmo tempo. (P 7: MCE1).

[...] somos apenas duas técnicas de enfermagem na nossa equipe. Muitas vezes, pela demanda ser muito grande, acaba sobrecarregando. Somos apenas duas para atender uma demanda grande de pacientes, muitas vezes eles não sabem esperar, acabam ficando nervosos, se alterando. Chega com dor, tem que esperar. Aí, o paciente também acaba ficando insatisfeito. Isso sobrecarrega a gente. Se tivesse mais funcionários. Um funcionário só para a farmácia, essa sobrecarga diminuiria sobre mim; aí eu poderia ajudar mais a comunidade, poderia fazer mais visita, poderia resolver algum problema do paciente que o ACS tenha registrado. Se colocar mais funcionário, se distribuir mais as atribuições, ficaríamos menos sobrecarregados, ara mim, eu poderia dar mais de mim. (P 12: TeCE3).

Não tem um programa educativo que nos ajude a evitar lesões por efeito repetitivo, isso não tem. Acho que, no posto mais central, tem o programa de alongamento matinal. Então é assim... Acho que falta olhar mais para o lado humano do profissional, e menos a produção, acho que não pode ser só a produção. (P 2: DCE2).

[...] aqui, vejo vantagens, temos o final de semana livre, agora, essa tarde de folga durante a semana. Eu acho que 40 horas para o SF é um dos motivos dos médicos não fixarem, porque é muito difícil, eles querem o consultório deles, também trabalhar no hospital e acaba que essas 40 horas obrigatórias do médico limitam um pouco, então, aquele médico que vai optar por fazer um ambulatório no hospital para poder ver coisa diferente, fazer coisa diferente, do que ficar aqui só neste feijão com arroz todo dia, então, talvez, se o SF, a carga horária fosse menor, tivesse mais fixação dos médicos. (P 7: MCE1).

Mas os ACS são celetistas, percebo que não são tão contentes com seu processo de trabalho; eles gostariam de ser estatutários. Gostariam de ter os mesmos direitos que os estatutários. Mesmo a secretaria acrescentando algumas coisas, alguns benefícios, que estão tendo agora, como o abono, que não tinham, e neste ano passam a receber. Mas, mesmo assim, não tem tudo que um estatutário tem. Então, esse contrato deficitário deixa o grupo dos ACS insatisfeitos. Às vezes, a depender do trabalho que é solicitado, eles não estão com toda a disposição para fazer. Mas não quer dizer que não fazem, mas sempre reclamando. (P 6: ECE3).

Ter apenas dois técnicos de enfermagem numa equipe para atender a uma unidade toda, onde tudo tem que funcionar, farmácia, curativo, medicação, triagem, guarda de material, guarda de prontuário, emergência, paciente em observação, onde tudo isso é executado por dois técnicos de enfermagem. Tudo isso é ao mesmo tempo. Chegam as pessoas na unidade, você tem que fazer triagem, faz uma medicação, um curativo, corre e bate na porta do consultório da médica. Mesmo a gente tendo organizado as coisas por horário, ainda é complicado. Somos apenas dois técnicos de enfermagem. A sobrecarga fica imensa, muito serviço para ser desenvolvido ao mesmo tempo, muitas vezes, saímos tão cansadas e ainda com a impressão que não realizou tudo o que estava sob sua responsabilidade. (P 14: TeCE5).

No que diz respeito à gestão do trabalho, os profissionais deparam-se com problemas relacionados às desigualdades salariais entre os membros da equipe como um fator que aumenta a carga psíquica. Muitos referem que a estratégia SF preconiza o trabalho em equipe e ressaltam o valor desse atributo na qualificação da assistência e na organização do processo. No entanto, os profissionais de nível médio têm diferenças salariais entre a categoria dos técnicos e os ACS. Entre os membros da equipe de nível superior, também existem grandes variações, em relação aos rendimentos.

É preciso investir em melhores salários, na qualificação do vínculo empregatício e dos planos de cargos e salários, pois estes são aspectos primordiais para amenizar as cargas de trabalho, elevar a satisfação dos profissionais de saúde e seu comprometimento com o serviço. (TRINDADE, 2011, p. 170).

Os profissionais de níveis médio e superior são todos estatutários, têm complementação salarial pelo trabalho na ESF, enquanto os ACS não, pois a contratação deles é na modalidade celetista, o que determina mais precariedade na vinculação institucional com a SES-DF.

Outra questão relevante, na gestão do trabalho, é o fato da equipe ter que cumprir 40 horas semanais. Relatam que atuar em RAs distantes de Brasília dificulta o estabelecimento de outros vínculos, principalmente no caso do profissional médico.

A atuação de mais de uma equipe numa mesma unidade de saúde, também aparece como elemento que aumenta as cargas de trabalho. Por meio da observação, análise documental e das entrevistas, foi constatada essa situação, pois duas das equipes que participaram do estudo convivem, numa unidade de infraestrutura precária, com outras equipes.

A estrutura física não comporta o número de profissionais, quando as equipes estão completas, fazendo com que dividam os espaços da unidade que são comuns a todos, reorganizem fluxos internos de atendimento, de forma a otimizar horários para utilizar os consultórios por meio de escalas de trabalho. Quando as equipes não estão completas, ocorre sobrecarga de trabalho e desgaste do trabalhador; os profissionais que permanecem na unidade acabam assumindo as ações de atenção à saúde dos usuários que residem em áreas não cobertas.

Os relatos de escassez de recursos humanos traduzem a situação das equipes incompletas que, muitas vezes, permanecem nessa situação por diversos

meses, pois a SES-DF, para recompô-las, necessita realizar concurso público para profissionais de nível médio e de nível superior; no caso dos ACS, de processos seletivos simplificados.

Algumas vezes, as equipes são consistidas novamente por meio de permuta ou remanejamento entre profissionais que atuam na ESF. A escassez de recursos humanos repercute na fala dos profissionais da equipe de enfermagem, que atestam existir apenas dois técnicos de enfermagem para compor a equipe e que o número é insuficiente, tendo em vista o número elevado de ações de enfermagem.

Outra necessidade apontada em termos de recursos humanos necessários, é ter, na unidade, um apoio administrativo, que se responsabilize por todas as questões administrativas, desresponsabilizando, assim, os profissionais das equipes pelas respostas a essas demandas.

A SES-DF não dispõe de nenhum programa de educação em saúde do trabalhador; quando ocorre algum acidente de trabalho, os procedimentos relacionados seguem os protocolos definidos para cada situação, como os acidentes com material perfurocortante.

O modelo da Saúde do Trabalhador no Brasil permanece em construção e, por mais que se evidenciem avanços, os esforços deixam transparecer que ainda não são suficientes para redução mais efetiva dos acidentes e agravos, bem como faltam investimentos para melhor fiscalização das condições de trabalho. (TRINDADE, 2011, p. 102).

4. As relações profissionais, pessoais e com o território

Descrição: Essa categoria ressalta as relações interpessoais entre os profissionais, e o trabalho em equipe como uma relação negativa. A relação com o processo de trabalho, que interfere na dinâmica pessoal do profissional, dificulta a separação do trabalho e da vida pessoal e familiar, bem como a violência urbana. A ansiedade do usuário, que não respeita a organização da equipe, na solicitação de atendimento; o estabelecimento de vínculos com o usuário, causam no profissional desconforto emocional perante a não possibilidade de atendimento, considerando o número da demanda reprimida e o território superestimado. Outra questão relevante é o profissional citar que assume o que é dos outros membros da equipe, como

responsabilidades comuns à manutenção da unidade de saúde e sua coordenação, por exemplo.

