

## TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENFOQUE NAS AÇÕES DE CUIDADO E GERÊNCIA

INTERDISCIPLINARY WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: FOCUS ON CARE AND MANAGEMENT

TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: ENFOQUE EN LAS ACCIONES DE CUIDADO Y GERENCIA

Lucilane Maria Sales da Silva<sup>I</sup>  
Marcelo Costa Fernandes<sup>II</sup>  
Ellen Pereira Mendes<sup>III</sup>  
Nathanny Carvalho Evangelista<sup>IV</sup>  
Raimundo Augusto Martins Torres<sup>V</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se analisar o trabalho das diversas categorias profissionais que atuam na estratégia saúde da família, com ênfase nas ações de cuidado e gerência. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em duas unidades de saúde da família de Fortaleza-CE, Brasil, em 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com 13 trabalhadores da equipe interdisciplinar das unidades e analisados pela técnica de análise de conteúdo. As ações de cuidado eram comuns na prática profissional da equipe, porém o enfermeiro desenvolvia ações de gerenciamento, além das práticas de cuidado. O cuidado era influenciado pelo modelo tradicional de assistência à saúde. É fundamental sensibilizar profissionais da estratégia saúde da família a buscarem a articulação entre ações de cuidado e de gerência na atenção básica, como também a ruptura com o modelo tradicional de assistência à saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem em saúde pública; atenção primária à saúde; equipe de assistência ao paciente; programa saúde da família.

**ABSTRACT:** This qualitative, descriptive study examined the work of various groups of personnel working in the Family Health Strategy, focusing on care and management actions carried out at two Family Health facilities in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2010. Data were collected through semi-structured interviews of 13 members of facilities' interdisciplinary teams, and analyzed using content analysis. Care actions are common professional practice of Family Health Strategy teams; however, nurses also performed management actions. Care was influenced by the traditional model of health care. It is thus fundamentally important to make Family Health Strategy personnel aware of the need to interlink care and management actions in primary care, as well as to break with the traditional model of health care.

**Keywords:** Public health nursing; primary health care; patient care team; family health program.

**RESUMEN:** El objetivo fue analizar el trabajo de categorías profesionales que actúan en la Estrategia Salud de la Familia, con énfasis en las acciones de cuidado y gerencia. Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, llevado a cabo en dos unidades de salud de la familia de Fortaleza-CE, Brasil, en 2010. Los datos fueron colectados por entrevista semiestructurada, con 13 trabajadores del equipo interdisciplinario y sometidos a la técnica de análisis de contenido. Las acciones de cuidado eran comunes en el equipo de la Estrategia, pero el enfermero desarrollaba acciones de gestión, además de las prácticas de atención. La atención era influenciada por el modelo tradicional de asistencia a la salud. Es fundamental sensibilizar profesionales para la búsqueda por la articulación entre acciones de cuidado y de gerencia en la atención primaria, así como por la ruptura con el modelo de asistencia a la salud.

**Palabras clave:** Enfermería en salud pública; atención primaria a la salud; grupo de atención al paciente; programa salud de la familia.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como proposta de reorientação do modelo assistencial predominante e cristalizado nos serviços de saúde no Bra-

sil. A abordagem tradicional da assistência que o SUS busca transcender possui visão positivista e linear do processo saúde-doença, com ênfase no cuidado

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Mestrado e Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Política, Saberes e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br

<sup>II</sup>Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Clínica. Discente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Membro do Grupo de Pesquisa Política, Saberes e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: celo\_cf@hotmail.com

<sup>III</sup>Acadêmica de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: ellenmendes@gmail.com

<sup>IV</sup>Acadêmica de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: nathannyce@hotmail.com

<sup>V</sup>Doutor em Educação. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa Política, Saberes e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: guto70@hotmail.com

biologicista, reducionista, curativista e fragmentado, além de priorizar o uso de recursos tecnológicos e medicamentosos para atender às necessidades de saúde de usuários.

No ambiente de transformações assistenciais à saúde, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de consolidar o SUS e ampliar o acesso da população aos serviços da atenção básica, além de estimular mudanças nas relações de trabalho estabelecidas entre profissionais e usuários.

Posteriormente, em 2007, o PSF passou a ser denominado de estratégia saúde da família (ESF), uma vez que é compreendido não apenas como programa na atenção básica, como também orienta a organização da atenção, constituindo possibilidade de transformação do modelo assistencial vigente<sup>1</sup>.

