

## O processo de trabalho em um ambulatório de oncologia na percepção dos técnicos de enfermagem

The process of working in an oncology outpatient clinic in the perception of the nursing technical team

El proceso de trabajo en un ambulatorio oncología en la percepción del personal de enfermería

Ana Maria Zanotti de Aguiar<sup>1</sup>; Eliane de Fátima Almeida Lima<sup>2</sup>; Maria Carlota de Resende Coelho<sup>3</sup>; Leila Massaroni<sup>4</sup>

### Como citar este artigo:

Aguiar AMZ; Lima EFA; Coelho MCR; et al. O processo de trabalho em um ambulatório de oncologia na percepção dos técnicos de enfermagem. Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):181-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.181-186>

### ABSTRACT

**Objective:** To describe how the technical nursing staff perceives and describes the work process in an Oncology Clinic. **Method:** A qualitative study. Data was obtained through the use of focus groups and analyzed using content analysis method **Result:** From the analysis of the participant's reports emerged the following category: (re)organization of team work. The units of analysis were established to organize and sequence discussions: Barriers in health care network; Work organization focused on professional; Assistance provided to the patient as the central character; Difficulty in linking the micro processes carried out at the Clinic. **Conclusion:** It is concluded that the work is exercised in a fragmented way and that the work process reorganizes, changing its components, but maintaining the same product.

**Descriptors:** Work Process in Health; Nursing Work; Work.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeira do Ambulatório de Oncologia do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), Brasil. E-mail: [ana.zanotti31@gmail.com](mailto:ana.zanotti31@gmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora do programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: [elianelima66@gmail.com](mailto:elianelima66@gmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora do Programa de Pós Graduação da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAN). E-mail: [marclota3@hotmail.com](mailto:marclota3@hotmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: [leilamassaroni23@gmail.com](mailto:leilamassaroni23@gmail.com).

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever como a equipe técnica de enfermagem percebe e relata o processo de trabalho em um ambulatório de oncologia. **Método:** Estudo qualitativo. Os dados foram obtidos por meio da utilização de grupo focal e analisados através da modalidade de Análise de Conteúdo. **Resultado:** A partir da análise dos relatos das participantes emergiu a seguinte categoria: (re)organização do trabalho em equipe. Foram estabelecidas as unidades de análise para organizar e sequenciar as discussões: Entraves na rede de atenção à saúde; Organização do trabalho centrado no profissional; Assistência fornecida ao paciente como personagem central; Dificuldade na articulação entre os microprocessos realizados no ambulatório. **Conclusão:** Conclui-se que o trabalho é exercido de forma fragmentada e que o processo de trabalho se reorganiza, alterando seus componentes, porém mantendo o mesmo produto.

**Descritores:** Processo de Trabalho em Saúde; Trabalho em Enfermagem; Trabalho.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir cómo la técnica del personal de enfermería percibe y describe el proceso de trabajo en una Clínica de Oncología. **Método:** Estudio cualitativo. Los datos fueron obtenidos por medio del uso de grupos de enfoque y analizados a través del Análisis del Contenido. **Resultado:** A partir del análisis de los informes de los participantes surgieron las siguientes categorías: (re)organización del trabajo en equipo. Se establecieron las unidades de análisis para organizar y secuenciar discusiones: Barreras en la red de atención de la salud; La organización del trabajo se centró en profesional; La asistencia prestada al paciente como el personaje central; Dificultad en la vinculación de los procesos micro realizadas en la Clínica. **Conclusión:** Se concluye el trabajo que se lleva a cabo de una manera gradual y que el proceso de trabajo se reorganiza cambiando sus componentes, manteniendo al mismo tiempo el mismo producto.