Temas:

- ✓ Dificuldades no relacionamento interpessoal {3 verbalizações};
- ✓ Impacto do trabalho na vida pessoal {5 verbalizações};
- ✓ Violência {6 verbalizações};
- ✓ Trabalhar em equipe {2 verbalizações};
- ✓ Assumir o trabalho que não é de ninguém {10 verbalizações};
- ✓ Ansiedade do usuário {5 verbalizações};
- ✓ Estabelecimento de vínculos {6 verbalizações};
- ✓ Demanda reprimida de usuários {9 verbalizações};
- ✓ Território de atuação da equipe superestimado {12 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

Como as meninas, muitas vezes, falam, às vezes, aquele que você mais ajuda é aquele que primeiro o apunhala, digamos assim. Isso me traz insatisfação no trabalho. Às vezes, não consigo compartilhar isso, eu mesma tenho que me resolver. Às vezes, até aceitar, ficamos muito focados nisso e é possível criar amarguras que podem prejudicar todo o resto. Não vejo muitas alternativas que possam melhorar meu trabalho. (P 4: ECE1).

[...] Eu levo muito trabalho para casa. (P 5: ECE2).

[...] quando chego em casa, já chego cansada, não consigo frequentar uma academia, ficar muito tempo na frente da televisão. Às vezes, quando saio daqui e vou dirigindo, já estou sentindo muito sono, dor nas pernas. Eu mesma não consigo tratar da minha saúde, estou adiando uma cirurgia, pensando na unidade. (P 14: TeCE5).

Aqui, nesta equipe, temos muitos problemas com tráfico de drogas; tem muitos traficantes que eu já conheço e sei quem é. Eu já morava aqui, antes de trabalhar aqui, mas, como morador, vivenciava menos os problemas da comunidade. Agora que estou trabalhando e morando é que comecei a conhecer melhor os elementos. Isso é até um pouco perigoso. Agora sei quem vende e quem compra. (P 9: MCE3).

Dentro da conformação da ESF, tem vários profissionais, com várias formações. E com níveis de interesse diferentes, então, coordenar uma equipe, trabalhar com a equipe, é o ponto que mais dá trabalho, que demanda mais tempo. Talvez insatisfação, você lida com vários atores de diversas formações, então tem dificuldade maior com determinado profissional, é mais difícil. (P 9: MCE3).

[...] algumas coisas que são comuns para a unidade, questões com medicamento, suprimentos, coisas que são ligadas à unidade. Quem cuida disso é a enfermeira. Eu acabo sempre tendo que cuidar dessas coisas. Mesmo que eu tente me afastar, diga que não sou a responsável pelo posto, as pessoas sempre me procuram. Desde o guarda até o administrativo, se reportam a mim, mesmo que eu tente fugir dessa responsabilidade. Aumenta minha carga, sim, eu tenho demandas da minha equipe e também tenho que assumir essa demanda do posto, que não é só minha, mas que alguém tem que dar resposta, tem que acontecer. Pelo fato de me colocarem como responsável, as coisas tinham que sair. Agora, antes de sair de férias, eu tive que fazer todo o levantamento patrimonial da unidade, eu e o menino do administrativo, fazendo. Se não fosse assim, ninguém faria. (P 4: ECE1).

[...] tenho pacientes que chegam aqui e percebem que eu não estou bem, e, ao mesmo tempo, não me cobram. Outros, que me pegam ali na porta, e dizem que é só uma coisinha, outra coisinha. Tenho que dizer que estou cheia de coisas, mas insistem e, muitas vezes, eu fico com eles até dez minutos, eles me seguram. Não conseguem entender que a unidade está lotada, querem que eu atenda naquele momento, pedem para colocar como encaixe. Mas já estou saindo daqui mais de meio-dia, mais que 18 horas, quase todos os dias. (P 8: MCE2).

[...] você vai criando vínculos com o paciente, meio que se responsabiliza por ele, então, fico chateada, porque eles não usam o remédio; vêm sempre com o mesmo problema, então, fico acompanhando, diferente do plantão, que dá o remédio e se livra do paciente, eles sempre estão voltando, então, isso dá um peso psicológico maior do que quando trabalha num pronto-socorro ou num hospital, ou enfermaria, em que tem o contato com o paciente e depois nunca mais o vê; se responsabiliza por ele num curto período. Aqui, não, encontra diariamente com ele, gerando preocupação com ele, um pouco de peso, assim, do trabalho. (P 7: MCE1).

[...]é mais fácil apontar a questão da demanda reprimida. As equipes ainda não conseguem ofertar atendimento para todos, não que seja um problema da equipe mas sim do tamanho da demanda. Frustra um pouco não poder atender todo mundo. (P 17: TsbCE1).

Estamos num momento, na minha equipe, de recadastramento. Nossa área de cobertura estava com nove mil pessoas. É impossível, uma equipe de saúde da família, realizar a cobertura de uma população como essa. (P 9: MCE3).

Nas questões relacionais, os profissionais deparam-se com problemas entre os membros da própria equipe e membros de outras equipes que dividem o mesmo espaço dentro da unidade. Há situações interpessoais envolvendo os usuários, que, por vezes, demonstram ansiedade na procura do atendimento na unidade, muitas vezes não respeitando a dinâmica de trabalho instituída pela equipe. Solicitam

atendimento fora dos horários prescritos, mesmo não sendo urgência. “As dificuldades de implantação das diretrizes da ESF interatuam com as múltiplas necessidades apresentadas pelos usuários, resultando em um cenário que traz insatisfação para estes e para os profissionais” (TRINDADE, 2011, p. 78).

O estabelecimento de vínculo entre o profissional e o usuário aparece como elemento que aumenta a carga de trabalho, principalmente a psíquica, no que tange à relação da responsabilização instituída na ESF como um atributo. O profissional fica emocionalmente envolvido. Outra questão que aumenta a carga é a violência urbana; as equipes atuam em áreas potencialmente fragilizadas em relação à segurança pública; são populações vulneráveis ao tráfico de drogas.

Profissionais relatam a dificuldade em estabelecer limites entre o processo de trabalho instituído dentro da unidade e a vida pessoal. Alguns não conseguem se ausentar da equipe nem mesmo para tratamento médico. Outros levam trabalho da unidade para realizar em casa, principalmente as ações relacionadas a relatórios de produção e administrativos.

Trabalhar numa equipe também aparece como elemento que aumenta as cargas de trabalho, pois nem todos os profissionais têm preparo para o trabalho multiprofissional. São diversos perfis e saberes, que devem ser incorporados nas ações de saúde, quando a equipe funciona harmonicamente.

Há relatos de profissionais que têm de assumir trabalhos comuns para a equipe, ou trabalhos que não são de ninguém. A coordenação ou o gerenciamento das unidades é um exemplo. O profissional que assume essa função, na maioria, exerce lideranças na equipe.

Ainda é um desafio, para os gestores, instituir processos de apoio técnico aos profissionais das equipes, com discussão sobre processo de trabalho, focando o trabalho em equipe como um dinamizador na ampliação e qualificação da assistência na AB-SF.

No Brasil, em que pese mais de duas décadas de experimentação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), têm sido verificados problemas e desafios que apontam para a necessidade de se produzir avanços no que se refere a questões estruturais, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de política de pessoal, da coexistência de modelo de unidades básicas e de ESF, da capacidade da ESF se constituir, de fato, no ordenador e organizador do sistema de saúde. Além disto, tem sido apontado para a necessidade de se alterar a gestão processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, superando-se a tradicional organização por profissões, avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar. (BRASIL, 2010, p. 12).

