

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM**  
**SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE**

Igor Caldeira Soares

**MAPEAMENTO DA SOBRECARGA DE ATRIBUIÇÕES EM EQUIPE DA**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Montes Claros, MG  
2015

Igor Caldeira Soares

MAPEAMENTO DA SOBRECARGA DE ATRIBUIÇÕES EM EQUIPE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como pré-requisito para obtenção do título de mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

Orientadora: Profa. Dra. Cristina de Andrade Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Máisa Tavares de Souza Leite

Montes Claros, MG

2015

S676m Soares, Igor Caldeira.  
Mapeamento da sobrecarga de atribuições em equipe da Atenção Primária [manuscrito] / Igor Caldeira Soares. – Montes Claros, 2015.  
50 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina de Andrade Sampaio.

Coorientadora: Profa. Dra. Máisa Tavares de Souza Leite.

1. Cartografia. 2. Pesquisa qualitativa. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégias de Saúde da Família (ESF) - Norte de Minas Gerais. I. Sampaio, Cristina de Andrade Sampaio. II. Leite, Máisa Tavares de Souza. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM**  
**SAÚDE**

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Correa Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Nome do Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Karina Gisele Cevalles Viana

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Iuri Simões Mota

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE**

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Máisa Tavares de Souza Leite



CANDIDATO: IGOR CALDEIRA SOARES

TÍTULO DO TRABALHO: "Mapeamento da sobrecarga de atribuições em equipes da Atenção Primária".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

**BANCA (TITULARES)**

PROF. DR<sup>a</sup> CRISTINA ANDRADE SAMPAIO - ORIENTADORA/PRESIDENTE  
PROF. DR<sup>a</sup> MARISSA TAVARES DE SOUZA LEITE - COORIENTADORA  
PROF. DR<sup>a</sup> LUCIA HELENA RODRIGUES COSTA  
PROF. DR. ILDENILSON MEIRELES BARBOSA

**ASSINATURAS**

**BANCA (SUPLENTES)**

PROF. DR<sup>a</sup> MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO  
PROF. DR<sup>a</sup> KIMBERLY MARIE JONES

**ASSINATURAS**

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

## AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre oferecer apoio nos momentos de dificuldade.

Ao meu filho Vinícius pelas incontáveis alegrias proporcionadas a cada dia, fundamentais para superar qualquer obstáculo.

A minha esposa Roberta pelo amor e companheirismo, compreendendo minhas ausências para dedicação ao estudo.

A minha irmã Érika, meu pai e minha mãe (em memória) sempre me oferecendo apoio e estímulo para enfrentar os desafios.

À professora Cristina, pela habilidade e comprometimento de incentivar o meu aprendizado de forma gradual.

À professora Maísa, pelas valiosas contribuições nos estudos.

Ao professor Antônio, por ser um constante incentivador sempre disponível para auxiliar nas minhas dificuldades.

Aos colegas do Mestrado, por oferecerem a amizade e o companheirismo fundamentais para a execução das difíceis tarefas além dos vários momentos de descontração.

Às Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, por possibilitar e incentivar o meu exercício das atividades docentes.

À Unimontes, por oferecer o mestrado e a possibilidade de crescimento intelectual.

A todos os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família que contribuíram com para realização do meu trabalho e com o meu crescimento.

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo que foi realizado em Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas na região norte de Minas Gerais; participaram profissionais dessas unidades de serviço que compõem equipes mínimas, de acordo com a definição do Ministério da Saúde. Como referencial teórico e metodológico, adotaram-se os pressupostos da cartografia. Tal trabalho justifica-se uma vez que a Estratégia Saúde da Família é composta por uma equipe de profissionais responsáveis por diversas atribuições que, muitas vezes, trazem sobrecarga de tarefas em suas agendas. Esta pesquisa objetivou analisar as atribuições das equipes; mapear os municípios de referência microrregional que apresentam equipes mínimas; Identificar as atribuições de cada ESF; e investigar os fatores potencializadores e desafiadores no cumprimento das atribuições das equipes na percepção dos profissionais de saúde. A metodologia proposta foi dividida em duas fases: exploratória, com o uso da observação, e realização de grupos focais. Na primeira fase, foram coletados dados sobre as ESFs alocadas nas cidades-sede de microrregião de saúde por meio de contatos com os gestores municipais e estadual, contatos telefônicos com os profissionais e visitas às equipes, o que foi devidamente registrado em diário de campo. Na segunda fase, foram realizados sete grupos focais nas cidades selecionadas com mais de cinquenta mil habitantes. Os grupos tiveram como participantes médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde - profissionais que compõem a equipe mínima da ESF determinada pelo Ministério da Saúde. Foi estimulado o discurso livre dos participantes, sendo norteados pela questão: “Qual é a sua percepção sobre as atribuições da equipe da ESF?” Os discursos foram transcritos e analisados por meio de uma escuta atenta, associada às informações presentes no diário de campo, usando como passos de análise o referencial teórico da cartografia, o que permitiu identificar uma considerável sobrecarga de atribuições submetida às equipes da ESF no norte de Minas Gerais, advindas de origens variadas, como a demanda da população, cobrança dos gestores municipais e incremento dos deveres determinados pelo Ministério da Saúde. Considerando o pensamento cartográfico de Deleuze e Guattari, essas diferentes sobrecargas foram identificadas como efeitos de *linhas de força* que atuam sobre cada ESF, permitindo que elas adquirissem singularidades, um processo de *subjetivação* característica da *micropolítica* de cada unidade. O excesso de atribuições dos profissionais limita o desenvolvimento do *trabalho vivo*, comprometendo a qualidade dos serviços prestados. Durante os grupos focais foi possibilitada a fala dos profissionais e a reflexão sobre as práticas realizadas. O estudo evidenciou a sobrecarga de atribuições das equipes da ESF diante da percepção dos seus integrantes, importante fator desafiador para melhor desempenho das atividades de prevenção e promoção da saúde. Chama-se a atenção ainda para a relevância em considerar as variadas *micropolíticas* na determinação das atribuições, possibilitando momentos de reflexão dentro da equipe para seu melhor funcionamento.