**Descriptores:** Proceso de Trabajo en Salud; Trabajo en Enfermería; Trabajo.

## INTRODUÇÃO

No mundo capitalista, o trabalho característico do modelo taylorista, fordista, isto é, qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito é substituído pelo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista, que se traduz pela competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos, caracterizado por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia.<sup>1</sup>

Essas características foram absorvidas pela gestão na área da saúde levando a um cenário de insatisfação dos usuários, principalmente aqueles que utilizam o SUS. Essa insatisfação ocorre devido aos impasses vividos diariamente na realidade da gestão, caracterizados por falta de recursos financeiros, flexibilização dos vínculos, ações de saúde com baixo impacto sobre os reais problemas de saúde da população, desumanização e a mídia presente, desmoralizando ainda mais a gestão nessa área e informando a todas as classes sociais.<sup>2</sup>

O trabalho na saúde possui características que se distinguem de outros processos de trabalho, pois o consumo do produto gerado ocorre simultaneamente à produção da ação, se tornando um componente de produção não material, pois

além de ser essencial para a vida humana, também faz parte do setor de serviços e seu produto final é indispensável no processo que o produz.<sup>3</sup>

Na área da saúde, esse trabalho é disciplinadamente organizado, onde os trabalhadores respeitam o seu ambiente físico e o devido produto gerado em cada ambiente. Portanto, esse tipo de organização de trabalho somente alcançará um produto final de qualidade se cada uma das etapas estiverem interligadas, pois, assim, o trabalhador conseguirá identificar os entraves existentes nas rotinas e o impacto dos problemas nos outros setores.<sup>4</sup>

O trabalhador da saúde possui certo nível de autogoverno, onde ele determina a característica de seu processo de trabalho dentro do seu local de atuação. Assim, esses múltiplos e complexos espaços de trabalho, compostos pelos protagonistas do processo atuando diretamente com os sujeitos, são denominados como locais de micropolítica. Portanto, a micropolítica é a arte de governar que cada trabalhador possui dentro do seu devido espaço, sendo então necessária sua compreensão para que seja efetuada uma possível intervenção.<sup>5</sup>

O desvelamento dos microprocessos existentes no interior das instituições de saúde é fundamental para a elaboração das propostas de intervenção.<sup>2</sup>

Para que o processo de trabalho transcorra com êxito, deve-se atentar para os personagens intra e interinstitucionais, onde serão incluídos todos os que participam das relações firmadas na micropolítica existente no interior desse processo. Dessa forma, é possível chegar até a causa raiz dos problemas que impactam nos processos microdecisórios do cotidiano dos serviços de saúde.<sup>5</sup>

Diante de um cenário de precariedade de informações sobre os procedimentos juntamente à subjetividade do trabalho, os trabalhadores passam a realizar sua atividade laboral de forma parcialmente singular, ou seja, a sua maneira.<sup>6</sup>

Portanto, é imprescindível que a discussão sobre o processo de trabalho e suas dificuldades de execução transcenda o pessoal e ocorra de maneira sistemática, observando e conhecendo todos os microprocessos existentes no interior escondido do trabalho. A justificativa do erro não pode estar relacionada somente ao modo de fazer do trabalhador, mas sim à análise das situações reais do trabalho juntamente com a racionalidade do trabalhador.<sup>4</sup>

Dentro do cenário de estudo e das instituições de saúde, a equipe de enfermagem se destaca pelo grande contingente de pessoal que a integra e por estar em vários locais da instituição e estabelecer interações com praticamente todos os serviços.<sup>7</sup> Dessa forma, detém amplo conhecimento sobre como o processo de trabalho se realiza, estando apta a descrevê-lo e analisá-lo.

Considerando os pressupostos acima descritos, o presente estudo objetivou-se a descrever como a equipe de enfermagem percebe e relata o processo de trabalho no Ambulatório de Oncologia.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. O cenário de estudo foi a Ambulatório de Oncologia Ylza Bianco que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), localizado na cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo.

Os participantes desse estudo foram 10 técnicos de enfermagem. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que não estavam presentes na data programada para a reunião. Dar voz aos técnicos de enfermagem como participantes deste estudo se deu em função de que estes representam a maioria dos componentes da equipe de enfermagem no serviço de saúde e estão diretamente envolvidos na assistência ao usuário, assim como possuem contato com todos os outros trabalhadores da equipe de saúde, vivenciando, portanto, todas as implicações do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Para a coleta de dados optou-se pela utilização da técnica de grupo focal (GF), por ser essa uma modalidade de pesquisa que é derivada de entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais.<sup>8</sup> Essa proposta permite utilizar diretamente as falas do grupo no momento do relato de suas experiências em prol de um tema de interesse coletivo.<sup>9</sup> Utilizamos como pergunta reflexiva sobre a temática: “Como os profissionais Técnicos de Enfermagem percebem o trabalho dentro do Ambulatório Ylza Bianco”.