A demanda reprimida de usuários traz desconforto para os profissionais das equipes; alguns territórios ainda demonstram vazios assistenciais, de modo que, quando a equipe começa a atuar nesses territórios, a oferta de serviços é bem mais reduzida, em relação à procura, acarretando, para as equipes, longas filas de espera de usuários para atendimento odontológico, por exemplo. Ou para a oferta de ações relacionadas à saúde da mulher ou criança.

Outro elemento importante no aumento das cargas de trabalho são os territórios superestimados das equipes. A partir da atualização da Pnab, em 2011, foi redefinido o número de pessoas que deve ser adstrito às equipes de SF, no máximo 4 mil pessoas, com a média recomendada de 3 mil pessoas, respeitando critérios de equidade, para essa definição. O número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias dos territórios. Assim, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deve ser a quantidade de pessoas direcionadas por equipe.

5.3 FONTES QUE REDUZEM AS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentre as questões consideradas positivas e/ou negativas, no processo de trabalho, cinco são da categoria empírica e 29 envolvem temas, elaborados a partir da análise das entrevistas, segundo a percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho na AB atuando em uma equipe da ESF. Procurou-se identificar em que medida essas questões interferem na redução das cargas de trabalho (Quadro 9).

O relatório das observações e da análise documental subsidiou a todo o momento o processo da análise e discussão. Não houve aplicação do método de Bardin (análise temática de conteúdo) nesses relatórios.

Quadro 9 - Fontes que reduzem as cargas de trabalho dos profissionais

Macrocategoria	Categorias	Temas	Nº de Verbalizações
Reduz Cargas de Trabalho	1. Motivação para trabalhar na ESF	Autonomia profissional	{6-0}
		Afinidade com trabalho	{12-0}
		Morar próximo da unidade	{1-0}
		Menor risco biológico	{4-0}

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

Macrocategoria	Categorias	Temas	Nº de Verbalizações
Reduz Cargas de Trabalho	2. Gestão do Trabalho	Apoio da equipe gestora da RS	{4-0}
		Concurso público	{6-0}
		Incentivos governamentais na ESF	{3-0}
		Salário	{3-0}
		Divisão do trabalho na equipe	{8-0}
		Organização da equipe	{8-0}
	3. Estrutura de funcionamento da ESF	Disponibilidade de recursos materiais e insumos para assistência	{5-0}
		Infraestrutura inadequada	{3-0}
		Equipe SF completa	{1-0}
	4. Relações profissionais, pessoais e com o território	Bom relacionamento interpessoal	{12-0}
		Participação/presença do ACS	{8-0}
		Presença e ações do líder da categoria profissional	{1-0}
		Reconhecimento do trabalho	{2-0}
		Satisfação do usuário	{5-0}
	5. Os atributos da AB – SF	Acolhimento	{7-0}
		Estabelecimento de vínculo com o usuário	{15-0}
		Foco na família/Comunidade	{4-0}
		Foco na integralidade da assistência	{5-0}
		Foco na longitudinalidade do cuidado	{8-0}
		Foco na prevenção	{4-0}
Promoção da qualidade de vida do usuário		{1-0}	
Realizar visita domiciliar		{5-0}	
Trabalho interdisciplinar		{2-0}	
Trabalho em equipe		{27-0}	
Resolubilidade na assistência		{7-0}	
Total – 1	5	29	177

A seguir, é apresentada a descrição das categorias, acompanhada dos temas e exemplos de verbalização. Considerando que 177 verbalizações foram analisadas na macrocategoria – reduz cargas de trabalho, optou-se por apresentar apenas uma para ilustrar cada tema.

1. Motivação para trabalhar na ESF

Descrição: Entre as questões que motivam os profissionais das equipes a trabalhar na ESF, há situações que ressaltam a autonomia profissional, afinidades com o trabalho, ou seja, com os atributos da ESF: poder solicitar às gerências regionais de

saúde vinculações com as unidades de SF que proporcionem ao profissional proximidade com sua residência; ações assistenciais no âmbito da equipe que apresentem menor risco de contaminação biológica.

Temas:

- ✓ Autonomia profissional {6 verbalizações};
- ✓ Afinidade com trabalho {12 verbalizações};
- ✓ Morar próximo da unidade {4 verbalizações};
- ✓ Menor risco biológico {4 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

Como enfermeira na AB, tenho muito mais autonomia, isso, é claro, pode ter resolubilidade maior. Eu, que já trabalhei no hospital, vejo isso. O enfermeiro chefia, coordenada, coisa que num hospital não tem, isso não ocorre. Ponto principal para mim é a autonomia e as perspectivas que vejo nessa autonomia, mas também vejo todas as perspectivas que isso pode acarretar. Vejo que posso desenvolver projeto, ter iniciativa, tudo isso que não é muito bloqueado na regional. Dentro da estratégia, pode ser desenvolvido; isso vejo como positivo. (P 4: ECE1).

Mesmo não escolhendo o trabalho na equipe, gosto de trabalhar aqui. Fazer parte da SF, gosto de trabalhar aqui. Gosto como é pensado a SF, como está organizada, possibilitando trabalhar com a prevenção, coisa que não fazemos no consultório particular; só fazemos a parte curativa. (P 2: DCE2).

Quando você é da SF, tem um tempo dedicado a palestras de prevenção. Estar só no consultório é mais desgastante; a carga de trabalho aumenta. Ter alguns momentos para as palestras, para as visitas, muda muito a rotina, vejo isso como ponto positivo. A parte da SF não é tão rotineira, de só ficar na cadeira atendendo, pois se integra com a população. (P 1: DCE1).

Morar próximo do meu trabalho. Eu moro a 1 quilômetro da unidade, posso me deslocar para cá de bicicleta. Isso também melhora minha qualidade de vida. Posso almoçar na minha casa, ver minha família; qualquer problema, estou bem próximo deles. A aproximação com a minha residência é uma coisa muito boa. (P 13: TeCE4).

Aqui, nos expomos a menos micro-organismos do que num hospital, com certeza. Não fazemos nenhum procedimento invasivo. Em relação à saúde, nos expomos bem menos, em relação a quem trabalha em hospital. Sempre nos expomos, de qualquer maneira, mas bem menos do que em um hospital. (P 7: MCE1).

Os elementos mais relevantes, que propiciam a redução das cargas de trabalho, no relato dos profissionais, é a afinidade com o trabalho; a ESF como

tecnologia inovadora, ou seja, que permite utilizar espaços com a comunidade para trabalhar a promoção da saúde e prevenção de doença, por meio de ações de educação; as visitas domiciliares, proposta inovadora de atuação do profissional vinculado à AB.

A possibilidade de o profissional ter autonomia, decidindo no processo de organização do trabalho da equipe; atuando em protocolos específicos regulamentados pela SES-DF; no caso dos enfermeiros, a proposta de discussão em reuniões de equipe com espaço para a tomada de decisão e encaminhamentos relativos às ações desenvolvidas na unidade de saúde. “Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas e variáveis e não podem ser totalmente padronizados. Os profissionais precisam de autonomia para traduzir normas gerais a casos particulares, decidir como e qual serviço prestar para atender às necessidades de saúde” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

A possibilidade de atuar numa unidade de saúde da família próxima da residência do profissional, promovendo a interação com a dinâmica de vida da comunidade.

Estar num ambiente de trabalho em que há menor risco biológico, se comparado a uma unidade hospitalar, reduz cargas de trabalho.