Palavras-chave: Cartografia, Pesquisa Qualitativa, Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

This is a descriptive, qualitative study conducted with the Family Health Strategies (FHS's) located in the northern region of the state of Minas Gerais, Brazil; the participants were professionals of these service units who comprise minimum teams, according to the definition of the Ministry of Health. The assumptions of cartography were adopted as theoretical and methodological reference. This work is justified by the fact that a Family Health Strategy team is comprised by a group of professionals responsible for various tasks, what often brings heavy workloads to their schedules. This study sought to analyze the roles of the teams; map the micro-regional reference municipalities which have minimal teams; verify assignments of each FHS; and investigate the enhancers and challenging factors in carrying out the tasks of the teams in the perception of health professionals. The proposed methodology was divided into two phases: observation exploration and focus groups. In the first phase, data on the FHS's allocated in the host cities of the health micro-region were collected by means of contact with local and state managers, as well as telephone contact and visits with professional teams; these data were duly recorded in a field diary. In the second phase, seven focus groups were conducted in selected cities among those which have more than fifty thousand inhabitants. The participants of the groups were physicians, nurses, practical nurses and community health workers – professionals who make up the minimum team of an FHS, as determined by the Ministry of Health. Free speech of the participants was stimulated, guided by the question: "What is your perception about the FHS team assignments?" Speeches were transcribed and analyzed through careful listening, combined with the information in the field diary, using cartography as theoretical steps of analysis, what revealed a considerable overload of tasks submitted to FHS teams in northern Minas Gerais, originated from diverse sources, such as population's request, demand of municipal managers, and an increase of duties determined by the Ministry of Health. Considering Deleuze and Guattari's cartographic thought, these different overloads were identified as *lines of force* which act upon each FHS, allowing them to acquire singularities, a process of characteristics *subjectivation* of each unit's *micropolitics*. The overload of assignments submitted to the professionals limits the development of *live work*, compromising the quality of services provided. The interventionist nature of cartography was observed, through focus groups, what stimulated the speech of the professionals in a reflection upon the practices conducted. The study highlighted the overload of assignments of FHS teams on the perception of their members, an important challenging factor for a better performance in activities of health prevention and promotion. Attention is also drawn to the importance of considering the varied *micropolitics* in determining the tasks, allowing time for reflection within the team to improve their functioning.

**Key words:** Cartography, Qualitative study, Primary care



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral	
2.2 Objetivos específicos	
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 Cenário da pesquisa	
3.2 Estratégia para coleta de dados.	
3.3 Análise e interpretação dos dados	
3.4 Preceitos éticos	
4 PRODUTOS.....	19
4.1 Artigo 1.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	45
APÊNDICE A: cartografia fotográfica das equipes de ESF	
ANEXOS.....	48
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	

## 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi, inicialmente, citado em 1961, por White, Williams e Greenberg. Eles mostraram que os estudos da clínica médica eram desenvolvidos com uma pequena parte da população que procurava os serviços hospitalares, ao passo que uma grande parcela, mesmo apresentando alguma patologia, não procurava assistência à saúde. Essa população necessitava, então, de um serviço que não fosse prestado nem por hospitais nem por médicos especialistas: serviço nomeado como Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>.

O termo voltou a ser usado na Conferência Internacional sobre o Cuidado Primário – Alma-Ata, URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978 – representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Foi colocado em posição de destaque para o combate eficiente dos problemas de saúde, e como meta prioritária para todos os governantes<sup>2</sup>.

A Carta de Ottawa – resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 1986 – enfatizou a necessidade de uma mudança na forma de como a saúde era tratada: não mais de modo curativo, mas sim promovendo a saúde preventivamente, sendo essa uma função da APS<sup>2</sup>. Tal visão do antigo modelo biomédico também foi abordada em estudo cartográfico como o cuidar clínico (pequena escala)<sup>3</sup>.

A APS pode ser definida como uma abordagem de base do sistema de saúde, determinando os serviços dos outros níveis, organizando e racionalizando os recursos. Ela representa a porta de entrada no serviço de saúde e presta assistência aos problemas mais comuns e variados na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação; ações que devem ser oferecidas de forma continuada, longitudinal, para maximizar a saúde e o bem-estar<sup>4</sup>.

Nos países da União Europeia, permanecem diversas configurações da atenção de primeiro nível. Na Itália, essa responsabilidade é dividida entre o clínico e o pediatra; na Finlândia, apenas o generalista é responsável por tal função. Não existe um consenso de qual a melhor forma para se constituir a porta de entrada do serviço de saúde, apenas com um generalista ou com uma equipe multiprofissional, uma vez que, com a complexidade crescente da atenção médica, torna-se difícil, para um único profissional, prestar o acesso inicial e coordenar todos os cuidados<sup>5</sup>.

Uma experiência de sucesso da APS acontece na Grã-Bretanha, em que o atendimento inicial é prestado por um médico generalista (General Practices – GPs). Ele atua junto com uma equipe constituída por enfermeiras, gerentes, recepcionistas, entre outros. O serviço do National Health Service (NHS) tem suas atividades direcionadas pela APS, dando relevância ao atendimento pelos GPs capazes de oferecer boa resolubilidade e coordenação com os demais níveis de atenção à saúde<sup>6</sup>.

O Canadá possui um sistema de saúde descentralizado; as províncias recebem recursos federais e podem gerir a saúde de acordo com suas especificidades, desde que ofereçam cuidado integral e universal à população. A APS é vista como uma prioridade, sendo considerada a chave para o desenvolvimento do cuidado à saúde, e o que explica a qualidade e a sustentabilidade desse sistema. O principal representante do cuidado primário no Canadá é o médico de família; mas esse serviço pode ser acessado também pelo contato com enfermeiros, chamados de *nurses practitioners* e por consultas via telefone<sup>7</sup>.

A criação de uma APS sistematizada, no Brasil, começou na década de 80, com a Constituição Federal de 1988. Ela determinou que é dever do Estado garantir saúde a toda a população. Para tanto, criou o Sistema Único de Saúde, que passou a ter a função de prestar atendimento universal nos vários níveis de assistência à saúde<sup>8</sup>.

Em 1991, foi oficializado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já apresentava algumas experiências de sucesso com o trabalho de pessoas da comunidade. Essas pessoas recebiam treinamento para prestar serviços de educação em saúde e levar até à população a possibilidade de realizar pré-natal, puericultura, vacinação, uso do soro de reidratação oral. Isso fez com que a mortalidade infantil caísse de forma considerável. O Programa foi, então, expandido, principalmente na região Nordeste<sup>9</sup>.