A duração das sessões do GF foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, sendo devidamente preparada para o acolhimento dos participantes, com local adequado e utilização de técnicas grupais que permitissem a exposição ampla de ideias sobre a temática discutida.

Os depoimentos foram gravados em material eletrônico e, após, transcritos na íntegra. Os dados foram analisados através da modalidade de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo possui três polos cronológicos que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento do material. A primeira etapa constitui a fase de organização, onde foi utilizada a leitura flutuante e a elaboração de indicadores para a interpretação. Na segunda etapa os dados foram codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa fez-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, e em seguida o reagrupamento, em função de características comuns.<sup>10</sup>

Por envolver seres humanos, a fim de atender aos requisitos propostos estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, esse estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo aprovado sob o parecer número CAAE 33283814/8.0000.5060. Para assegurar o sigilo e o anonimato dos participantes na apresentação dos resultados, os depoimentos foram codificados da seguinte forma: P1, P2 e sucessivamente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de realizada a transcrição das falas obtidas através do grupo focal, fizemos a leitura flutuante desse material, onde emergiram unidades de sentido (temas) que conduziram à estruturação da categoria denominada (re)organização do trabalho.

As falas dos participantes transitaram desde a maneira como o processo de trabalho do ambulatório é realizado até se este é centrado no profissional ou voltado para o paciente. Descreveram também as facilidades e dificuldades de acesso existentes na entrada e na pós-entrada do paciente ao serviço.

Para sequenciar a discussão organizamos as falas dos participantes de acordo com as unidades de análise referente ao assunto.

### Entraves na rede de atenção à saúde

A discussão se iniciou com P2 e P3 descrevendo sobre a dificuldade existente no trânsito do paciente com suspeita de câncer ou diagnóstico confirmado, dentro da rede pública de saúde, até o encaminhamento correto para o serviço de referência para essa demanda.

*“[...] infelizmente é a dificuldade que o SUS em si tem, pois quando chega pra ele o resultado do exame, às vezes a demora é do posto de saúde. Só que o governo vai querer o que, quando sair o resultado dele aqui, não vai querer saber o tempo que passou lá atrás, o tempo que corre né, aí entra a necessidade da triagem de agilizar isso, entra a questão de que é muita gente pra atender, pra operar, aí as agendas ficam gigantescas, porque esse tempo corre e o SUS vai cobrar do Hospital.” (P2)*

A lei que impõe o prazo determinado para o tratamento oncológico é de número 12.732, de novembro de 2012, que afirma: “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.”<sup>11</sup> A participante P3 faz uma crítica à lei, sugerindo que o prazo para o início do tratamento deveria ser contado a partir da data em que o paciente é matriculado nas instituições, já que a responsabilidade é do serviço de referência. “Deveriam ser contados 60 dias do dia que ele chegou aqui” (P3).

Essa dificuldade é notória no nosso cenário de estudo, o Ambulatório Ylza Bianco, visto que muitas vezes os pacientes acessam o serviço já com o prazo estabelecido em lei expirado. A busca pelo tratamento torna-se emergencial e a oferta passa a não atender essa demanda represada, resultando na sobrecarga da atenção assistencial à saúde nos níveis secundário e terciário que são penalizados pela cobrança sem critérios da legislação e pela falha do modelo assistencial da saúde.

