

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação

The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice

Significados del hacer profesional en la estrategia de salud de la familia: atención primaria como escenario de la práctica

Letícia Martins Machado ¹, Juliana Silveira Colomé ², Rosângela Marion da Silva ³, Thais Picolin Sangoi ⁴, Natiellen Quatrin Freitas ⁵

ABSTRACT

Objective: recognizing the meanings attributed to the professional by health professionals working in a Family Health Strategy. **Method:** this is a field research, descriptive of qualitative approach. The study setting was one Family Health Strategy of the municipality of Santa Maria where two teams operate. Participants were selected as lottery and composed the study: a nurse, a doctor, a technician of nursing and six community health agents, totaling nine participants. The technique of data collection was semi-structured interviews and analyzed according to thematic analysis. **Results:** the categories were constructed: team assignments and welcoming and team work: issues inherent in working in the Family Health Strategy. **Conclusion:** it is emphasized the need to rethink the practices of teams for each encounter with the user is seen as a chance for health promotion actions is implemented. **Descriptors:** Family health, Unified health system, Nursing.

RESUMO

Objetivo: conhecer os significados do fazer profissional atribuídos pelos profissionais de saúde que atuam em uma Estratégia Saúde da Família. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa. O cenário de estudo foi uma Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria onde atuam duas equipes. Os participantes foram selecionados conforme sorteio e compuseram o estudo uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, totalizando nove participantes. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e os dados analisados segundo a análise temática. **Resultados:** as categorias construídas foram: atribuições da equipe e acolhimento e trabalho em equipe: aspectos inerentes ao trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Conclusão:** ressalta-se a necessidade de repensar as práticas das equipes para que cada encontro com o usuário seja visto como possibilidade para que ações de promoção da saúde sejam implementadas. **Descritores:** Saúde da família, Sistema único de saúde, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los significados atribuidos a los profesionales por los profesionales de la salud que trabajan en una Estrategia de Salud Familiar. **Método:** se trata de una investigación de campo, descriptiva de enfoque cualitativo. El ámbito del estudio fue una Estrategia de Salud de la Familia del municipio de Santa Maria, donde operan dos equipos. Los participantes fueron seleccionados por lotería y componen el estudio: una enfermera, un médico, una técnica de enfermería y seis agentes comunitarios de la salud, con un total de nueve participantes. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada y análisis de acuerdo con el análisis temático. **Resultados:** las siguientes categorías se construyeron: las asignaciones de equipo y de la acogida del equipo de trabajo: cuestiones inherentes al trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia. **Conclusión:** se destaca la necesidad de repensar las prácticas de los equipos para cada encuentro con el usuario visto como una oportunidad para las acciones de promoción de la salud sea implementada. **Descriptor:** Familia, Sistema único de salud, Enfermería de salud.

1 Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil, docente do Curso Técnico em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: lehmachado@yahoo.com.br 2 Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil, docente do Curso da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESES). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: julianacolome@yahoo.com.br 3 Enfermeira, doutoranda em Ciências - DINTER NOVAS FRONTEIRA UNIFESP/UFSP/UFRRJ-EEAN. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cucasma@terra.com.br 4 Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: thaisangoi@hotmail.com 5 Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: natiellen.freitas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica em saúde configura-se como uma das vias para a efetivação de seus princípios, tratando-se de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que tem como foco de atuação as ações de promoção da saúde. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização. A Estratégia Saúde da Família (ESF) exige a definição de um território com população determinada e a constituição de uma equipe mínima: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).¹⁻²

A assistência integral, contínua e resolutiva às necessidades de saúde da população consiste na essência dessa estratégia. Preconiza a saúde como um direito de cidadania e, portanto, de qualidade de vida, contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, fortalecendo a autonomia do sujeito, estabelecendo ações intersetoriais e estimulando o controle social. Representa ainda, a principal porta de entrada, ou seja, o primeiro contato dos usuários com serviços de saúde.³

A ESF é entendida como um caminho para reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geograficamente limitada que compreendem as áreas adscritas. No que se refere às atribuições das equipes, estão a identificação da realidade epidemiológica e social das famílias, o atendimento da demanda programada e espontânea e a educação em saúde com ênfase no autocuidado.