Mesmo após a implantação do PACS, continuava no Brasil um problema importante de acesso à saúde. Eram mais de 1.000 municípios que não contavam com os serviços de um médico. Foram reunidas, nesse sentido, uma série de experiências: o PACS; a Medicina Geral e Comunitária do Grupo do Hospital Conceição de Porto Alegre, semelhante à do Hospital Santa Marcelina de São Paulo, à de Planaltina e à de Mambá, em Goiás; o Programa de

Médicos de Família de Niterói, além de outros para, em 1994, ser oficialmente lançado o Programa Saúde da Família (PSF), implantando, inicialmente, em treze municípios carentes<sup>10</sup>.

Começou, então, a ser desenvolvida uma nova forma de APS, que atua como filtro para a entrada do paciente no serviço secundário e terciário de saúde, apresentando um custo efetivo mais baixo interessante para os governos; e beneficiando a população, que passaria a contar com um serviço capaz de lhe oferecer melhores condições de saúde, desvinculadas de convênios ou da indústria farmacêutica, como é o caso da medicina privada, que tem como principal meta o lucro<sup>11</sup>.

Após cinco anos, o PSF tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), com características permanentes e não mais temporárias como o antigo programa. A ESF se expandiu pelo país; em março de 2011, o Brasil contava com mais de 30.000 equipes, uma cobertura superior a 50%, fornecendo, aos usuários, um serviço com grande satisfação, acesso, longitudinalidade e redução da morbi-mortalidade<sup>12</sup>.

Com sua consolidação, a ESF ganhou força, mas também uma série de funções. Sendo a base do sistema de saúde, responsável por uma acessibilidade de qualidade, seus profissionais devem estar sempre preparados para a realização de procedimentos eletivos em consultas médicas ou de enfermagem, para detecção de fatores de risco e rastreamento de patologias mais comuns. Da mesma forma que devem apresentar disponibilidade para prestar os primeiros cuidados na urgência, caso sejam necessários<sup>13</sup>.

O Ministério da Saúde preconiza, como algumas tarefas da ESF: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, por meio da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados<sup>13</sup>.

Para esse fim, torna-se importante o conhecimento do território. Pereira e Paranhos<sup>14</sup> usaram recursos de informática para explorar dados coletados nas áreas de abrangência de ESFs do município de Montes Claros, Minas Gerais, criando mapas constantemente atualizados. Isso permite a realização de perfis preliminares das condições de saúde da população e aponta para variáveis que merecem estudos mais detalhados. Goldstein<sup>15</sup> estudou a utilização de mapas pela ESF de 17 municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Os mapas não se limitavam a ilustrar o espaço geográfico do território, mas também a evidenciar aspectos culturais, econômicos, sociais; o que, no entanto, não era realizado de modo uniforme, dificultando trocas de informações e chamando a atenção para a necessidade do mapeamento participativo.

Uma das funções principais da APS é oferecer acessibilidade de qualidade aos usuários<sup>4</sup>. Uma ferramenta preconizada pelo Ministério da Saúde, para auxiliar nessa tarefa, é o acolhimento. Ele recebe várias definições, e pode ser entendido como o encontro entre os servidores da saúde e os usuários para tratar das relações de cuidado<sup>16</sup>. O Ministério oferece protocolos para o desenvolvimento de tal prática de forma eficiente. Contudo, é observado um serviço de baixa qualidade, o que pode ser atribuído às dificuldades impostas pelo trabalho e pelo deficiente trabalho em equipe, resultando num acolhimento que se realiza considerando mais o senso comum do que critérios técnicos<sup>17, 18</sup>.

Outra função das equipes de atenção básica é a realização de grupos de educação em saúde, referentes aos vários temas relacionados ao bem estar ou aos eventos nosológicos da população<sup>12</sup>. Tal estratégia, que pode ser conduzida pelos vários profissionais da Saúde da Família ou em conjunto, mostra-se extremamente eficaz, sendo propiciadora de aprendizagem significativa, levando a uma transformação da prática e na saúde dos usuários<sup>19</sup>. Além disso, a educação em saúde apresenta como foco as medidas preventivas, reduzindo a necessidade de consultas individuais que têm seu foco na doença<sup>20</sup>.

As funções da ESF tornam-se cada vez mais amplas, uma vez que novas demandas surgem: como é o caso dos pacientes portadores de transtornos mentais, uma considerável parte desses pacientes procura a Atenção Primária<sup>21,22</sup>. Muitos idosos, portadores de depressão, apresentam um importante comprometimento das atividades de vida diária (AVD), para o qual a APS deve estar preparada, tomando medidas preventivas e curativas<sup>23</sup>.

Além dessas funções, o município pode, muitas vezes, delegar outras à ESF, como a aplicação da estratificação de risco de urgência para atendimento Hospitalar ou a realização do cadastro de programas sociais como o Bolsa Família, ampliando, ainda mais, as atribuições da equipe<sup>24</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, são regulamentadas algumas formas de se montar uma equipe de saúde da família; umas mais simples, compostas por um enfermeiro e agentes comunitários, e outras mais completas, incluindo médico, odontólogo, e até outros profissionais, desde que o município tenha demanda e disponibilize recursos próprios para inclusão desses profissionais. No entanto, a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe deve atuar em uma área com, no máximo, 4000 pessoas. Tal área deve ser dividida em micro-áreas, que devem apresentar, no máximo, 750 pessoas<sup>25</sup>.

A APS bem organizada na sua estrutura e funcionalidade é bastante efetiva, uma vez que grande da demanda é solucionada na própria unidade. Além disso, ela: oferece fácil acesso à população; organiza os demais níveis da assistência (secundário e terciário); atua na promoção e prevenção da saúde, evitando agravos de alta morbidade, mortalidade e onerosos; presta atendimento integral, não tratando o paciente de forma compartimentada, dividido pelas várias especialidades da medicina<sup>4,12</sup>.