2. Gestão do Trabalho

Descrição: Entre as questões que propiciam interação entre a gestão e os profissionais da equipe, é o fato da gestão regional de saúde proporcionar apoio técnico. O profissional ter estabilidade de emprego proporcionado por concurso público; a disponibilidade de incentivos governamentais na qualificação da assistência na AB que impactem no processo de trabalho da equipe; a oferta de bons salários; a divisão de trabalho na equipe, bem como sua organização.

Temas:

- ✓ Apoio da equipe gestora da RS {4 verbalizações};
- ✓ Concurso público {6 verbalizações};
- ✓ Incentivos governamentais na ESF {3 verbalizações};
- ✓ Salário {3 verbalizações};
- ✓ Divisão do trabalho na equipe {8 verbalizações};
- ✓ Organização da equipe {8 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

Temos reuniões regionais e reuniões locais. Algumas das nossas reuniões locais também têm a participação de algum membro da regional. Sempre estamos em contato com a regional. Quando temos alguma necessidade, sempre estamos buscando solucionar, buscando ajuda. Na medida do possível, a regional nos dá retorno. (P 6: ECE3).

O ingresso na secretaria, por um processo de seleção, que me garante mais estabilidade, traz leveza para o trabalho. A questão financeira. (P 17: TsbCE1).

[...] Está mudando bastante. Antigamente, a AB era tida como menos qualificada, menos capacitada. Hoje, percebo que a AB está ganhando importância, visibilidade. Também tem investimentos, não só financeiros, mas em recursos humanos, no treinamento de recursos humanos. Está indo no caminho certo, espero que não demore muito para ficar redondinha. (P 3: DCE3).

[...] o salário é bom, em relação ao hospital, por causa das gratificações que tem no SF e não tem para quem trabalha no hospital. Não tem plantão, é só durante o dia; tenho os fins de semana livres, isso é uma vantagem. (P 7: MCE1).

O fato de podermos sentar para discutir sobre o processo de trabalho da equipe é um ponto positivo, as reuniões de equipe. Você trabalha mais feliz, quando consegue decidir de forma coletiva. Os processos aqui não são impostos. Muitas vezes a decisão não era aquela que eu defendia, mas consigo entender a mudança quando, na reunião, as pessoas colocaram o porquê de ser daquele jeito. (P 8: MCE2).

Temos uma organização, as agendas, tentamos fazer direitinho mas não é fácil não. Tem que ficar insistindo, caso contrário, vamos relaxando. Temos que atender aos grupos de risco, como hipertensos, diabéticos, criança, gestante, tem que fazer coleta de preventivo, prevenção de câncer de colo de útero, muita coisa, sabe. E tentamos dividir horário para todas essas áreas, e os horários que sobram mantemos para visita domiciliar ou demanda livre, de pessoas que estão fora desses grupos, que querem atendimento médico, tentamos seguir. Temos uns livros de registro dos hipertensos e diabéticos, das gestantes, crianças até dois anos, para fazer controle de quem está vindo nas consultas para a equipe chamar, no mês certo, cada um. Temos uma organização, uma mínima, nós temos. (P 7: MCE1).

É evidente que o apoio da equipe gestora da RS reduz as cargas de trabalho. Quando a equipe tem espaço para discutir como vem atendendo às demandas da RS no âmbito da equipe, na comunidade, com respostas efetivas, quando requer apoio da regional, qualifica o processo de trabalho da equipe. As RS podem oferecer apoio técnico nas questões administrativas, bem como para as discussões sobre o

trabalho prescrito e o que é efetivamente executado na equipe. Na atualização da Política Nacional de AB, o apoio institucional passa a incorporar a relação das competências dos estados, municípios e do DF, para a implantação e manutenção da ESF. Essa aproximação entre a regional e as equipes é fundamental, para o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. (OLIVEIRA, 2011, p. 34).

Quando as equipes conseguem efetivamente estabelecer um processo de trabalho, a partir da discussão colegiada, com definição clara dos papéis de cada membro, dividindo as ações a partir da experiência e formação, a estratégia reduz cargas de trabalho, a sobrecarga deixa de existir, e a equipe consegue organizar seu processo, a fim de atender às demandas programadas, às demandas reprimidas, e investe em ações intersetoriais, nas quais tem governabilidade.

[...] colocar em prática os princípios e diretrizes da política de saúde na AB parece implicar na complexificação das atividades e no aumento da dimensão gestonária do trabalho, num contexto em que se deve responder cada vez mais a problemas de resolução intersetorial. Deve-se lembrar também que o trabalho real é permeado por uma série de relações intersubjetivas que se estabelecem entre os diversos trabalhadores, de distintas profissões, cada qual com sua história de vida e que vão resultar em escolhas próprias. (SCHERER, 2006, p. 203).

Outros pontos positivos citados pela maioria dos membros da equipe, excetuando os ACS, é a vinculação institucional com a SES-DF, por meio de concurso público, e os salários e gratificações definidos para os servidores que atuam na ESF.

3. Estrutura de funcionamento da ESF

Descrição: Os temas que compõem essa categoria expressam estratégias que qualificam a atuação das equipes no território, como ter disponibilidade de recursos;

insumos e equipamentos; bem como infraestrutura adequada para a oferta dos serviços; a equipe permanecer completa, propiciando o planejamento das ações e o trabalho em equipe.

Temas:

- ✓ Disponibilidade de recursos materiais e insumos para assistência {5 verbalizações};
- ✓ Infraestrutura adequada {3 verbalizações};
- ✓ Equipe completa {1 verbalização}.

Exemplos de Verbalização:

Ter insumos necessários para dar resposta às demandas, ter medicamento e conseguir agendar as consultas para os pacientes. (P 15: TeCE6).

Boa infraestrutura. Aqui não posso reclamar de infraestrutura. Às vezes, falta uma coisa ou outra, mas nada que afete, a ponto de parar o atendimento. Antigamente, as cadeiras eram todas mecânicas e a luz minúscula, tínhamos que atender todo torto e era desconfortável para o paciente. A estrutura é outro fator que colabora bastante. Aqui está tudo novinho, tudo arrumadinho. (P 3: DCE3).

A equipe estar completa. (P 15: TeCE6).

Essa categoria aparece com muito menos visibilidade, na macrocategoria - reduz cargas de trabalho. Forma um contraponto com a mesma categoria, que traz os elementos que aumentam as cargas de trabalho. É notório que a infraestrutura, apesar de parecer, para alguns profissionais, como elemento que reduz a carga, ainda é muito precária, nas unidades de saúde que participaram da pesquisa. A disponibilidade de recursos materiais e insumos para a assistência também é precária, apesar de aparecer como um elemento que reduz as cargas. São situações que puderam ser observadas.

Uma questão importante, colocada pelo profissional, é atuar numa equipe de SF completa.

4. As relações profissionais, pessoais e com o território

Descrição: Nesta categoria, dois temas são expressos pelos profissionais como fontes que reduzem as cargas de trabalho: o relacionamento interpessoal dos membros da equipe; a participação dos ACS como interlocutores das ações ou

oferta de serviços entre os profissionais da equipe SF e a comunidade. A presença de uma liderança, na equipe; o reconhecimento do trabalho pelos usuários que são adscritos à equipe; bem como a satisfação dos usuários, também são citados.

Temas:

- ✓ Bom relacionamento interpessoal {12 verbalizações};
- ✓ Participação/presença do ACS {8 verbalizações};
- ✓ Presença e ações do líder da categoria profissional {1 verbalização};
- ✓ Reconhecimento do trabalho {2 verbalizações};
- ✓ Satisfação do usuário {5 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

O compromisso de todo mundo aqui dentro me motiva. Todos sabem das suas responsabilidades e cada um se preocupa com o bem do próximo, seja dos pacientes ou do colega. Todo mundo se preocupa em se colocar no lugar do outro. Isso me motiva a continuar aqui. (P 5: ECE2).