Neste sentido, para que a ESF esteja estruturada mediante os propósitos da atenção básica, destaca-se o papel dos profissionais de saúde, os quais devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para isso, devem ser valorizadas as características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação destes profissionais de modo que se possibilite melhor desempenho de suas atividades e atenção condizente com as necessidades da população.⁴

Tendo em vista que a abrangência da ESF envolve um cenário de inúmeras problemáticas sociais, econômicas e estruturais, reconhece-se a relevância das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF. Dessa forma, este estudo objetivou conhecer os significados do fazer profissional atribuídos pelos profissionais de saúde que atuam em uma Estratégia Saúde da Família. Este artigo consiste em um recorte do Trabalho

Final de Curso intitulado “Referência e contra-referência no pós-alta hospitalar: integralidade nas ações da equipe de saúde da família”, apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA, Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

MÉTODO

Para o desenvolvimento do estudo, foi escolhida a pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa, a qual se interessa pelos significados resultantes da ação humana objetiva, apreendidos no cotidiano, da experiência e da explicação das pessoas que vivenciam determinado fenômeno.⁵

O cenário de estudo foi uma Estratégia Saúde da Família localizada na região oeste do município de Santa Maria, RS, onde atuam duas equipes. Os participantes desta pesquisa foram selecionados mediante sorteio de representantes de cada categoria profissional e fizeram parte deste estudo uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, totalizando nove participantes. O número total de agentes comunitários de saúde entre as duas equipes era doze, portanto foi entrevistada a metade de modo que o total de sujeitos entrevistados correspondesse a uma equipe. Após o sorteio, os sujeitos foram contatados para o agendamento da entrevista.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, que foi gravada em aparelho digital com o consentimento do participante e após transcritas na íntegra para garantir dados fidedignos para análise. Da transcrição seguiu-se o processo de análise dos dados para a definição das unidades de significado para a construção de categorias. Para preservar a identidade dos participantes foram utilizadas abreviaturas da categoria profissional (Med-Médico, Enf-Enfermeiro, ACS-Agente Comunitário de Saúde, Tec Enf-Técnico em Enfermagem), sendo que para os ACS foi utilizada numeração correspondente à ordem em que estes foram entrevistados. O período de realização do estudo compreendeu os meses de agosto a novembro de 2008.

A análise dos dados ocorreu por meio da análise temática, que é dividida em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos.⁵ Nesta análise os dados foram analisados tendo o tema como núcleo de sentido, por meio do qual foi classificado o material, e cuja frequência ou presença tem um significado para o objeto analítico.

Os preceitos éticos foram respeitados no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos.⁶ Aos participantes foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias de igual teor, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Esta pesquisa está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano sob o nº 161.2008.2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item são apresentadas as categorias que emergiram do processo de análise dos dados: Atribuições da Equipe de Saúde da Família e Aspectos Inerentes ao Trabalho na Atenção Básica.

Atribuições da Equipe de Saúde da Família

Os trabalhadores que atuam na ESF possuem conhecimento sobre as suas atribuições na Estratégia, como identificar a comunidade adscrita e atuar na perspectiva da educação em saúde, conforme relatos a seguir.

[...] a principal atribuição é trabalhar com a comunidade adscrita. A saúde da família é uma estratégia que trabalha com uma área adscrita e isso facilita porque a gente tem um conhecimento do perfil epidemiológico de toda essa área, e aí a gente pode trabalhar com os programas que aquela área precisa mais. Outra atribuição que às vezes fica um pouco esquecida é a promoção e prevenção em saúde, que isso está dentro da filosofia da saúde da família. (MÉD.).

Acho que seria isso: eu aprender e poder ajudar as pessoas a não ficarem doentes. Na prevenção, tentar orientar elas o máximo possível pra elas não ficarem doentes, ou se já estão, ajudar elas a melhorar aquilo ali. (ACS 04).

Acho que as prioridades são as principais atribuições, por tu mexer com tudo, hipertensos, diabéticos, criança, vacina, gestante, pré-natal, saúde do adulto, da mulher que já entra CP (exame Citopatológico), acho que essas aí são as prioridades. (ACS 01).

Os trabalhadores expressaram que atuar em uma ESF implica em satisfação:

Pra mim é tudo de bom (riso), é a coisa que eu mais gosto na minha vida é isso daí. (ACS 01).

Pra mim é super importante, porque a gente faz a prevenção, eu me sinto, pelo menos, super satisfeita. (ENF.).

Acolhimento e Trabalho em Equipe: Aspectos Inerentes ao Trabalho na ESF

No discurso dos participantes da pesquisa emergiram dois aspectos considerados fundamentais para o desenvolvimento do trabalho na Estratégia: o acolhimento e o trabalho em equipe. O acolhimento foi percebido como aspecto essencial para o estabelecimento de vínculo entre equipe de saúde e usuários.

[...] eu entendo que saúde, que saúde pública e que atenção básica, eu acho que tem que ter um acolhimento bem feito, tem que visitar as pessoas, conhecer a realidade onde moram, isso é muito importante, [...] tu receitar uma receita, de repente a pessoa não tem dinheiro pra comprar, tu não sabe a realidade dela, e aí ele não volta mais. (ACS 01).