Encontramos autores que afirmam que o acesso à rede pública de saúde que compõe o SUS ainda não conseguiu se consolidar de maneira organizada e ativa, respeitando as legislações impostas para a regulação dos serviços prestados.<sup>12</sup>

O acesso humanizado à saúde é um desafio ético-político da constituição de redes de atenção tanto no âmbito macro quanto micro, devido ao cenário de fragmentação dos serviços, falta de qualidade na assistência oferecida e a incoerência entre a oferta do sistema e a demanda do contingente.<sup>12</sup>

Essa demanda está estritamente vinculada às situações crônicas que agudizam no decorrer da busca pelo acesso à saúde. O autor reforça a importância do acompanhamento da atenção básica, visto que quando ocorre a agudização, o sistema se torna reativo a essas situações, resultando no esgotamento do sistema vigente.<sup>13</sup>

A dificuldade de agendamento de consultas é um obstáculo relevante na entrada para a atenção básica e a demanda reprimida das situações emergenciais que aparecem buscando atendimento na atenção básica desemboca nos pronto-atendimentos sobrecarregando esses locais com situações consideradas simples que poderiam ser solucionadas na atenção primária.<sup>14</sup> Este aspecto é destacado à medida que P3 fala sobre as diversas vias de acesso que o paciente procura para conseguir o tratamento em um serviço de referência, sendo pela Atenção Básica, via Regulação Estadual de Consultas, consultas particulares e até diretamente na instituição.

*“Geralmente é via CRE ou Posto de Saúde ou pode ser encaminhado pelo consultório particular por alguma consulta particular que encaminha direto para cá. Nós sabemos que existe paciente que chega encaminhado errado, às vezes não é caso para aqui [...]” (P3)*

### **Organização do trabalho centrado no profissional**

O relato de P1 logo abaixo ressalta a organização do trabalho voltada para o profissional, pois fala sobre a quantidade de pacientes atendidos dependendo da parametrização da agenda médica.

*“A quantidade de pacientes de primeira vez depende da agenda médica.” (P1)*

Essa afirmação acende novamente a discussão sobre os entraves da rede pública de saúde e a responsabilidade dos órgãos de governo quanto à instituição dessa organização, pois mesmo com o serviço por vezes elaborando seu plano de trabalho centrado no profissional, é definitivamente impossível atender e resolver toda a demanda que procura diretamente um centro de referência.

No que concerne à possibilidade de redução dos entraves ao acesso à saúde e os serviços de saúde responderem aos problemas demandados pelos usuários é necessário consolidar a “porta de entrada” no nível básico de atenção. A regulação de consultas é responsável por garantir esse fluxo

de acordo com as demandas sociais, epidemiológicas e sanitárias, independente do nível de complexidade. Essa rede de referência e contrarreferência deve buscar facilitar para o usuário o acesso, levando em consideração os limites geográficos das demandas.<sup>15</sup>

No ambulatório, trata-se de uma demanda que busca atendimento com encaminhamentos médicos ilegíveis, sem informações prioritárias, porém o critério de urgência descrito em praticamente todos eles. Esses usuários chegam desesperados por tratamento e por estarem “perdidos” na rede, não aceitam um prazo para o agendamento da consulta.

### **Assistência fornecida ao paciente como personagem central**

A descrição do processo de trabalho no ambulatório voltada ao usuário se inicia e é analisado por P5 que o apresenta como personagem central. “Nós pensamos que tudo se inicia com o paciente, pois ele chega aqui com o diagnóstico ou com alguma suspeita” (P5).

Estudos têm sido apresentados sobre o processo de trabalho em saúde voltado para o paciente, ou seja, centrado no usuário, buscando a satisfação e resolutividade dos entraves existentes baseando-se no caminhar do usuário pelo processo saúde-doença.<sup>3</sup> O processo de trabalho na saúde está além das ferramentas presentes na tecnologia dura e no saber simultâneo a protocolos e normatização, caracterizado na tecnologia leve dura. A tecnologia leve presente nas relações dos usuários e trabalhadores é tida como trabalho vivo e culmina em espaços de falas, escutas e interpretações com os usuários, expectativa sobre o problema que será enfrentado, relação de cumplicidade e confiança, enfim aproximação do trabalhador da saúde com o paciente.<sup>3</sup>

Ao trabalhar com processos e procedimentos descritos, tecnologia presente para a resolução da maioria dos problemas, muitas vezes, o usuário não é percebido pelos trabalhadores como o principal foco de atenção. É fato que os serviços de saúde precisam estar munidos dos três tipos de tecnologias para a completude da qualidade da assistência, porém a tecnologia relacional precisa ocupar um lugar de destaque nos processos existentes.<sup>16</sup>

### **Dificuldade na articulação entre os micros processos realizada no ambulatório**

De acordo com as falas abaixo, a discussão novamente se remete para a unidade de análise organização do trabalho voltado para o profissional e pela dificuldade na articulação entre os micros processos realizada no ambulatório.