No entanto, o excesso de deveres delegados à ESF faz com que a qualidade dos serviços seja comprometida. Várias tarefas não são realizadas de forma plena, como as atividades de educação em saúde, atendimentos programados, visitas domiciliares entre outras. O foco do trabalho direciona-se para a doença e não pra prevenção, funcionando como os antigos modelos de assistência<sup>4</sup>. Tais condições podem resultar num serviço desorganizado, comprometendo sua resolubilidade<sup>15,17</sup>.

Por essas razões, este estudo mostra-se extremamente relevante, uma vez que a ESF é um serviço de grande abrangência. Muitas equipes da ESF são compostas por equipes mínimas de profissionais e são constantemente demandadas pelo Ministério da Saúde, pelo gestor estadual, local e a população, o que coloca em risco o bom desenvolvimento de condutas de promoção de prevenção à saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

- Analisar as atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Mapear os municípios de referência microrregional que apresentam equipes mínimas da ESF;
- Identificar as atribuições de cada ESF;
- Investigar os fatores potencializadores e desafiadores no cumprimento das atribuições das equipes na percepção dos profissionais de saúde.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, caráter que se deve à exposição de características do fenômeno em estudo<sup>26</sup>. Quanto à forma de abordagem do problema, optou-se pela abordagem qualitativa, buscando conhecer o significado da percepção dos profissionais da APS sobre as atribuições da equipe da ESF, e o que isso representa dentro do contexto social – o que não pode ser mensurado por cálculos estatísticos<sup>27</sup>. Tratou-se de uma investigação do cotidiano e das experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam<sup>28</sup>.

Quanto ao referencial teórico, foi utilizada a cartografia, desenvolvida por Deleuze e Guattari, dando ênfase principalmente, à subjetividade, que é compreendida como um processo de singularização de importante relevância para melhor entendimento do objeto<sup>29,30</sup>.

Para a interpretação dos dados, utilizou-se o conceito de *rizoma* que, de acordo com Deleuze e Guattari (1980), refere-se a um emaranhado de raízes, caules e outros elementos, sem uma estrutura hierárquica, tal como uma árvore. O *rizoma* não tem início ou fim, mas um caráter dinâmico, o que lhe permite um grande potencial de correlações<sup>29,31</sup>.

Na cartografia, o movimento rizomático proporciona uma grande potencial de correlações entre múltiplas *linhas de força*, que podem ser compreendidas como linhas invisíveis, identificadas pelos seus efeitos e capazes de interagir umas com as outras, causando modificações em sujeitos e ambientes. Assim, tal metodologia mostra-se como importante ferramenta para avaliação de condições subjetivas, de uma realidade que se encontra em constante transformação<sup>32,33</sup>.

A cartografia é utilizada a fim de construir um mapa não estático, com a representação de um espaço dinâmico e heterogêneo de relações presentes na ESF, e seu caráter subjetivo que se origina dos afetamentos. Assim, foi possível compreender e organizar os espaços compostos das várias *linhas duras e flexíveis*, entender as *micropolíticas* e permitir uma intervenção no ato da investigação<sup>33,34,35,36</sup>. A possibilidade de intervenção no meio é uma característica inerente a todas as pesquisas; no entanto, tal atributo é considerado com relevância pela cartografia que não separa o “pesquisar” do “intervir”, já que se tratam de ações simultâneas; com isso, afirma-se que é necessário “intervir” para “conhecer”, e não o contrário<sup>37</sup>.



Dessa forma, a pesquisa cartográfica, assim como o *rizoma*, não apresenta uma estrutura rígida na sua aplicação, permitindo um desenvolvimento dinâmico de seus passos, uns se encontrando com outros, possibilitando o surgimento de novos caminhos não explorados por metodologias tradicionais<sup>29,37</sup>.

### 3.1 Cenário da pesquisa

A cartografia foi realizada em municípios-sede de microrregião, da macrorregião Norte do estado de Minas Gerais. A macro Norte é composta pelas seguintes microrregiões: Coração de Jesus, Brasília de Minas/ São Francisco, Januária, Pirapora, Salinas/ Taiobeiras, Janaúba/ Monte Azul, Francisco Sá e Montes Claros/ Bocaiúva.

Nos municípios escolhidos, fez-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para identificação das ESFs atuantes e para posteriores contatos. Os sujeitos dessa investigação foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que participaram de grupos focais. Grupos realizados nas cidades de Montes Claros, Janaúba, Januária, São Francisco e Pirapora, as quais apresentam população com mais de cinquenta mil habitantes.

### 3.2 Estratégia para coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada em duas fases:

**Fase 1 – Exploratória:** Nessa fase, foi realizado um mapeamento das equipes de Saúde da Família das cidades sede da microrregião, para levantamento dos números de equipes atuantes, bem como para a identificação dos seus perfis. A coleta de dados se deu por meio de contatos com a Superintendência Regional de Saúde (SRS) e com as Secretarias de Saúde dos Municípios.

Critérios de Inclusão:

- Estar em cidade sede de microrregião da região norte de Minas Gerais.

Critérios de Exclusão:

- Equipes da zona rural.

**Fase 2 – Grupo Focal:** Nessa fase, foram realizados grupos focais junto aos profissionais que compõem equipes mínimas segundo o Ministério da Saúde.

A questão norteadora do grupo focal foi: **Qual é a sua percepção sobre as atribuições da equipe da ESF?**

Para a produção dos dados, por meio do grupo focal, foram utilizados câmeras filmadoras e gravadores, após o consentimento dos sujeitos.

Critérios de Inclusão:

- Ser integrante de equipe da ESF selecionada na fase 1;
- Ser médico ou enfermeiro ou técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde da ESF selecionada;
- Estar inserido em ESF de cidade com mais de 50.000 habitantes;
- Aceitar a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

### 3.3. Análise e interpretação dos dados

Os dados gravados foram transcritos na íntegra e, posteriormente, analisados e interpretados, juntamente com os dados coletados na primeira fase da pesquisa. Guiou-se a interpretação pelo referencial teórico da cartografia, metodologia desenvolvida por Deleuze e Guattari que permitiu explorar os muitos afetamentos presentes no ambiente em estudo, dando relevância a cada micropolítica<sup>29,37</sup>.

### 3.4. Preceitos éticos

Aos participantes foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a descrição da pesquisa e a informação de que a mesma segue as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, principalmente da resolução 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>38</sup>.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), número do parecer 334.125.