[...] a maioria deles (usuários), só de tu falar com ele, conversar tu já resolve o problema. Ele precisa de uma conversa, de uma pessoa que o escute [...] aqui no posto mesmo, a ESF faz esse tipo de coisa,

que é o acolhimento, que é a conversa com o paciente, ajudar o paciente. (TEC. ENF.).

O trabalho em equipe emergiu como metáfora “trabalho em equipe/família”, mostrando o comprometimento existente entre os profissionais em uma relação de ajuda mútua:

Quando é uma equipe, tem que trabalhar todo mundo junto. Então acho que um tem que ajudar o outro, independente do que é aqui dentro (ACS 02).

[...] Todos nós somos uma família aqui, a gente trabalha junto, unido, porque todo mundo tem que conhecer a realidade. Claro, tem atritos como tem em tudo que é família, mas a gente é uma família. (TÉC. ENF.).

Na categoria **Atribuições da Equipe da ESF**, os trabalhadores demonstraram conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Básica, que define as atribuições comuns à equipe de ESF e as específicas para cada categoria profissional. Dentre as atribuições cita-se a adscrição da clientela, como sendo função comum a todos os profissionais, o que implica na participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe a fim de identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.¹

A adscrição da clientela faz referência ao vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização aponta para a relação que se estabelece mediante a definição do território e da população.⁷

Na realidade investigada, observa-se que a adscrição da clientela possibilita que as ações de prevenção sejam planejadas com foco nos problemas reais da população. Assim, ao aproximar as ações em saúde das necessidades da clientela, que é pertencente a um contexto com características sociais, econômicas e culturais próprias, o trabalho da equipe pode tornar-se mais resolutivo. Ressalta-se que resolutividade vai além da diminuição do tempo de espera para o atendimento, da realização de curativos e da administração de medicamentos, pois a clientela mediante contato com a equipe de saúde, necessita receber informações, apreendê-las e ser capaz de aplicá-las no seu cotidiano.

Assim, a cada encontro com o usuário, a equipe de saúde ao passo que realiza procedimentos, dialoga com propriedade sobre as necessidades do mesmo. A clientela adscrita é fator contribuinte para a prática porque favorece que a equipe conheça melhor as pessoas, tanto individualmente quanto no seu contexto de família e comunidade, levando ao estabelecimento de confiança e vínculo entre equipe e usuários.⁸

Neste sentido, a promoção da saúde foi também considerada pelos trabalhadores deste estudo como atribuição da equipe. A promoção da saúde pode ser entendida como uma estratégia de produção social de saúde e pressupõe a interação entre o setor sanitário e os demais setores da sociedade, entre o indivíduo e seu meio, produzindo uma rede de corresponsabilidade pelo bem-estar global.⁹

Dessa forma, ao analisar o binômio promoção da saúde-prevenção de doença, a primeira deve ser entendida como a protagonista nas ações em saúde e a segunda como sua

consequência, pois o enfoque deve estar pautado na prevenção da doença ao invés trabalhar na perspectiva do adoecimento.

Portanto, a equipe de ESF é capaz de caminhar neste sentido mediante ações de promoção da saúde, as quais atuam nos fatores causais das doenças impedindo que esta se instale. No entanto, não basta que a equipe de ESF transmita informações. Faz-se necessário que os trabalhadores escutem as demandas dos usuários e, juntos, estabeleçam estratégias de cuidado que impactem na saúde e na qualidade de vida.

Houve destaque dos trabalhadores com relação à visita domiciliar, uma das tecnologias que dão sustentação à ESF. Na área da saúde, ela é considerada como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação uma vez que cria um espaço que possibilita a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, fazendo com que as pessoas tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde.¹⁰

Na prática da Estratégia, a visita domiciliar fica majoritariamente a cargo dos Agentes Comunitários em Saúde, que estabelecem relação estrita com a clientela adscrita por pertencer a comunidade e por realizar o trabalho no domicílio dos usuários. Nesta lógica de organização do serviço, este trabalhador é entendido como elo entre a comunidade e a equipe, tendo em vista que se deslocam da unidade de saúde para o domicílio nos casos em que há a impossibilidade de deslocamento do usuário.