*“A enfermeira vai até ao consultório e mostra o caso antes de abrir prontuário de primeira vez e aí o médico autoriza se pode abrir ou não.” (P4)*

*“Mas na informação deveria ter alguém da enfermagem, pra ver qual é a questão da Triage, é o curativo, pois*

*talvez você sobrecarrega a Triagem pra autorizar um curativo, sendo que não precisaria ir lá na Triagem.” (P2)*

A participante P7 fala objetivamente sobre essa (re)organização do fluxo que é feita pelo profissional à medida que o trabalho acontece. “É muito relativo, tem médico que faz a própria ordem, você pode colocar de acordo com a agenda e ele diz que vai atender fulano e fulano primeiro” (P7). Essa (re)organização pode acontecer, alterando os componentes de trabalho, desde que não modifique o produto final.

O fluxo de atendimento ao paciente já está padronizado pela instituição, sendo que frequentemente é revisado e reorganizado pelos gestores e supervisores na medida em que novas rotinas são implementadas no setor. Em relação à fala do P7, é evidenciada a organização do trabalho mediante o profissional médico, ou seja, as consultas dos pacientes são organizadas de acordo com a parametrização da agenda de cada médico, estabelecido pela instituição.

Já P3 discorre sobre a rotina adotada pela instituição de horário pré-estabelecido para o funcionamento de alguns locais dentro do cenário do estudo, porém voltando-se para a insatisfação do paciente. “Teria que ser um horário de atendimento no ambulatório, porque eu acho triste o paciente que vem aqui pela primeira vez, ele não sabe o horário de triagem, às vezes vem lá de longe, aí falam ‘Ah, a triagem acabou, agora só 14h00’” (P3).

Nos processos relacionados às mudanças dentro de empresas, vários fatores organizacionais podem interferir positiva ou negativamente para que estas ocorram. A política adotada pela empresa, o fluxo de informação e comunicação existente no interior da empresa, a autonomia e o trabalho dos grupos, a burocracia e a atuação gerencial são alguns dos fatores que podem interferir diretamente na implantação de processos de mudanças em prol de melhorias.<sup>17</sup>

O método taylorizado ainda prevalece nos processos de trabalho da saúde e não permite espaços de diálogos entre os trabalhadores a fim de uma possível reformulação nas práticas estabelecidas pelas normas, visto que o trabalho é tido como um cumprimento rigoroso aos padrões e regras estabelecidas.<sup>18</sup>

Os gestores que enfrentam processos de mudança dentro de instituições de saúde precisam estar atentos aos fatores que podem influenciar e modificar diretamente esse processo, principalmente nas pessoas envolvidas antes, durante e após a implantação.<sup>16</sup>

De acordo com estudo realizado, a rigidez de regras existentes nas empresas mediadas por protocolos e excessiva burocracia faz com que os trabalhadores não percebam a ocorrência e eficácia de mudanças no ambiente organizacional.<sup>17</sup>

A participante a seguir relata sobre como as consequências que o fluxo do atendimento burocratizado estabelecido pode afetar o paciente, caracterizando a dificuldade na articulação entre os microprocessos realizada dentro do ambulatório.