## **4 PRODUTOS**

### 4.1. Artigo:

*Pela mão de Sísifo: a sobrecarga do trabalho em equipes de Saúde da Família* (formatado segundo as normas para publicação do periódico Interface: Comunicação, saúde, educação).

#### 4.1 ARTIGO

### **Pela mão de Sísifo: a sobrecarga do trabalho em equipes de Saúde da Família**

Igor Caldeira Soares<sup>1</sup>, Maísa Tavares de Souza Leite<sup>2</sup>, Cristina de Andrade Sampaio<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

Pesquisa descritiva e qualitativa em que, por meio da cartografia foi possível se deter à exposição de características da Atenção Primária e conhecer o significado da percepção dos seus profissionais. Teve o objetivo de mapear as atribuições das equipes em duas fases: observação do ambiente de estudo e realização de grupos focais com seus profissionais. Os discursos foram analisados por meio da teoria cartográfica, identificando considerável sobrecarga de atribuições submetida às equipes provenientes de variadas origens, identificadas como efeitos de *linhas de força* atuantes sobre tais grupos e permitindo que adquirissem singularidades, um processo de *subjetivação* característica de cada *micropolítica*. Tal sobrecarga limitou o desenvolvimento do *trabalho vivo*, comprometendo a qualidade dos serviços prestados. Observou-se nas falas dos profissionais durante o grupo focal uma reflexão sobre práticas cotidianas. É relevante considerar as variadas *micropolíticas* na determinação das atribuições das equipes e possibilitar momentos de reflexão dentro da equipe para seu melhor funcionamento.

Palavras-chave: Cartografia, Pesquisa Qualitativa, Atenção Primária à Saúde

---

1 Médico de Família, Professor do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

2 Doutora em Ciências, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

3 Doutora em Saúde Coletiva, Professora do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

## ABSTRACT

**By the hand of *Sisyphus*: work overload in Family Health teams**

Descriptive, qualitative study in which, by means of cartography, it was possible to pay attention to the exposure of characteristics of Primary Care and to get to know the meaning of the professionals' perception. It aimed to map the team assignments in two phases: observation of study environment and conduction of focus groups with their professionals. The speeches were analyzed by means of cartographic theory, identifying considerable overload of assignments submitted to teams from varied origins, identified as *lines of force* acting on such groups and allowing them to acquire singularities in a characteristic process of *subjectivation* of each *micropolitics*. Such overload has limited the development of *live work*, compromising the quality of the provided services. The interventionist nature of research was observed in the speeches of professionals, which allowed reflection upon everyday practices. It is relevant to consider the several *micropolitics* determining the team assignments and to allow time for reflection within the team for their best functioning.

Keywords: cartography, qualitative research, Primary Care

Corresponding author: Igor Caldeira Soares

Adress: Unimontes, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil.

Tel.: +55 38 32298282

Email:soaresigor@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como uma abordagem que forma a base do sistema de saúde, determinando os serviços dos outros níveis, organizando e racionalizando os recursos. Ela representa a porta de entrada do serviço de saúde e presta assistência aos problemas mais variados e comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação; ações que devem ser oferecidas de forma continuada, longitudinal, para maximizar a saúde e o bem-estar. Esses conceitos começaram a ser introduzidos pelos estudos de White, Williams e Greenberg, em 1961, e receberam destaque na Conferência Internacional sobre o Cuidado Primário em Alma-Ata, URSS (1978), e pela Carta de Ottawa (1986)<sup>1,2,3</sup>.

No mundo, são diversas as formas utilizadas pelos países para prestar cuidado primário à população. Alguns focados em um profissional, como o médico generalista (*General practices-GPs*), na Grã-Bretanha; outros, como os médicos de família, no Canadá; e ainda outros modos, a exemplo dos países que dividem a responsabilidade do cuidado primário entre o clínico e o pediatra, como na Itália<sup>4,5,6</sup>.

Atualmente, a APS é prestada no Brasil pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu após a Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Também foi significativa a evolução de projetos de sucesso como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que posteriormente originou o Programa Saúde da Família (PSF). E, em 1999, o PSF tornou-se ESF, não mais com caráter temporário, como o antigo programa<sup>7, 8, 9, 10</sup>.

A ESF se propõe a desenvolver o cuidado primário no Brasil atuando como filtro para a entrada do usuário no serviço secundário e terciário de saúde, e apresenta um custo efetivo governamental muito importante. A população, então, passa a contar com um serviço capaz de lhe oferecer melhores condições de saúde, condições desvinculadas de convênios ou da indústria farmacêutica<sup>10</sup>.

Com sua consolidação, a ESF ganhou força e uma série de funções. Sendo a base do sistema de saúde responsável por uma acessibilidade de qualidade, seus profissionais devem estar preparados para a realização de procedimentos eletivos, como consultas médicas ou de enfermagem, para detecção de fatores de risco e rastreamento de patologias mais comuns; da

mesma forma, devem apresentar disponibilidade para prestar os primeiros cuidados na urgência, caso se façam necessários<sup>11</sup>.

O estudo da literatura referente à ESF permite identificar as mais variadas funções, por ela, exercidas, como a constante prática da territorialização para auxiliar o serviço das equipes<sup>12,13</sup>, a realização de acolhimento aos usuários com a finalidade de organizar os atendimentos<sup>14,15,16</sup> e formação de grupos de educação em saúde para proporcionar aprendizagem significativa da população referente aos cuidados frente aos agravos mais comuns<sup>17,18,19</sup>. São identificadas, ainda, as funções de atendimento a usuários portadores de transtorno mental<sup>20,21</sup> e idosos,<sup>22</sup> além de atribuições demandadas pela gestão municipal – como o cadastro da famílias em programas sociais, como o Bolsa Família<sup>23</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, são regulamentadas algumas formas de se montar uma equipe de saúde da família; umas mais simples, compostas por um enfermeiro e agentes comunitários, e outras mais completas, incluindo médico, odontólogo e outros profissionais (desde que o município tenha demanda e disponibilize recursos próprios para a inclusão desses profissionais). A equipe mínima da Estratégia Saúde da Família deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico, ou um auxiliar de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe deve atuar em uma área que abranja, no máximo, 4000 pessoas, área que deve ser dividida em micro-áreas, apresentando, cada uma, no máximo 750 pessoas<sup>24</sup>.