Desse modo, a visita domiciliar é para o ACS o cerne do seu trabalho. Esta prática é vista não só na realidade desta pesquisa, mas em outro estudo em que a visita domiciliar é considerada como uma atividade que visa atender aos pacientes impossibilitados de irem ao posto de saúde, como pessoas acamadas, com deficiências físicas, crianças com menos de uma semana de vida, pessoas idosas ou que necessitem de cuidados especiais mais próximos, pessoas após hospitalização, mães que negligenciam os cuidados de seus filhos devido a problemas de higiene ou outras dificuldades.¹¹

Nessa linha de raciocínio, vale ressaltar que a visita domiciliar deve ser efetuada por todos os membros de equipe, sendo que cada um deve organizar a agenda para contemplar a maior parte da clientela adscrita, tendo em vista que é um momento em que podem ser observadas as condições do domicílio e dos moradores, e verificar os problemas mais relevantes e que mais afetam a saúde. A visita domiciliar deve ser valorizada como uma possibilidade de conhecer e reconhecer um novo campo de relações mais horizontalizadas onde não apenas se remedia, mas também se promove saúde.¹¹

Quando indagados sobre o que representa para eles atuar em uma equipe de ESF, os trabalhadores mostraram-se satisfeitos. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição por ser um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa. Ela também está sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato.¹²

Dessa forma, estar satisfeito com o trabalho é fundamental para que os usuários sintam na equipe a segurança de que precisam para assumirem a responsabilidade pelo seu plano terapêutico e autocuidado. O gosto e satisfação manifestados pelos trabalhadores colaboram para o fortalecimento do vínculo entre serviço-comunidade, pois o profissional estando

satisfeito com o trabalho consegue planejar e implementar ações que possuam efeito a longo prazo.

Pesquisa aponta a satisfação no trabalho como uma das condições que motiva os trabalhadores a continuar trabalhando na ESF. Os outros motivos incluem: a proximidade com a população, crença na mudança do setor saúde e possibilidade de ampliar os conhecimentos na área.¹³

Sobre a categoria *Acolhimento e Trabalho em Equipe: aspectos inerentes ao trabalho na Atenção Básica*, o acolhimento emergiu como um aspecto importante para aproximar a equipe de saúde aos usuários. A escuta por parte da equipe permite o conhecimento das necessidades dos usuários a partir de sua realidade, e isso faz com que as ações atendam a demanda e sejam condizentes com as possibilidades da clientela.

O acolhimento é considerado uma tecnologia leve, e direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades sentidas pelos usuários podem ser trabalhadas pela equipe de ESF no intuito de proporcionar a resolubilidade para as reais exigências de saúde.¹⁴

Acredita-se que a partir da intersecção, da troca dos saberes entre o usuário e a equipe de saúde, a escuta e do respeito a ambos o acolhimento possa ser efetivado. Nesse viés, para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de maneira integral a relação entre usuário/serviços e profissionais de saúde deve estar interligada com o objetivo do entendimento das reais necessidades dos usuários e, portanto, disparando ações no sentido de dar a solução mais adequada em cada situação.¹⁵

Quando se trabalha com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acolhimento constitui-se como uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe no momento de receber o usuário na unidade de saúde. Ao ser acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde.¹⁶

Porém, considerando os preceitos da ESF, a qual se fundamenta no atendimento integral, o acolhimento ao usuário as suas necessidades pode e deve estar contemplado em todos os momentos em que houver encontro entre equipe e usuário, seja na unidade de saúde ou a domicílio, aspecto identificado no depoimento dos participantes desta pesquisa.

Nessa perspectiva, quando a equipe se disponibiliza a escuta e ao diálogo com o usuário, na tentativa de conhecê-lo, ela está buscando a satisfação das necessidades e, portanto o acolhendo. O diálogo possibilita que as soluções para os problemas apresentados sejam encontradas na parceria equipe-usuário. Nessa perspectiva, a troca de saberes poderá ocorrer desde que o trabalhador de saúde apresente sensibilidade para a escuta, compreenda as necessidades de saúde e, as integre ao conhecimento científico, proporcionando uma melhor acolhida ao usuário.¹⁶

Em síntese, a atuação da equipe de ESF não se limita a medicar, consultar ou examinar, e passa à significância de acolher a pessoa em si, seja por meio de um diálogo, de um gesto ou de qualquer atitude de doação com a consciência do efeito terapêutico que isso proporciona. A escuta permite construir relacionamentos firmes entre as pessoas a partir da socialização de saberes, de necessidades, de medos e angústias além de ser essencial para estabelecer o sentido de empatia, de forma a atender a necessidade do outro.¹⁷

Outro aspecto importante relacionado ao trabalho na atenção básica é o trabalho em equipe. O atendimento integral aos usuários e sua efetivação por meio da atuação multiprofissional e interdisciplinar proporciona a resolução dos problemas de saúde⁸. Na realidade investigada, apesar de existirem algumas divergências entre os trabalhadores, a equipe configura-se como uma família, pois mantém suas ações articuladas independente do núcleo de atuação.