Os ACS me favorecem muito, a relação com eles é que faz o trabalho caminhar; sem eles nada funciona. Por exemplo, vou fazer as marcações, se não tivesse o ACS, teria que ir até o domicílio do paciente fazer a marcação, então, considero que essa ajuda reduz minha carga de trabalho. Passo para eles. (P 2: DCE2).

[...] A presença do enfermeiro e quando ele tem aquela liderança, as coisas funcionam melhor. Se não estou presente, as coisas vão indo no direcionamento que estou acompanhando. Mas se estou ausente, as coisas começam a perder o pique do trabalho. O trabalho do enfermeiro em uma ESF é essencial. O enfermeiro tem que trazer a equipe. Ao mesmo tempo em que exigir que as pessoas realizem aquele trabalho, tem que fazer junto com elas. Aí é onde tenho força. Porque gosto de trabalhar junto com eles. (P 6: ECE3).

Reconhecimento é importante para seguir em frente. É um combustível para a boa atuação. (P 4: ECE1).

A satisfação dos usuários. Quando ajudamos um paciente, fazemos bem o trabalho. Num curativo, fazer bem, orientar. Aí se vê a satisfação do usuário. Quando vê o resultado daquele curativo bem-feito. Aí o usuário volta todo satisfeito, agradecendo. Eu sempre falo: Esse é apenas o meu trabalho. Precisando da unidade, precisando fazer um procedimento, pode vir. Isso me fortalece, me motiva, mesmo que tenha outro que reclama. Mas aqueles em que percebemos a alegria, a satisfação, me motiva bastante. Meu primeiro motivo é a satisfação do paciente, o reconhecimento. (P 12: TeCE3).

Essa categoria traz elementos que reduzem as cargas de trabalho, mas que também aparecem como elementos que as aumentam. Os relacionamentos

interpessoais são apontados como positivos, no processo de trabalho das equipes. Profissionais relatam ter bom entrosamento, entre os membros da equipe e com os usuários, tanto que a participação e presença do ACS é fundamental para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe para a comunidade. O ACS torna-se essencial para algumas ações relatadas pelos profissionais, como a investigação epidemiológica, que a equipe de Saúde Bucal deve realizar para organizar seus atendimentos; ações relacionadas à parte administrativa da unidade, muitas vezes, são absorvidas pelos ACS, como a abertura de prontuário, o arquivamento de prontuário, a organização das agendas de consulta do médico e da enfermeira, para as demandas programadas, e a interlocução entre o serviço e a comunidade, em relação às ações de saúde que o serviço oferece.

No que diz respeito aos aspectos relacionais e profissionais, o relacionamento interpessoal harmonioso, o trabalho em equipe, a empatia entre os colegas foram referenciadas como fontes de satisfação e redução das cargas, bem como o reconhecimento e satisfação do usuário com assistência prestada. (TRINDADE, 2011, p. 107).

Ter um profissional que assuma a liderança da equipe também aparece como um elemento que reduz as cargas, principalmente entre os profissionais de enfermagem e dos ACS, visto que o enfermeiro, na maioria das vezes, assume esse papel de líder e/ou coordenador.

Ter o reconhecimento do trabalho pelos colegas e por outras instâncias do SUS, é importante para a equipe. Outra questão é ver o usuário satisfeito com o atendimento, visto que a satisfação estreita os vínculos entre equipe e comunidade. Profissionais referem que o usuário, quando satisfeito, sempre retorna à unidade, buscando parcerias, não apenas quando necessita de consulta.

5. Os atributos da AB – Saúde da Família

Descrição: Os temas que compõem essa categoria expressam os atributos da ESF. São fontes importantes, que reduzem as cargas de trabalho registradas nas verbalizações dos profissionais; a estratégia do acolhimento na unidade de saúde da família; o vínculo que se institui entre profissional e usuário; a possibilidade de atuação da equipe com foco nas ações destinadas à família e comunidade; na integralidade da assistência; na longitudinalidade do cuidado; em ações voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde; a realização de visita domiciliar, como

tecnologia que facilita a oferta da assistência, considerando as especificidades de cada família; o trabalho multidisciplinar e o trabalho em equipe. Considerando todos os atributos como elementos que reduzem cargas de trabalho, a resolubilidade na assistência é consequência positiva, em relação à organização da equipe.

Temas:

- ✓ Acolhimento {7 verbalizações};
- ✓ Estabelecimento de vínculo com o usuário {15 verbalizações};
- ✓ Foco na família/Comunidade {4 verbalizações};
- ✓ Foco na integralidade da assistência {5 verbalizações};
- ✓ Foco na longitudinalidade do cuidado {8 verbalizações};
- ✓ Foco na prevenção {4 verbalizações};
- ✓ Promoção da qualidade de vida do usuário {1 verbalização};
- ✓ Realizar visita domiciliar {5 verbalizações};
- ✓ Trabalho interdisciplinar {2 verbalizações};
- ✓ Trabalho em equipe {27 verbalizações};
- ✓ Resolubilidade na assistência {7 verbalizações}.

Exemplos de Verbalização:

A parte do acolhimento, às vezes, está tranquila, mas, às vezes, é bem demorada; às vezes, somos psicólogo para os pacientes, pois nem tudo o que se passa pelo acolhimento mandamos para o médico. Às vezes, conversando com o paciente no acolhimento, conseguimos resolver. É no acolhimento que definimos quem vai para o médico, e quem vai ser atendido pelo enfermeiro. Não temos escala no acolhimento, a equipe de enfermagem faz tudo. Temos a preocupação em não deixar o paciente na unidade esperando por muito tempo, formando fila lá fora. Temos preocupação em resolver logo o problema do paciente. Se ele for atendido pelo enfermeiro, ou pelo médico, de passar logo. Temos que ouvir. Então, às vezes, um de nós está na sala de acolhimento, outro está ali, na recepção, conversando com o paciente. (P 16: TeCE7).

Mesmo que as coisas, para mim, foram acontecendo sem escolhas prévias, vejo que na atenção especializada para a saúde da família temos uma relação melhor com os pacientes, eu conheço os pacientes. Não é igual ao hospital, que chega uma pessoa, atendo na emergência e provavelmente nunca mais vou vê-la de novo. Aqui não, criamos um vínculo com as pessoas. (P 3: DCE3).

Tenho um carinho muito grande das pessoas que atendo. Saio na rua, as pessoas cumprimentam, falam comigo. Em dias em que estou meio triste ou doente, eles querem saber o que está acontecendo, ou como estou. Eles se preocupam, existe um cuidado, um carinho de volta, que recebo, e gosto muito disso. (P 8: MCE2).

A questão da abordagem familiar é positiva. Tem orientações em que podemos aproveitar a família, um parente, para ajudar em casa, ajudar o paciente a seguir as orientações do profissional, em casa, e isso é muito positivo. (P 5: ECE2).

[...] Conseguimos acompanhar os paciente acamados que não conseguem vir para o posto, os pacientes com deficiência. São esses pacientes que acompanhamos nas visitas. Eles recebem uma visita por mês da médica, uma visita do enfermeiro e uma da técnica. Exemplo: Faço a visita hoje, trago toda a informação do paciente e já passo para o prontuário, assim, o enfermeiro e o médico, no dia da sua visita, já podem acompanhar a evolução do paciente pelo prontuário. Isso ajuda muito. São pacientes que temos dado prioridade. Os deficientes, idosos, aqueles que fizeram cirurgia, que passaram por algum tipo de procedimento e requer cuidado, uma puérpera, um bebê que não está bem. (P 12: TeCE3).