A ESF apresenta ampla cobertura no território nacional, sendo para muitas pessoas a única forma de acesso a um serviço de saúde<sup>11,17</sup>. Tal fato é observado também no Norte de Minas Gerais, região dividida em nove microrregiões de assistência à saúde, em que considerável número de ESF ainda é composta por equipes mínimas<sup>25</sup>.

A APS bem organizada na sua estrutura e funcionalidade é bastante efetiva: parte significativa da demanda é solucionada na própria unidade; oferece fácil acesso à população; organiza os demais níveis da assistência (secundário e terciário); atua na promoção e prevenção da saúde, evitando importantes agravos (e que podem ser onerosos); presta atendimento integral, não tratando o paciente de forma compartimentada, dividido pelas várias especialidades da medicina<sup>3,17</sup>.



No entanto, o excesso de deveres delegados à ESF comprometem a qualidade dos serviços prestados. Várias tarefas deixam de ser cumpridas de forma plena, como as de educação em saúde. Nessa situação, por vezes, o foco do trabalho direciona-se para a doença e não para a prevenção, funcionando como os antigos modelos de assistência<sup>3</sup>. Tais condições podem resultar num serviço desestruturado, comprometendo sua resolubilidade<sup>13,15</sup>.

A partir dessa discussão, este trabalho se propõe a mapear as atribuições da ESF no Norte de Minas, e seus fatores potencializadores e desafiadores no cumprimento das atribuições e na percepção dos profissionais de saúde.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa descritiva e qualitativa em que, por meio da cartografia<sup>26,27</sup>, foi possível se deter na exposição de características do fenômeno em estudo, conhecendo o significado da percepção dos profissionais da APS sobre as atribuições da equipe da ESF. Nesse sentido, buscou-se investigar a representação do fenômeno dentro do contexto social<sup>28</sup>. Tratou-se de uma investigação do cotidiano e das experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciaram; com ênfase, principalmente, na subjetividade, compreendida, dentro da cartografia, como um processo de singularização de cada um, que tem importante relevância para melhor entendimento do objeto<sup>29,30</sup>.

Para a interpretação dos dados foi usado o conceito de *rizoma* que, de acordo com Deleuze e Guattari<sup>26</sup>, se refere a um emaranhado de raízes, caules e outros elementos, sem uma estrutura hierárquica como aquela que se vê numa árvore. O rizoma não tem início ou fim, e conta com um caráter dinâmico que lhe permite um grande potencial de correlações<sup>26,31</sup>.

Como possibilidade de trabalhar com situações complexas, na cartografia, o movimento *rizomático* proporciona um grande potencial de correlações e dinamismo, pelas múltiplas *linhas de força* que podem ser compreendidas como agentes capazes de causarem modificações em um sujeito ou em uma realidade; linhas invisíveis, identificadas pelos seus efeitos. Assim, a cartografia se constitui em importante ferramenta devido à sua relevância na avaliação de condições subjetivas de uma realidade que se encontra em constante transformação, transformação resultante de várias *linhas de força*, não ligadas apenas a uma variável<sup>32</sup>. Deleuze e Guattari chamam a atenção, ainda, para o valor da cartografia na

descrição de processos, possibilitando estudá-los dinamicamente, e não apenas em seus resultados<sup>33</sup>.

A cartografia é utilizada a fim de construir um mapa não estático. Com a representação do espaço dinâmico e heterogêneo das relações presentes na ESF, destaca-se seu caráter subjetivo, originado dos constantes afetamentos, das interações das muitas *linhas de força*, constituindo uma condição individual nesse espaço, o que configura uma *micropolítica*<sup>33,34,35,36</sup>.

A possibilidade de intervenção no meio é uma característica inerente a todas as pesquisas; tal atributo é considerado com relevância pela cartografia, que não separa o pesquisar do intervir. Vendo-as como ações simultâneas, o método afirma que é necessário intervir para conhecer, e não o contrário<sup>27</sup>.

Dessa forma, faz-se importante reforçar que a pesquisa cartográfica, assim como o *rizoma*, não apresenta uma estrutura rígida na sua aplicação. Isso permite um desenvolvimento dinâmico de seus passos, uns se encontrando com outros, o que possibilita o surgimento de novos caminhos não explorados por metodologias tradicionais<sup>26,27</sup>.

A cartografia foi realizada em municípios-sede de microrregião da macrorregião Norte do estado de Minas Gerais, e dividida em dois momentos. No primeiro, fez-se um mapeamento da região, por meio dos dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde, além de contatos diretos com as unidades de saúde e visitas, devidamente registradas em diário de campo. Assim foi possível a apropriação do meio para posterior aprofundamento do estudo. No segundo momento, foram realizados grupos focais em unidades selecionadas em cidades-sede de microrregião com mais de 50.000 habitantes, cumprindo os critérios de inclusão.

Participaram do grupo focal os representantes da ESF que compõem a equipe mínima, segundo o Ministério da Saúde, que são médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os trabalhadores se configuraram, durante toda a pesquisa, como sujeitos de ação<sup>37</sup>, já que são protagonistas que vivem tensões, produzem afetos e se afetam cotidianamente na produção do trabalho com a comunidade. Os grupos foram conduzidos partindo da questão norteadora: “Como você percebe as atribuições da sua equipe na Estratégia Saúde da Família?”

Foram realizados sete grupos focais, sendo três em Montes Claros e um em cada uma das outras cidades – Pirapora, Janaúba, Janaúria e São Francisco. Eles foram realizados após consentimento das Secretarias Municipais de Saúde, dos respectivos municípios, pela assinatura do Termo de Consentimento da Instituição, e dos participantes, pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, com a descrição da pesquisa e a informação de que a mesma segue as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, principalmente da resolução 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>38</sup>.

Os grupos focais foram gravados, filmados e transcritos para, posteriormente, serem analisados e interpretados tendo como guia a cartografia<sup>27</sup>. Assim, foram realizadas transcrição, leitura aprofundada de todo o conteúdo dos discursos, análise e compreensão da coerência dos discursos, e descrição minuciosa de todo o processo. O grupo focal foi importante momento de intervenção, já que possibilitou a troca das idéias e dos assuntos surgidos dessas interações, dinâmica que levou ao enriquecimento mútuo.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), conforme número do parecer 334.125.