A ESF busca por ações abrangentes de promoção da saúde e prevenção de agravos. Possui como eixos organizativos o trabalho em equipe, a adesão de clientela, o estabelecimento de vínculos e a família como foco da atenção. A equipe de Saúde da Família deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados à equipe o cirurgião dentista e o auxiliar de consultório dentário, que constituem equipe de saúde bucal<sup>2</sup>.

Com a finalidade de ampliar ainda as ações da ESF, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes multiprofissionais que atuam em conjunto com os profissionais da ESF. A parceria prevê a revisão da prática do encaminhamento baseada nos processos de referência e contrarreferência, objetivando plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS<sup>3</sup>.

Em virtude da relevância que a ESF apresenta como possibilidade de reorientação da atenção à saúde, pela ambivalência das ações e propostas e pela diversidade de trabalhadores envolvidos, a pesquisa objetivou analisar o trabalho das categorias profissionais que atuam na estratégia saúde da família com ênfase nas ações de cuidado e gerência.

## REVISÃO DE LITERATURA

O processo de trabalho em saúde é visto como universo que agrega saberes e relações humanas, o qual não transforma apenas o corpo do sujeito, como também a subjetividade. Assim, faz-se necessário que trabalhadores da equipe de saúde da família e NASF compreendam o processo de trabalho, a fim de perceber como se constroem socialmente as necessidades dos sujeitos nos serviços de saúde e as maneiras de satisfazê-las, além de incentivar a autonomização dos atores sociais<sup>4,5</sup>.

O processo de trabalho da ESF é determinado, entre outras características, pelo trabalho no âmbito interdisciplinar, pela valorização dos diversos saberes e pelas práticas na perspectiva de abordagem integral e resolutiva, pelo acompanhamento e pela análise sistemática das atividades implementadas, almejando a readequação do processo de trabalho<sup>2</sup>.

Logo, o trabalho em equipe é fundamental para viabilização do processo de trabalho na ESF, uma vez que há compromisso em prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade das necessidades de saúde, por meio de práticas humanizadas, éticas e responsáveis<sup>6</sup>.

Entretanto, há obstáculos para construção do trabalho em equipe com as características mencionadas. É importante destacar, dentre estas, a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que direciona as relações de subordinação entre os diferentes segmentos de trabalho e respectivos agentes, como também as falhas no processo de trabalho, inadequação na organização e indefinições de papéis dos profissionais em ações, além da valorização do modelo biomédico<sup>7</sup>.

As dificuldades podem proporcionar, nesse ambiente heterogêneo de saberes e práticas, empecilhos na articulação e integração do trabalho construído pela equipe de saúde da família e NASF na ESF, o que desencadeia a descontinuidade de atividades e fragmentação da assistência<sup>8</sup>.

## METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, baseada no pressuposto de que os atores sociais investigados são sujeitos socialmente construídos, relacionam-se com a sociedade por meio de seus espaços, influenciados, e geradores de influências, por sua cultura, histórias, crenças e valores<sup>9</sup>.

Estudo desenvolvido em duas unidades de saúde da Secretaria Executiva Regional IV e VI, sedes de equipes NASF e de características de funcionalidade semelhantes. A população constou de 13 trabalhadores de nível superior dessas unidades, dois assistentes sociais, dois profissionais da educação física, inseridos na equipe de NASF, quatro enfermeiros, três médicos e dois odontólogos, integrantes da equipe de saúde da família.

A coleta de dados aconteceu de setembro a outubro de 2010. Para coleta destes, utilizou-se a entrevista semiestruturada que abordava assuntos relacionados ao objeto do estudo da pesquisa em questão. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Como critério de inclusão dos sujeitos no estudo: profissionais que atuavam há mais de 12 meses na

unidade de saúde, período necessário para que o trabalhador da equipe interdisciplinar da saúde da família esteja familiarizado com a dinâmica da ESF.

Foi utilizada, para a análise das informações, a análise de conteúdo que se compõem de três fases de análise a serem seguidas: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. A técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido. Assim, foram resgatadas unidades de significado (US) que, agrupadas por semelhança, permitiram a construção de categorias<sup>10</sup>.