Trabalhar na saúde da família, o que vejo como diferencial, que mais motiva, é tratar da vida na sua longevidade. Tem mulheres que eu conheci quando fazia seu pré-natal, depois conheci seu bebê, consultei, promovi a saúde dos bebês e hoje já são as crianças que atendo na unidade. Daqui a algum tempo, é bem possível que essas crianças virem adolescentes, e depois pessoas adultas e que continuemos aqui acompanhando seu ciclo de vida, e quem sabe dar continuidade a tudo isso tratando dos seus filhos. (P 5: ECE2).

As palestras que faço são dentro da unidade de saúde. Realizo visitas domiciliares. Já fiz parte do grupo de automassagem, do grupo da escovação nas escolas. Temos um grupo de teatro que fez um trabalho nas escolas sobre DST. (P 13: TeCE4).

[...] ver que os projetos estão sendo desenvolvidos; que estamos no caminho para o alcance dos objetivos, que é a promoção da saúde; não ficar apenas tratando doença. (P 18: TsbCE2).

[...] Eu estava com uma criança que sempre vinha na unidade com crise de broncoespasmo, fazer nebulização. Vinha para tratar crises, quando estava sem crise não vinha. Quem trazia era a avó. Então, eu tive a oportunidade de fazer uma visita. Então, quando entrei na casa, vi os pais fumando, a avó era a única que não fumava, os vizinhos fumando, era um espaço pequeno, dividido. A casa não era arejada. Um lugar super escuro, com mofo. Tivemos a oportunidade de trabalhar essas questões dentro da casa deles. Depois desse trabalho, a criança não veio mais para a unidade, parou de ter crise. As crises eram devido ao tabaco mesmo. Lá dentro da casa, conseguimos trabalhar as questões relacionadas ao uso do tabaco. (P 9: MCE3).

Uma coisa vantajosa é ter aqui outras especialidades, tem aqui nutricionista, fonoaudióloga, por causa do Nasf. Isso é importante, porque muitas vezes, quando detectamos alguma coisa, posso encaminhar para a fono. (P 1: DCE1).

Gosto muito da ESF por saber que posso trabalhar em grupo, que não estou sozinha, de poder contar com a equipe. Tenho um apoio muito grande do enfermeiro, ele é meu parceiro, eu sozinha não daria conta, temos uma relação muito boa, e isso é muito bom. A equipe toda se relaciona muito bem, as técnicas, os ACS, é bem legal. Tudo isso é o que me motiva a ficar. (P 8: MCE2).

O que me dá muita satisfação é analisar uma visita que eu faço a um paciente acamado, com escaras, com lesões, quando dou as orientações, faço os curativos e, ao longo do tempo, perceber a cicatrização dessas feridas. Isso pra mim é uma satisfação. No trabalho que fazemos, tirei foto das lesões no início do tratamento e depois após a cicatrização. Fazer o curativo com carinho, decidir pelo uso da medicação a ser utilizada no curativo, conseguir cicatrizar essa ferida. (P 6: ECE3).

Essa categoria retrata todos os atributos essenciais para o trabalho na ESF, entendida como uma tecnologia não material, considerada inovadora, se comparada com o processo de trabalho das equipes de AB tradicional, ou modelo biomédico.

[...] o modelo biomédico, apesar de ter como finalidade o tratamento e recuperação do corpo humano numa dimensão individual, não há espaço para a totalidade do sujeito concreto. Como consequência, aspectos que dizem respeito às questões sociais e a singularidade do indivíduo não são valorizados, tomando o indivíduo como apenas um órgão doente que precisa ser tratado. (TRINDADE, 2011, p. 29).

O acolhimento, como tecnologia não material, passa a ser discutido e implantado nas equipes de SF com muito mais força, a partir da atualização da Política Nacional de AB, em 2011, em que é colocado como característica do processo de trabalho da equipe.

Realizar 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 as urgências. (BRASIL, 2011, p. 41).

O estabelecimento de vínculo com o usuário é o tema de maior relevância como elemento que reduz cargas de trabalho; a relação profissional e usuário é que impera enquanto tecnologia não material no cuidado; essa vinculação gera uma relação de confiança entre o serviço e a comunidade, entre o profissional e o usuário e sua família.

As interações entre profissionais e paciente contribuem para o estabelecimento de relação de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os profissionais aprendem a respeito de muito, se não da maioria, dos problemas dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre paciente e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e a profundidade do contexto

que distingue as interações na atenção primária daquelas de outros níveis de atenção. (STARFIELD, 2002, p. 292).

O foco na família e comunidade estabelece vínculo, não basta o profissional olhar para o usuário como um elemento uno no universo, e sim como um indivíduo que tem história de vida, experiências, e que está dentro de um contexto específico, em determinada comunidade. Muitas vezes, convivendo com outros indivíduos de sua família, ou não, que podem interferir positiva ou negativamente no seu plano de saúde. Portanto, é necessário um plano terapêutico singular.

Outras questões consideradas atributos da ESF e que aparecem como elementos que reduzem cargas de trabalho é a integralidade da assistência e a longitudinalidade do cuidado.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A longitudinalidade implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde indivíduos e família. (MENDES, 2011, p. 97).

O processo de trabalho das equipes prevê ações de prevenção de doenças e de promoção da qualidade de vida dos usuários. Os profissionais apontam que instituir ações de prevenção e promoção reduz a carga de trabalho, por serem ações que passam a focar não apenas nas condições agudas mas a ter foco nas condições crônicas. Toda equipe é responsável por práticas promotoras de saúde, respeitando os limites de atuação de cada profissional de saúde.

O processo de trabalho das equipes não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea, tampouco nos programas de saúde, mas em ações que pressupõem cuidado integral. A visita domiciliar pode ser uma ferramenta importante, no processo de ampliação do acesso à assistência das equipes de SF.

O trabalho em equipe é o elemento que reduz carga de relevância, nessa categoria, que se complementa com a interdisciplinaridade.

Os profissionais de saúde, como os demais trabalhadores, no seu cotidiano recriam os seus saberes e o processo de trabalho, e ao mesmo tempo reiteram o que já está estabelecido, conforme as suas possibilidades e as que lhes são oferecidas pelo meio. O profissional, dotado de intencionalidade na ação, tanto interioriza o que está estabelecido socialmente quanto provoca mudanças a partir de sua perspectiva, do que acredita e que acaba se transformando num projeto em torno do que ele

acredita ser ideal a ser perseguido. E será a partir desse projeto, consciente ou não, que ele irá renormalizar sem cessar a sua atividade de trabalho, que poderá vir a se constituir num esforço consciente de busca da interdisciplinaridade. (SCHERER, 2006. p.66,).

Outro tema importante, que compõe essa categoria dos atributos da AB, SF, é a resolubilidade na assistência. Os profissionais ressaltam que conseguir resolver o problema ou a demanda trazida pelo usuário para a unidade, de forma a atendê-lo na sua integralidade, reduz cargas de trabalho. A resolutividade, na atualização da Pnab, em 2011, é descrita como uma função da AB nas RAS.

Ser resolutiva – identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado do individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. (BRASIL, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo propiciou conhecer a dinâmica de trabalho dos profissionais da ESF, e sua complexidade enquanto proposta inovadora na qualificação da assistência no âmbito da AB. Contextualizar as equipes no cenário institucional e histórico-social do DF, identificando pontos frágeis e ações positivas da relação entre a gestão e os profissionais, que estão na assistência, identificando elementos que interferem no processo de trabalho, aumentando ou reduzindo as cargas de trabalho, revela questões que podem apoiar os profissionais de saúde e os gestores na qualificação da oferta de serviços na AB.