## **RESULTADOS**

A apropriação do campo de estudo, feito no primeiro momento da pesquisa, permitiu mapear o ambiente, conhecendo como estavam distribuídas as unidades de APS nas cidades. Como apresentado do quadro a seguir:

**Tabela 1- Distribuição das equipes da ESF nas cidades-sede de microrregião no Norte de Minas Gerais**

Microrregião	Número de equipes			
	Urbana	Rural	Equipe mínima	Total
<b>Montes Claros</b>	68	10	12	78
<b>Janaúba</b>	19	3	0	22
<b>Januária</b>	7	8	8	15
<b>São Francisco</b>	10	2	0	12
<b>Pirapora</b>	12	1	8	13
<b>Bocaiúva</b>	9	4	0	13
<b>Salinas</b>	7	4	7	13
<b>Brasília de Minas</b>	6	3	8	9
<b>Taiobeiras</b>	9	2	0	11
<b>Coração de Jesus</b>	6	3	3	9
<b>Francisco Sá</b>	5	2	0	7
<b>Monte Azul</b>	5	3	0	8
<b>Manga</b>	4	3	1	7
<b>TOTAL</b>	167	48	47	262

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde, municípios sede de microrregião, dados não publicados, 2013

Além do conhecimento numérico da distribuição da ESF, a inserção do cartógrafo no ambiente, explorando dados de observação e de conversas com os atores sociais, permitiu identificar as particularidades de espaço de interação social, associadas aos mais variados afetamentos; informações que, somadas às extraídas dos grupos focais, possibilitaram maior enriquecimento do estudo. No segundo momento, a interpretação, possibilitada pela escuta atenta das falas, nos grupos focais, e as observações anotadas no diário de campo, evidenciaram uma importante sobrecarga de atribuições às quais as ESFs estão sendo submetidas no norte de Minas Gerais. Tal condição aproxima os profissionais, das equipes de Atenção Primária em estudo, de Sísifo, personagem da mitologia grega que foi condenado pelos deuses a carregar uma enorme pedra até o cimo de uma montanha; todas as vezes que chegava ao cume, o rochedo descia a montanha por seu próprio peso, fazendo com que ele mais uma vez tivesse que executar a árdua tarefa<sup>39</sup>. O mito permite observar que se trata de um trabalho repetitivo, rotineiro, pesado pela sobrecarga.

### O caráter rizomático das *linhas de força* que sobrecarregam a equipe e os profissionais

Ainda que tenham as diretrizes do seu funcionamento regidas pelo Ministério da Saúde, todas as equipes da ESF apresentam características individuais. Isso se dá devido às várias e diferentes *linhas de força*, a que cada uma está submetida, relacionadas ao território, população atendida, profissionais atuantes, gestor municipal e outros fatores que permitem a criação da sua subjetividade; subjetividade dinâmica, uma vez que a inter-relação entre as linhas é constante, da mesma forma que no *rizoma*<sup>26, 31</sup>.

As linhas de força são identificadas das suas causa e consequência com ilustrado pelo esquema a seguir.

#### Identificação das Linhas de Força

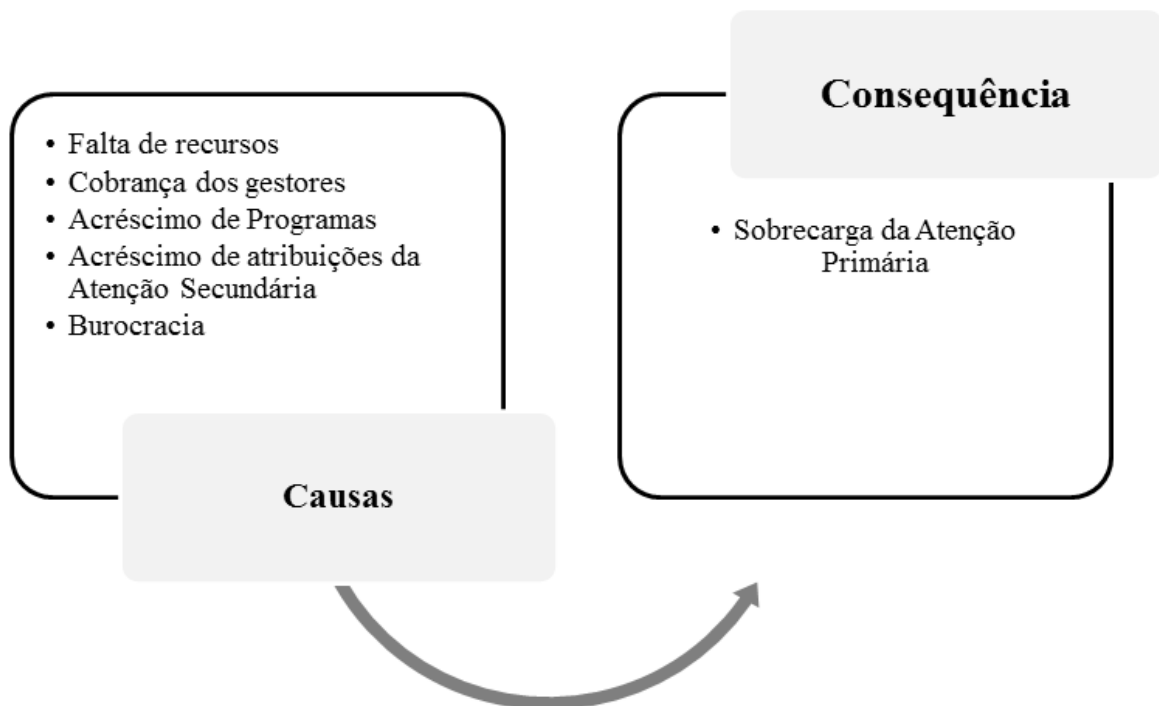


Figura 1 Fluxograma de identificação das linhas de força

As *linhas de forças*, originadas das diferentes sobrecargas, também permitem a individualização das ESFs. Esse fator reforça a subjetividade de cada uma, apresentando semelhanças e diferenças que levam a ligações das equipes, implicações dos processos, micro e macro políticas que podem ser esquematizadas por meio dos afetos decorrentes das suas interações:

