

## POTENCIALIDADES/FRAGILIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PATRÍCIA ROSA ANDRADE OLIVEIRA <sup>(1)</sup>

FRANCINEIDE TEIXEIRA DA COSTA <sup>(2)</sup>

MICHELE MANDAGARA DE OLIVEIRA <sup>(3)</sup>

**Introdução:** A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. A APS é considerada como local de primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e visa proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia organizativa da APS no Sistema Único de Saúde (SUS), que pretende a reversão do modelo assistencial, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (OLIVEIRA, 2003). A Estratégia Saúde da Família tem a finalidade de transformar o modelo assistencial de saúde. Para efetivar esta transformação é importante que seja valorizada a análise dos processos de trabalho dos profissionais da equipe, uma vez que estes são os principais responsáveis pela atenção à saúde das pessoas, família e comunidade. Falar de uma estratégia de mudança de modelos assistenciais remete a pensar no processo de trabalho de diferentes profissionais. O trabalho é a transformação intencional da natureza, pelo homem para a satisfação das necessidades. Os modelos assistenciais se desenham, se expressam e se conformam nos microespaços e no cotidiano dos serviços. Eles se expressam por um conjunto de processos de trabalho, de serviços de saúde e situam-se em uma conjuntura social-econômica-cultural-histórica (REIS et al, 2007). Este estudo teve por **objetivo:** analisar os eventos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde da família que podem potencializar ou fragilizar a transformação do modelo assistencial.

**Metodologia:** foi realizado um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2004), a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Esse tipo de metodologia fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento entre outros. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi garantido aos participantes. O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família de um Distrito Sanitário de Salvador-BA. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da equipe da USF. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** durante a análise dos dados, foi possível absorver das leituras dois temas, um deles, relacionado as Potencialidades do processo de trabalho na estratégia da saúde da família para transformação do modelo assistencial que está organizado em três subtemas (acolhimento, trabalho em equipe e intersetorialidade); e o segundo relacionado as Fragilidades do processo de trabalho na estratégia da saúde da família que está organizado em três subtemas (condições de vida, precarização do trabalho e redes de cuidado). Em nosso estudo ao analisarmos os eventos relacionados ao processo de trabalho que potencializam/fragilizam a ESF percebemos que as fragilidades representaram os eventos que predominaram nesta USF. Entretanto, foram as ações de intersetorialidade que se sobressaíram como eventos potencializadores para um processo de trabalho transformador do modelo assistencial. A intersetorialidade parece ser um grande potencial na articulação de saberes de diversos setores sociais na tentativa de buscar alternativas para promover a qualidade de vida e intervir nos fatores que colocam a saúde da população em risco. De acordo com Papoula (2006) a intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade, envolvendo os diversos setores: saúde, educação, trabalho, habitação, meio ambiente e outras dimensões sociais, pois é ferramenta fundamental para a realização da promoção da saúde e para a efetivação do Programa de Saúde da Família, já que estes trabalham com a melhoria da qualidade de vida da população. O trabalho interdisciplinar e em equipe deve também ser preconizado na ESF, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; promoção e desenvolvimento de ações interssetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectivas de abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de

vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006). Dentre os subtemas apresentados, as precárias condições de vida tornaram-se fortemente relevantes, pois os profissionais na maioria das vezes referiram se sentir impotentes e desestimulados na busca de soluções deste problema, uma vez que mesmo tendo uma visão ampliada de saúde, estes profissionais esbarram nas relações sociais responsáveis pelo adoecimento da população. Autores como Silva e Trad (2005), referem que é importante que seja ampliado o objeto de intervenção dos profissionais para além do âmbito individual e clínico, entretanto, esta transformação demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. A transformação do modelo assistencial propõe uma visão ampliada de saúde, estimulando a participação social na busca de direitos, tal como o direito à uma saúde integral e qualidade. Segundo Minayo et al (2000), o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida requer à satisfação das necessidades mais básicas do ser humano, dentre elas alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, o que de certa forma, pode ser apreendido durante sua experiência na ESF. Os problemas sociais contribuem fortemente para o adoecimento da população. Segundo Buss (2000), existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou população, da mesma forma que a qualidade de vida interfere no processo saúde doença, ou seja são condições indissociáveis. Para tanto é necessário entendermos que na comunidade os profissionais se deparam muitas vezes com a real situação da população e isto pode interferir no processo de trabalho de alguns profissionais. Alguns profissionais tem maior facilidade para trabalhar com a pobreza, outros não, alguns tem maior habilidade para trabalhar em meio diversas dificuldades e outros não. **Conclusão:** é necessário que cada vez mais os profissionais de saúde tomem iniciativas no sentido de encontrar meios de superar esta problemática, sendo o desenvolvimento de ações setoriais uma estratégia potencializadora para o avanço da reestruturação do processo de trabalho na atenção à saúde. Alguns problemas foram também observados na rede de cuidados podem se tornar eventos que dificultem o processo de trabalho dos profissionais de saúde que estão comprometidos com a transformação do modelo

assistencial. Tudo isso, além de gerar desgaste de trabalho na equipe estudada, também pode gerar insatisfação dos usuários que acabam não tendo a garantia de receberem um atendimento de qualidade. A organização da rede básica de saúde no SUS é excessivamente normatizada, a ESF reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos, enfim a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. O trabalho em saúde se dá por meio do encontro entre diferentes profissionais e desses com os usuários, ou seja são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações (FRANCO, 2006). Isso pode ser observado nas falas abaixo que trazem alguns exemplos da prática diária vivida pela equipe onde a integralidade fica comprometida. **As contribuições deste trabalho para a enfermagem estão presentes:** na importância do reconhecimento do trabalho em equipe, das ações intersetoriais, na sensibilidade profissional para cuidar de pessoas para além do adoecimento físico, despertando nos profissionais a urgência de entender e propor formas de ajuda que amenizem ou revertam precárias condições de vida da nossa população, sejam elas sociais, psicológicas, e outras relacionadas a causas externas. Entendemos que os enfermeiros sendo componentes de uma equipe de saúde estão envolvidos com o fortalecimento do SUS e comprometidos com a transformação do modelo assistencial e que por isso, precisamos motivar cada vez mais dentro das Instituições de Ensino o interesse dos estudantes por temas, ações e pesquisa relacionados a Atenção Primária a Saúde.

Palavras Chaves: Estratégia Saúde da Família. Equipe Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

1 e 2 - Acadêmicas do 9 semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

3- Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** (Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006). Brasília, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MINAYO, M. S., HARTZ, Z.M., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

OLIVEIRA, M. M. **A prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família da área da Distrital Oeste/ Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto- SP**. Ribeirão Preto, 2003. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo.

PAPOULA, R. S. **O Processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis- RJ: fatores restritivos e facilitadores**. Rio de Janeiro, 2006, 168p. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafio para a mudança das práticas. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.11,n23,p.65-66,set/dez2007.Disponívelem:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000300022&script=sci\\_arttext&tlng=d\\_0100-6916](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000300022&script=sci_arttext&tlng=d_0100-6916).Acesso em : 15/10/2008.

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

SILVA, I. Z.Q.J.; TRAD, L. A.B. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.** *Interface- comunic, saúde,educ.*, v.9,n.16,set.2004/fev2005.Disponívelem:<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>. Acesso em: 20/08/2008.

PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* CEPESC. Rio de Janeiro, 2006.

**ÁREATEMÁTICA:**

- Qualificação do pacto pela saúde: financiamento, instâncias de poder e modelo de atenção