O estudo indica que, na ESF, os elementos de predomínio no aumento das cargas de trabalho são falhas na gestão e também nos processos de referência e contrarreferência; precariedade na estrutura física das unidades em que as equipes estão atuando; falta de manutenção dos equipamentos e insumos nas unidades. Além disso, precariedade na vinculação institucional dos ACS dificulta as relações profissionais e excesso de demanda e a sobrecarga de trabalho, consequências de um território superestimado. A realização de trabalhos administrativos também é considerado um problema entre todos os profissionais e, fator de sobrecarga de trabalho.

Os elementos que reduzem as cargas de trabalho de maior predomínio entre os profissionais são: Ter afinidade com o trabalho e com as diretrizes da ESF. Estabelecer bons relacionamentos interpessoais entre todos os membros da equipe, e com os usuários, tornando o processo de trabalho mais prazeroso. A boa organização do trabalho. Ter o trabalho reconhecido pelo colega da equipe e, principalmente, pelo usuário. O profissional perceber que conseguiu ser resolutivo. Trabalhar em equipe é o principal elemento que reduz cargas para todos os profissionais.

A pesquisa sinaliza a necessidade de atuação integrada entre os profissionais em funções gestoras e aqueles que atuam diretamente na assistência, no sentido de tornar visíveis os elementos que aumentam e que reduzem as cargas de trabalho. Dessa maneira, estratégias que possam favorecer processos de trabalho capazes de tornar mais prazeroso o cotidiano nas unidades de saúde poderiam ser

desenvolvidas, bem como capazes de qualificar a oferta de serviços na atenção básica, ampliando o acesso aos usuários.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2011. 25 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: Conass, 2011. 37 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 13.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 1977. 264 p.

CUNHA, D.; ORBAN, E.; Uma abordagem ergológica da carga e intensidade de trabalho: notas conceituais a partir do estudo de caso da empresa La Poste. In: DIEESE; CESIT (Org.). **Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França e Argentina**. São Paulo: Dieese: Campinas, Unicamp, 2005. Cap. 3, p. 35-49.

DISTRITO FEDERAL. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução n. 32, de 22 de novembro de 2011. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, 12 dez. 2011b. n. 236, p. 14.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de saúde do Distrito Federal: 2008 a 2011**. Brasília, 2008. p. 208.

_____. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Codeplan. DF. **Síntese e informações socioeconômicas**, 2010. Brasília: Codeplan, 2010. 89 p.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-67, 2011. Supl. 1.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 1112 p.

GÖTTEMS, L. B. D. **Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. 285 f. Tese (Doutorado em Administração)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme. **BMJ**, v. 341, p. c4945, 2010. DOI: 10.1136/BMJ.c4945.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr.jun. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)- Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). Washington, DC: Opas, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufbra; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 355 p.

_____. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PIRES, D. E. P. *et al.* Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-168, 2012.

PIRES, D. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Projeto de Pesquisa.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família**: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. 2006. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2012. No prelo. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11316>. Acesso em: 4 jun. 2013.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 382-392.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007.

_____. DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. rev. e ampl. Niterói: EdUFF, 2009.

_____. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. e, n. 1. 33-35, 2004.

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

TRAJANO, A.; CUNHA, D. O trabalho em saúde e a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS): o ponto de vista da atividade industriosa na análise do trabalho. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 6, n. 4, p. 77-99, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1207/1092>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

TRINDADE, L. L. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da AB**. 2011. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Rev. HISTEDBR Online**, Campinas, n. especial, p. 93-113, ago. 2010.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Roteiro para análise documental

Este roteiro será utilizado como ferramenta para orientar a análise documental.

Questionar um profissional de cada categoria sobre os documentos que fazem parte da sua rotina diária de trabalho (um de cada profissão da ABT e ESF). Listar documentos de uso cotidiano da UBS:

DOCUMENTOS A SEREM PROCURADOS (verificar se existem – registrar informações relevantes e qualidade das informações disponíveis nos documentos encontrados):

Relatório de atividades da UBS ()

Ficha de controle de procedimentos ()

Agenda de atividades da equipe – se existe e como fazem/utilizam ()

Relatórios ()

Ata de registro de reuniões ()

Se houver documento para escala de férias/folgas ()

Há prontuário eletrônico? SIM () Não ()

Existem outras tecnologias utilizadas na assistência? NÃO () SIM () Se sim, quais? _____

Outros:

BUSCAR JUNTO AO GESTOR:

Se há plano de cargos e salários ()

Documento de avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes ()

Registro de acidentes de trabalho específico dos profissionais das equipes ()

Outros:

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Roteiro para observação

Acompanhar a rotina geral das equipes e anotar em um diário de campo. A observação das atividades de rotina deve ser feita com foco:

- * No processo de trabalho (a atividade em si; os instrumentos de trabalho utilizados; como o trabalho é realizado, como é dividido na equipe de saúde e dentro de cada profissão);
- * No fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada) e serviços ofertados pela unidade;
- * Nas relações interpessoais (profissionais x profissionais; profissionais x usuários; profissionais x gestores);
- * Nas atividades diárias de cada um dos profissionais;
- * Nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);
- * Na presença das cargas físicas, químicas, mecânicas/fisiológicas, biológicas e psíquicas.

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Este roteiro será aplicado como ferramenta para subsidiar as entrevistas com profissionais das equipes de AB (profissionais das equipes de Saúde da Família - ESF e profissionais das equipes de AB Tradicional - ABT).

Diretoria Regional de Saúde:

Unidade Básica de Saúde:

Dia da Entrevista:

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codiname:

LEMBRETE:

1. Profissional: E (enfermeiro) Te (tec. enf.) Ae (aux. enf.)
M (médico) D (dentista)...
2. Região: S (sul); C (centro-oeste); N (norte)
3. Modelo de atenção: E (esf) e T (tradicional)
4. Número da entrevista

2. Idade:

3. Sexo:

4. Profissão:

5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental

() Curso Técnico

() Graduação

() Especialização/Residência na área de:

() Mestrado na área de:

() Doutorado na área de:

6. Tempo de experiência profissional:

6.1 Tempo de experiência profissional na profissão:

() até 1 ano

() de 1 ano até 5 anos

() mais de 5 anos

6.2 Tempo de experiência profissional na AB tradicional:

() até 1 ano

() de 1 ano até 5 anos

() mais de 5 anos

6.3 Tempo de experiência profissional na ABT/ESF:

() até 1 ano

() de 1 ano até 5 anos

() mais de 5 anos

7. Tipo de contrato e Jornada de trabalho:

- Tipo de contrato na AB:

- Jornada de trabalho na AB:

- Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo)? Qual?

- Horas diárias trabalhadas no/s outro/os emprego/os:

- Jornada semanal total:

8. Motivação para trabalhar na AB tradicional ou na ESF: (Por que você está trabalhando na AB tradicional ou na ESF?)

Parte II - ENTREVISTA

Pense sobre o seu trabalho cotidiano, sobre o que acontece habitualmente em um dia de trabalho para responder às questões abaixo.

- 1- De que maneira o trabalho na ABT/ESF tem influenciado o seu trabalho, aspectos positivos e/ou negativos?
- 2- Relacione os aspectos/fatores pelos quais o trabalho nesse modelo assistencial (ABT ou ESF) tem contribuído para a realização de um trabalho mais seguro e com menos riscos à sua saúde, mais satisfatório/prazeroso.
- 3- Relacione os aspectos/fatores pelos quais o trabalho nesse modelo assistencial (ABT ou ESF) tem contribuído para aumentar as cargas de trabalho, tornando-o mais inseguro e com riscos à sua saúde (doença, acidente de trabalho). Pense no ritmo de trabalho, nas atividades cotidianas (número e diversidade - dentro e fora da UBS incluindo ações curativas, preventivas e de promoção da saúde com indivíduos e grupos). Motivos de insatisfação no trabalho.