A análise do conteúdo das entrevistas possibilitou o agrupamento das percepções dos sujeitos do estudo com relação ao processo de trabalho da equipe interdisciplinar da ESF, emergindo duas categorias: ações específicas dos profissionais da equipe interdisciplinar da ESF e desvantagens e dificuldades no trabalho da ESF.

Foram cumpridas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, conforme processo nº 08627983-1 FR: 352826. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes, após explicitação do objetivo da pesquisa, garantindo o sigilo das informações e a utilização dos dados gerados para fins científicos. Para preservar o anonimato dos sujeitos do estudo, eles foram identificados pelas letras AS (assistente social), EF (educador físico), E (enfermeiro), M (médico) e O (odontólogo), seguido de número de ordem no estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Ações específicas dos profissionais da equipe interdisciplinar da ESF

Nos discursos do profissional enfermeiro, foi possível identificar as atividades desenvolvidas pela categoria no âmbito da ESF.

*Coordenar atenção à saúde, saúde da criança, adolescente, adulto, idoso, vacinação, saúde da mulher, pré-natal, prevenção, planejamento familiar, visita domiciliar aos RN de risco, acamados, hipertensos, diabéticos e com hanseníase [...] epidemiologia, notificações, educação em saúde, no posto e comunidade, além de esterilização. (E1)*

*[...] pré-natal, consulta de puerpério, a puericultura também, que aí já é saúde da criança, [...] o acompanhamento da imunização, também a saúde do idoso, programa de hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose e, as ações de coordenação mesmo, que aí a gente trabalha também com as notificações, com atividade educativa, e também a coordenação dos agentes de saúde, que acaba que eles estão sobre a nossa responsabilidade. (E2)*

Observaram-se práticas de cuidado voltadas ao

modelo tradicional de assistência à saúde, com ações restritas e direcionadas a grupos específicos. Desta forma, a consulta de enfermagem é centralizada à mulher, principalmente no pré-natal e puerpério; à criança, por meio da puericultura e ao idoso. Além do acompanhamento de usuários com patologias, como diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose, as quais fazem parte dos programas do Ministério da Saúde.

Estudo realizado na atenção básica demonstrou que o cuidado do enfermeiro permanece, ainda, influenciado pelo modelo biomédico, hegemônico e procedimento-centrado<sup>11</sup>.

Além das atividades de cuidado, o enfermeiro desenvolve atividade no âmbito da gerência, como notificação de doenças e coordenação dos agentes de saúde. Assim, o foco das ações do enfermeiro é a organização do cuidado, que se traduz como planejamento de atividades compartilhadas que permitirão ao enfermeiro conseguir que os membros da equipe desenvolvessem o trabalho de forma eficiente e com qualidade<sup>12</sup>.

Além dessas atividades, percebeu-se também referência à prática educativa, a qual pode ser desenvolvida como estratégia de cuidado ampliado e integral, desde que não permaneça na transmissão de informação, estendendo ao compartilhamento de conhecimentos.

A utilização da educação como forma de cuidar na ESF transcende os preceitos positivistas do processo saúde-doença, uma vez que, por meio do educar, o profissional da saúde potencializa a capacidade de cuidar, direcionando-o a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, em que um aprende com o outro<sup>13</sup>.

A educação em saúde pode ainda facilitar a construção e o fortalecimento de vínculos entre os profissionais da saúde, usuários e comunidade, além de motivar o empoderamento dos atores sociais.

Ademais do fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, das responsabilizações partilhadas e promoção da autonomia, se os profissionais da ESF estiverem inseridos em um processo de educação, contarem com condições apropriadas de trabalho, bem como com rede de média e alta complexidade do sistema de saúde operante, podem melhorar consideravelmente o acesso da população aos serviços de saúde<sup>14</sup>.