O trabalho em equipe objetiva atender os diferentes fatores que interferem no processo de saúde-doença, ressaltando a integralidade no cuidar. Por meio da ação multiprofissional, é possível conseguir um maior impacto nas ações de saúde, pois são somados os olhares de distintos profissionais que constroem e reconstróem suas práticas em constante interação com as práticas do outro.¹⁸

Estudos realizados anteriormente não corroboram com os achados desta pesquisa. Em outras realidades, o trabalho em equipe é relatado como uma dificuldade, o que caracteriza a compartimentalização das atividades.¹⁹⁻²⁰

O trabalho em equipe representa uma relação recíproca de comunicação e interação entre profissionais pertencentes a distintos núcleos de saberes em busca de consenso o qual se traduz em qualidade na atenção dispensada às necessidades de saúde da clientela.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo pode-se compreender os significados atribuídos pelos profissionais quanto ao trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família. Apontaram as principais atribuições da equipe de ESF, o que indica uma preocupação com os usuários e com a resolução dos problemas com foco na promoção da saúde, reconhecem a adscrição da clientela e a visita domiciliar como importante estratégia de aproximação com a comunidade.

Porém, por meio deste estudo observa-se que é necessário rever as práticas de promoção em saúde já que estas são organizadas a priori para grupos específicos, sendo que os usuários que não se enquadram nestes grupos são atendidos mediante um agravo à saúde já estar instalado. Neste sentido, é necessário repensar as práticas das equipes de ESF para que a cada encontro com o usuário seja visto como possibilidade para que ações de promoção da saúde sejam implementadas.

Com relação ao acolhimento e ao trabalho em equipe, constatou-se que são ferramentas fundamentais para que a equipe consiga atender a sua clientela. Além disso, vão ao encontro dos preceitos da ESF, pois representam um caminho para a assistência integral. Com isso, o objetivo de conhecer os significados do fazer profissional atribuídos pelos profissionais de saúde atuantes em uma ESF foi contemplado, pois foi possível identificar os aspectos que dão sentido ao fazer destes profissionais.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica; Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 2 Ximenes N, Francisco RG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev bras enferm.* 2008 jan/fev; 61(1): 36-45.
- 3 Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família- uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio; 2004.
- 4 Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini S do CC, Piori SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol serv saúde [Internet].* 2006 [acesso em 2008 nov 05]; 15(3): 7-18. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>.
- 5 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2007.
- 6 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.
- 7 Sousa MF de, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc saúde coletiva.* 2009; 14(Supl. 1): 1325-35.
- 8 Baratiere T, Marcon SS. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. *Rev enferm UERJ.* 2011 abr/jun; 19(2): 212-7.
- 9 Moretti AC et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde soc.* 2009; 18(2): 346-54.
- 10 Lopes W de O, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc cuid saúde.* 2008; 7(2): 241-7.
- 11 Gonçalves RJ, Soares R de A, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev bras educ méd.* 2009; 33(3): 393 - 403.
- 12 Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre M do RD de O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev saúde pública.* 2004 fev; 38(1): 55-61.
- 13 Ronzani TM, Silva C de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc saúde coletiva.* 2008; 13(1): 23-34.
- 14 Merhy EE, Onocko R, Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 15 Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA de, Motta MS da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS.* 2010 jan/mar; 13(1): 4-9.
- 16 Coelho MO, Jorge MSB, Araújo, ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev baiana saúde pública.* 2009 jul/set; 33 (3): 440-52.
- 17 Macedo JBP de O, Melo RM de, Brito RS de. Refletindo sobre o cuidar: enfoque na compreensão e vivência de agentes comunitários de saúde. *Rev pesqui cuid fundam [Internet].* 2012 jan/mar

[acesso em 2012 out 10]; 4(1): 2831-40. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972235>.

18 Araújo MB de S, Rocha P de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Rev cienc saúde coletiva. 2007 mar/abr; 12(2): 455-64.

19 Marqui ABT de, Janh A do C, Resta DG, Colomé IC dos S, Rosa N da, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev esc enferm USP. 2010; 44(4): 956-61.

20 Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev esc enferm USP. 2006; 40 (4): 533-9.



Recebido em: 11/01/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 31/07/2014
Publicado em: 07/01/2016

Endereço de contato dos autores:
Letícia Martins Machado
Rua dos Andradas, 1719, Santa Maria, RS, Brasil, CEP: 97010033.
Telefone: (55) 96817817.
E-mail: lehmachado@yahoo.com.br