*“Se o paciente passa por estresse na recepção, ele já chega estressado, a pessoa chega pela primeira vez aí pega a senha da triagem, depois pega a senha para abrir o prontuário, aí já chega aqui e já quer entrar na sala do médico, aí nós falamos ‘senhor, tem que aguardar um pouco’ aí pronto aí ele já está estressado.” (P6)*

A rede de micropolítica nos processos de trabalho em saúde contribui para um ambiente de conexão, com capacidade de operar com alto grau de criatividade, desde que haja uma hegemonia do trabalho vivo, ou seja, o alto grau de governança da produção do cuidado. O trabalho vivo sofre com a essas etapas pelos quais o paciente caminha no ambulatório, muitas vezes são necessárias e de extrema importância para a segurança das informações produzidas em consulta, como por exemplo, a abertura de um prontuário. Porém, para minimizar todos os problemas que possam ocorrer no atendimento ao paciente, é necessário que todas as etapas do seu atendimento estejam interligadas, que os entraves sejam desvendados com soluções concretas e principalmente com o objetivo de facilitar o acesso e o fluxo do paciente dentro dessa rede de serviços, chamada de rede de micropolítica.

Normatização e padronização prevalecem nos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, estes possuem uma capacidade de criar linhas de fuga, trabalhando à sua maneira, de acordo com o ambiente de produção, inovando todo o processo pré-existente.<sup>19</sup>

## CONCLUSÃO

Percebeu-se no estudo a influência do taylorismo nos processos ligados à saúde, caracterizados pela falha na comunicação entre as equipes, rigidez de normas e protocolos, falta de espaços para escuta dos trabalhadores, sendo o trabalho definido pelos gestores e executado de maneira verticalizada pelos trabalhadores.

A pesquisa ainda revela a rede de micropolítica existente dentro das instituições de saúde, na qual sem o seu desvelamento fica praticamente impossível a resolução de problemas rotineiros. O trabalhador é colocado como principal meio para o conhecimento dessa rede que existe no interior dos processos de trabalho.

Também ficou explícita na discussão a dificuldade que os serviços de saúde possuem para manter a satisfação dos usuários e a qualidade da assistência em sua amplitude, visto que existem falhas na rede de atenção à saúde, a qual o presente estudo não analisou em sua plenitude, sendo necessária uma melhor abordagem para essa temática.

Contudo, a pesquisa aponta para uma categoria de (re) organização do trabalho, que identifica os componentes de trabalho se alterando, porém não modificando o produto final. Portanto a adequação do trabalho com protocolos se faz necessário à medida que os trabalhadores, como componentes do processo de trabalho, possam reformulá-los em prol de um objetivo em comum com a instituição, a saúde.

Concluimos, também que as falas dos participantes apresentam conteúdos que demonstram entendimento sobre a necessidade de (re)organização do trabalho, desmistificando, assim, a ideia de que a prática desta categoria profissional possui características fortemente técnicas.

## REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2013.
2. Oliveira AJ. A Gestão Hospitalar Sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
3. Merhy EE. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004: 108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
5. Merhy EE, Chakkour, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2008.
6. Vieira CEC, Barros VA, Lima FPA. Uma abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho. *Psicol. rev.* 2007; 13(1).
7. Moura GMSS, Magalhães, AMM, Chaves, EHB. O serviço de enfermagem hospitalar - apresentando esse gigante silencioso. *R. Bras. Enferm.* 2001;54(3): 482-493.
8. Ressel LB, Bede CLC, Rosa MR. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 779-86.
9. Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. *Esc. Anna Nery.* 2009;13(4).
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo; Edição 70, 2011.
11. Brasil, Lei nº 12.732, 22 de novembro de 2012.
12. Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saude soc.* 2014; 23 (3): 855-868.
13. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: OPAS, 2011.
14. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface.* 2010; 14(35): 797-810.
15. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Feira de Santana BA. Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(11): 2865-2875.
16. Oliveira JAS. *Telessaúde e os médicos da atenção básica: Uma análise a luz da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde.* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.
17. Domingos SG, Neiva ER. Percepção dos Funcionários sobre Mudanças Transacionais e Transformacionais em uma Organização Pública. 2014; 18 (2): 118-138.
18. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17 (9): 2405-2414.
19. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde;* Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

Recebido em: 22/12/2015  
Revisões requeridas: Não  
Aprovado em: 15/06/2016  
Publicado em: 08/01/2017

**Autor responsável pela correspondência:**

Ana Maria Zanotti de Aguiar  
Av. Marechal Campos, 1468 - Maruípe  
Vitória/ES, Brasil  
CEP: 29040-090