Com relação às ações de cuidado, destacam-se as falas do profissional médico:

*A gente aqui no PSF trabalha os programas que são preconizados pelo Ministério, faz atendimento de pacientes hipertensos, diabéticos, gestante, saúde da criança, saúde da mulher. Faz exame de prevenção, atendimentos gerais de clínica médica, e atendimento também a tuberculose e portadores de hanseníase. (M1)*

*Bem, saúde da criança que a gente faz através da puericultura, saúde da mulher que a gente faz através das*

*gestantes, da prevenção e planejamento familiar, além de atendimento [...] Saúde da mulher, do idoso, e o acompanhamento a pacientes hipertensos, a tuberculosos e com hanseníase, além dos atendimentos gerais, atendimento clínico geral e prescrição dos medicamentos adequados. (M2)*

No contexto geral da formação em saúde no Brasil, os profissionais que atuam na atenção básica, principalmente a categoria médica, foram formados no paradigma flexneriano, no qual se privilegia a abordagem individual, curativa e centrada em hospitais. Tal fato constitui desafio para os referidos profissionais, uma vez que se encontram organizados em equipe. Em geral, esses profissionais apresentam dificuldades em transcender o espaço da consulta médica e em propor diagnósticos e intervenções em âmbito. Portanto, o desafio da ESF é romper com esse paradigma calcado no corporativismo, na estrutura verticalizada de poder e na fragmentação do conhecimento. O trabalho compartilhado na ESF pode ser formador, devido ao processo de relações interpessoais, cujos profissionais podem compartilhar e construir conhecimento contínuo sobre o fazer de forma solidária e democrática<sup>15</sup>.

Esse modelo tradicional mantém, em algumas situações da atenção básica, características do tipo médico-centrado, pois há escassez de discussões da equipe sobre o planejamento terapêutico dos usuários atendidos pela ESF. É importante destacar que o modelo de cuidado médico-centrado, refere-se à conduta dos trabalhadores, uma vez que esse modelo orienta a maioria das práticas em saúde, reforçado pelo trabalho de outras categorias profissionais que transferem a responsabilidade ao médico do diagnóstico situacional e projeto terapêutico<sup>16</sup>.

O odontólogo, inserido nesse ambiente dicotômico da ESF, apresentou o discurso:

*A gente tem a parte da clínica, que é a parte curativa que chama do atendimento das queixas, das doenças dos usuários, dos nossos procedimentos no consultório [...]. (O1)*

*[...] tem a parte de promoção e prevenção, que são os grupos, no PSE, no programa, Saúde na Escola, e a parte de puericultura, que a gente faz junto com a equipe, [...] eu, o médico e a enfermeira, e o trabalho de grupos também, tem de hipertensos e diabéticos, que são os que a gente mantém. (O2)*

Com base no conhecimento aprendido na universidade e na estruturação do processo de trabalho na ESF, o profissional odontólogo permanece imerso na perspectiva tradicional odontológica da assistência à saúde<sup>6</sup>.

Merece atenção a posição do odontólogo na atenção básica, pois a plena integração desse profissional na equipe da ESF aparece como obstáculo a ser superado, na medida em que a saúde bucal coletiva

surge como modo ideológico, operativo, contra hegemônico, uma vez que traz a saúde bucal para o SUS. O discurso do odontólogo aponta para presença de modelos assistenciais tradicionais, centradas em queixas individuais e patologias<sup>17,18</sup>.

Todavia, esse profissional busca por transpor as práticas assistenciais e construir o cuidado por meio de ações coletivas, em conjunto com os demais profissionais da ESF, com foco nas atividades de promoção e prevenção.

Por fim, nessa categoria, apresentam-se as falas dos profissionais do NASF:

*[...] o trabalho do NASF é dar um apoio à saúde da família, visualiza o problema daquela área e a gente dá esse apoio e suporte a eles. A enfermagem vai e identifica que precisa de um olhar mais detalhado de um assistente social, de um educador físico. Como exemplo, pode desenvolver um programa de atividades para obesos, hipertensos [...] aí fazemos um trabalho em conjunto. Então, a parte do NASF é dar um apoio ao médico e à enfermagem, a equipe completa da saúde da família. (AS1)*

*Orientação aos usuários com relação à atividade física, a forma correta de exercitar essas atividades físicas, principalmente com as pessoas que fazem por conta própria, por exemplo, uma caminhada é uma atividade física e nós fazemos alongamento com o grupo também e, muitas vezes, orientações pontuais com determinadas patologias. (EF1)*

*[...] acompanhamento aos grupos, palestras, orientação de grupos e individuais aos pacientes sobre exercícios físicos e, em casos extremos, fazemos o pronto-atendimento individual deles. (EF2)*

O NASF deve ser constituído por trabalhadores de diferentes áreas profissionais, os quais devem atuar em parceria com a equipe de Saúde da Família, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF. Os profissionais devem ser, no mínimo, de três áreas diferentes, os cursos de serviço social e educação física apresentaram profissionais compondo as equipes de NASF nas unidades pesquisadas. Os relatos revelaram que os profissionais conheciam o papel tanto do NASF como do compromisso de cada categoria profissional que atuando em sua área ou no campo da atenção básica, poderiam desenvolver trabalho integrado com as demais categorias de profissionais da saúde.