4- Pense no seu trabalho diário e considere os aspectos positivos e negativos (que contribuem para diminuir ou aumentar as cargas de trabalho) relacionados a:

a) Forma em que o trabalho é organizado.

b) Composição da equipe, divisão do trabalho na equipe e na sua categoria profissional. Existência ou não de Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

c) Relações de trabalho, na sua categoria profissional, com os demais profissionais de saúde, com os ACS, com os demais setores/serviços da instituição, do SUS e da comunidade (recepcionistas, acesso a média e alta complexidade, Conselho Local de Saúde), com os sujeitos que recebem assistência de saúde, com as chefias e direção da instituição.

- Motivos de satisfação e que contribuem para diminuir as cargas de trabalho:

- Motivos de insatisfação e que contribuem para aumentar as cargas de trabalho:

d) Relações com os usuários e familiares.

- Motivos de satisfação e que contribuem para diminuir as cargas de trabalho:

- Motivos de insatisfação e que contribuem para aumentar as cargas de trabalho:

e) Direitos trabalhistas dos profissionais da equipe (salário; regime de trabalho; duração da jornada de trabalho, tipo de contratação, garantia no emprego, dentre outras) contribuem para:

- Diminuir as cargas de trabalho e aumentar a satisfação no trabalho?

- Aumentar as cargas de trabalho e a insatisfação no trabalho?

5- O trabalho nesse modelo assistencial (ABT ou ESF) tem causado dano(s) à sua saúde (doença, acidente) ou a de algum colega que você conhece? Explique essa relação.

6 - Cite:

a) Três principais motivos de satisfação no trabalho, situações/características que contribuem para diminuir as cargas de trabalho.

Primeiro motivo:

Segundo motivo:

Terceiro motivo:

b) Três principais motivos de aumento das cargas de trabalho e/ou menor satisfação no trabalho.

Primeiro motivo:

Segundo motivo:

Terceiro motivo:

7- Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A pesquisa “Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde - Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde”, que tem como objetivo analisar a influência das inovações tecnológicas não materiais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde vinculados a AB. Será realizada em Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde incluindo aquelas que adotam e as que não adotam a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Os dados serão coletados por meio do estudo documental, observação, entrevistas semi-estruturada e grupo focal. Serão analisados os documentos disponíveis sobre o trabalho das unidades e das equipes. As entrevistas e os grupos focais serão realizados com os/as profissionais de saúde que compõem as equipes da AB.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação através de entrevista, bem como obter sua autorização para observar os registros de suas atividades profissionais. Se você concordar em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que os nomes dos/as participantes não serão utilizados em nenhum momento. Você também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Vale ressaltar que as informações coletadas serão utilizadas em publicações como livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos e não consiste em estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou mudança no cenário institucional. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Será considerado o respeito aos sujeitos e a instituição participante em todo processo investigativo. Serão respeitadas as condições de:

- Consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo.
- Garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional.
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.
- Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos.
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.
- Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, na UNB. Somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos mesmos.

Sua participação poderá contribuir para a compreensão e construção de um trabalho mais prazeroso, motivador e menos desgastante para os/as profissionais de saúde, assim como para uma melhor assistência aos usuários dos serviços. Após a sistematização do seu relato este lhe será entregue para seu parecer final, estando

você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda se você desejar poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente.

Desde já agradeço a sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao impacto das novas tecnologias nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). **Magda Duarte dos Anjos Scherer**, na instituição Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, no telefone: 61 31071749, no horário: das 8 às 17 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: 61 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, estas deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa e pelo pesquisador uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Coordenadora da Pesquisa

Eu,....., concordo que meus dados sejam utilizados na realização da pesquisa “*Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde - Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde*”, desde que respeitadas as condições descritas acima.

Brasília, _____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____

RG: _____

**ANEXO A - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE E DAS DIRAPS**

TERMO DE CONCORDÂNCIA

A Dra. _____, subsecretária da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa “Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde. Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde”, de responsabilidade da pesquisadora _____ . Esta pesquisa prevê analisar a partir de estudos em cenários distintos (no âmbito de trabalho das equipes de AB tradicional e equipes da estratégia saúde da família), as Tecnologias do Tipo Não Material e suas implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo que utilizará a triangulação na coleta e análise dos dados, usando como instrumentos: o estudo documental, entrevistas semiestruturadas e observação. Tem duração de dois anos, com previsão de início em janeiro de 2012.

Brasília, _____ / _____ / _____

Subsecretário da SAPS: _____

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____

Assinatura

TERMO DE CONCORDÂNCIA
DIRAPS – DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

_____,
diretor (a) da DIRAPS
_____, está de
acordo com a realização, na Unidade de Saúde da Família
_____, da pesquisa “Novas
Tecnologias e Trabalho em Saúde. Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e
Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde”, de responsabilidade da
pesquisadora _____. Esta
pesquisa prevê analisar a partir de estudos em cenários distintos (no âmbito de
trabalho das equipes de AB tradicional e equipes da estratégia saúde da família), as
Tecnologias do Tipo Não Material e suas implicações nas cargas de trabalho dos
profissionais de saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo que utilizará a triangulação na coleta
e análise dos dados, usando como instrumentos: o estudo documental, entrevistas
semi-estruturadas e observação. Tem duração de dois anos, com previsão de início
no primeiro semestre de 2012.

Brasília, _____ / _____ / _____

DIRAPS: _____

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Assinatura

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSC-SC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 971

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 971 **FR:** 366844

TÍTULO: Novas tecnologias e Trabalho em Saúde. Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde

AUTOR: Denise Elvira Pires de Pires, Denise Elvira Pires de Pires, Leticia de Lima Trindade

FLORIANÓPOLIS, 25 de Outubro de 2010.

Coordenador do CEPSH UFSC

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPESC-DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 058/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 645/2011 – NOVAS TECNOLOGIAS E TRABALHO EM SAÚDE. PARTE II: INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NÃO MATERIAIS E CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 29/02/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 29 de fevereiro de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL/CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907
BRÁSILIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 058/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 29 de fevereiro de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

**SUBSECRETÁRIO(a) do(a): SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
 (com vistas às DIRAPS de Planaltina, Núcleo Bandeirantes/Riacho Fundo I e
 II/Candangolândia, Recanto das Emas) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 645/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “NOVAS TECNOLOGIAS E TRABALHO EM SAÚDE. PARTE II: INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NÃO MATERIAIS E CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 29/02/2012

Validade do parecer: 29/02/2014

Pesquisador responsável e telefone: MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER – (61) 8145-1057

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

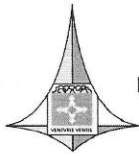
Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
 Coordenadora

AL-CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa

Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
 SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 058/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 29 de fevereiro de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

SUBSECRETÁRIO(a) do(a): **SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (com vistas às DIRAPS de Planaltina, Núcleo Bandeirantes/Riacho Fundo I e II/Candangolândia, Recanto das Emas) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 645/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “NOVAS TECNOLOGIAS E TRABALHO EM SAÚDE. PARTE II: INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NÃO MATERIAIS E CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 29/02/2012

Validade do parecer: 29/02/2014

Pesquisador responsável e telefone: MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER – (61) 8145-1057

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL-CEP/FEPECS