O NASF não representa a porta de entrada dos usuários na rede pública de saúde, constitui rede de apoio às ESF, apresentando como eixo a gestão acompanhada e o apoio à coordenação do cuidado<sup>19</sup>.

## Desvantagens e dificuldades no trabalho da ESF

Constataram-se fatores intervenientes na execução das ações dos profissionais inseridos na ESF.

*Dificuldades são muitas, a demanda é muito grande, falta tudo, falta muitas vezes medicamento, já chegou a*

*faltar até receituário para atender, os encaminhamentos, às vezes, a gente não tem como ajudar o paciente [...] ele fica também numa fila de espera gigante, aí a gente tem que entrar em contato com algum amigo ou alguém que a gente conheça por fora para conseguir dar uma resolução a esse paciente [...] para internação também é muito complicado, a gente não consegue. (M3)*

*Falta de material e grande quantidade de equipes que a gente tem que dar suporte e apoio, a gente dá apoio a onze equipes de saúde da família, é muita gente, é muito usuário [...] é uma das maiores dificuldades. Dessas onze equipes, são três postos diferentes, três unidades diferentes, aí é um deslocamento muito grande, tem NASF que apoia cinco postos diferentes. (AS2)*

*A dificuldade é de espaço, pois aqui nós temos essa salinha de quatro metros quadrado no máximo, nós vamos planejar um assunto, a gente precisa de um computador e não tem, a gente quer fazer um relatório ou planejamento, a gente tem que fazer em casa. (E3)*

*Sistema de informação deixa a desejar, lento, informações insuficientes, atrasa atendimento, falta de material, equipes incompletas. (E4)*

Um dos entraves dos profissionais da ESF investigados referiu-se ao desenvolvimento de práticas no atendimento ao usuário, base para os demais serviços de saúde da rede.

Essa problemática rompe com um dos princípios adotado pela ESF de integralidade e hierarquização, em que a estratégia deveria estar vinculada à rede de serviços, de forma a garantir atenção integral ao sujeito, à família e comunidade, além de assegurar a proposta de referência e contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que as condições de saúde do usuário assim o exigir<sup>20</sup>.

A sobrecarga de trabalho foi outra dificuldade apontada. O excesso de atividades reflete a necessidade da população por atendimento. A despeito de limite de pessoas definidos pelo Ministério da Saúde, a realidade de algumas ESF apontam para número de atendimentos superiores, com equipe sendo responsável por até sete mil usuários<sup>21</sup>.

Isso significa número até 10 vezes maior, se comparado com o quantitativo de famílias atendidas pelas equipes em Cuba, e oito vezes superiores ao número de usuários que os médicos das famílias canadenses são responsáveis, países em que essa estratégia de saúde se demonstrou eficiente<sup>20</sup>.

Essa situação pode dificultar a construção de acolhimento e vínculo entre profissional da saúde e usuário, uma vez que se busca pela consolidação dessa interação, proporcionando aos usuários condições de serem protagonistas do processo de saúde-doença, a fim de repensar o cuidado produzido<sup>22</sup>.

Outras temáticas recorrentes foram a precariedade da estrutura física e a deficiência de recursos

materiais, elementos fundamentais para viabilização das ações propostas pela ESF.

A insuficiência de investimentos nas condições estruturais e materiais de trabalho da atenção básica são incoerentes com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS, uma vez que a ESF objetiva reorientação da assistência à saúde com atividades que abranjam a realidade social, porém com baixos investimentos, dificultando novas práticas de cuidar<sup>20</sup>.

Os empecilhos vivenciados pela equipe de Saúde da Família e NASF em relação às condições de trabalho, à dinâmica e manutenção da unidade para atuação dessas equipes, retratam dificuldades da gerência e do cuidado que envolve a ESF.

Para que profissionais da saúde possam atuar adequadamente, devem ser oferecidas condições mínimas ao desenvolvimento eficaz das ações de saúde, propiciando o alcance dos objetivos traduzidos pela pactuação da atenção básica realizada entre gestores do âmbito federal, estadual e municipal, buscando, assim, atender às necessidades de saúde de cada localidade.

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados desta pesquisa, é possível concluir que as ações de cuidado exercidas pela ESF são influenciadas pelo modelo tradicional de assistência à saúde, com práticas centralizadas no núcleo de saberes específico de cada categoria profissional, demonstrando, assim, que apesar das propostas políticas, movimentos populares e profissionais acerca da eficácia da reorganização do modelo brasileiro de atenção à saúde, esse escopo ainda se encontra distante da concretização.

No ambiente da ESF, as ações de cuidado deveriam ser executadas em conjunto com ações de gerência, de forma dialética e não dicotômica, com vistas à assistência integral, porém, o enfermeiro, entre os demais profissionais de saúde, foi o único a relatar em seu cotidiano atividades relacionadas ao gerenciamento, além das práticas de cuidado, o que evidencia a fragilidade das ações gerenciais nesse nível de atenção e a cisão com as atividades de cuidar.

É importante destacar que as críticas ao modelo assistencial tradicional proporcionam questionamentos e motivam construção de novas habilidades e atitudes que possam ser agregados aos conceitos existentes, visando sanar as reais necessidades de saúde de usuários, família e comunidade com atividades humanas, flexíveis e responsáveis.

Apesar das dificuldades apontadas pelos profissionais da atenção básica, espera-se que o compartilhamento das ações de campo e o respeito às ações nucleares das categorias, atuantes na área da ESF, possam gerar novas práticas e formas positivas de relacionamentos

interpessoais. Dessa forma, o trabalho em saúde poderá cumprir os objetivos de atender com qualidade aos vários níveis de necessidades da população, desde que haja valorização pelas esferas governamentais, com elaborações de novos projetos e investimentos nos serviços de saúde.

O estudo possui, todavia, limitações, uma vez que foram abordadas duas unidades de saúde e um número restrito de profissionais, o que impede a generalização dos resultados.

Por fim, não se pretende esgotar as questões discutidas neste estudo, mas despertar e sensibilizar os profissionais de saúde para as discussões sobre as condições ocupacionais, a interdisciplinaridade no trabalho na ESF, com ênfase na horizontalidade, utilização de tecnologias de relacionamento, corresponsabilidade das ações de saúde e maior articulação entre ações gerenciais e de cuidado, proporcionando assistência ética, humana e integral.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 783-836.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2011; 24 out. Seção 1:48-55.
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família NASF. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2008; 25 jan. Seção 1:47-9.
4. Furtado AM, Pennafort VPS, Fernandes MC, Silva LMS. Trabalho em saúde: o modo de agir da enfermagem dialítica. Rev enferm UFPE online. 2010; 4:395-400.
5. Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. Texto contexto – enferm. 2006; 15(n. esp.):105-13.
6. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. Rev bras educ med. 2010; 34:379-89.
7. Shimizu HE, Dytz JL, Lima MG, Moura AS. Enfocando o desempenho do auxiliar de enfermagem do programa de saúde da família. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12:713-20.
8. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? Ciênc saúde coletiva. 2010; 15: 1533-41.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Po): Edições 70 Persona; 2010.
11. Takemoto MLS. O trabalho de enfermagem em centros de saúde e a mudança do modelo de atenção no município de Campinas – SP [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
12. Sanna MC. Os processos de trabalho na enfermagem. Rev bras enferm 2007; 60:221-4.
13. Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. Rev Bras Enferm. 2005; 58: 607-10.
14. Pires MRGM, Götttems LBD. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. Rev Bras Enferm. 2009; 62: 294-9.
15. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. Psicol cienc prof. 2008; 28: 374-89.
16. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface – Comunic, Saude, Educ. 2007; 11:655-66.
17. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc saúde coletiva. 2006; 11:53-61.
18. Figueiredo GO, Brito DTS, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Ciênc saúde coletiva. 2003; 8:753-63.
19. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Editora MS; 2010.
20. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Psicologia & Sociedade. 2008; 20:237-46.
21. Oliveira SF. Avaliação do programa saúde da família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida [dissertação de mestrado]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2006.
22. Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Lima LL. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. Rev enferm UERJ. 2011; 19:604-9.