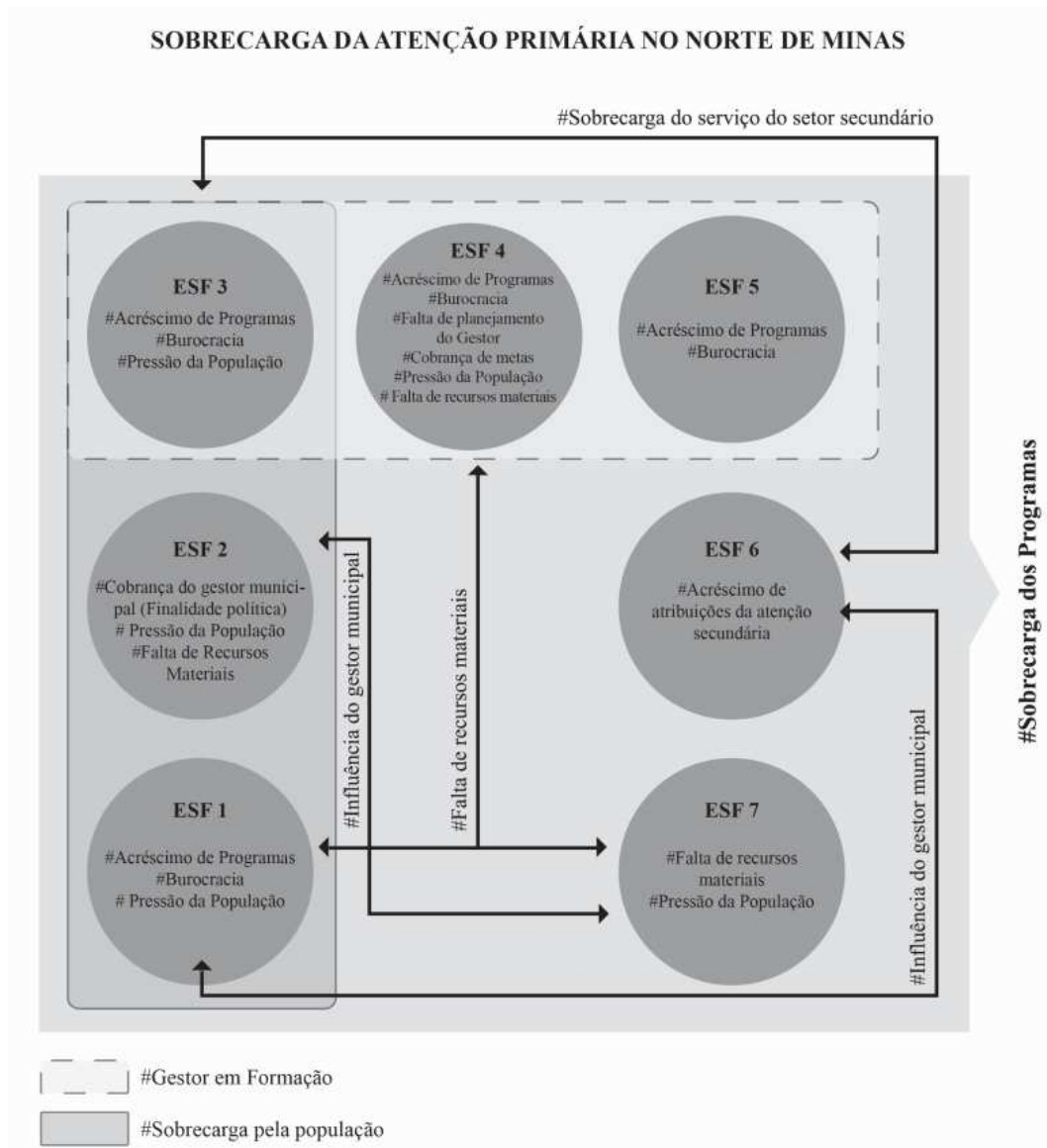


Figura 2 Fluxograma elaborado a partir da análise cartográfica da sobrecarga na Atenção Primária à Saúde. Fonte: Pesquisa de Campo, 2013/ 2014

Os muitos fatores representados no esquema como “falta de recursos materiais” ou a “sobrecarga pela população” têm a capacidade de afetar algo levando a uma mudança – o resultado da ação de uma *linha de força*. Todas as unidades de Atenção Primária estão em um mesmo plano, mas a ação das muitas linhas permite o processo de sua singularização, fato dinâmico devido à inter-relação constante das linhas, o que evidencia diferentes *subjetividades*<sup>26,40</sup>, e *micropolíticas* em cada ambiente, conceitos também observados no trabalhos de Franco *et al*<sup>41</sup>. As singularidades podem, ainda, ser ilustradas pela observação do meio em estudo, uma vez que as características individuais das ESFs foram evidenciadas

nesse momento da pesquisa. Enquanto algumas unidades contavam com boas estruturas físicas, outras apresentavam considerável precariedade.



**Figura 3 - Ambiente climatizado utilizado para reuniões de Educação em Saúde**



**Figura 4 - Ambiente ao ar livre utilizado para reuniões de Educação em Saúde**



**Figura 5 - Consultório de Puericultura**



**Figura 6 - Consultório de Puericultura**

Observa-se, ademais, a possibilidade de recorrer ao conceito de *virtual*, que se refere ao potencial de um sujeito ou de uma entidade de assumir muitas identidades, dependendo das linhas que agem sobre elas, o que está associado à imanência também defendida pelos filósofos<sup>26</sup>. Contrariando o pensamento ocidental marcado pelas oposições, a imanência considera que tudo se encontra em um mesmo plano, podendo assumir várias formas, desconsiderando o dualismo demarcado a partir de oposições como o “melhor” ou o “pioir”<sup>26,31,42,43</sup>. Estudos, que fizeram uso da cartografia na APS e em outros meios, permitiram identificar a ação das *linhas de força* afetando o meio, levando à alteração do atual para o *virtual*. Tal fato acontece como no caso em que o contato dos profissionais da ESF com os sofrimentos dos usuários causa modificações nesses profissionais e no serviço, particularizando o ambiente<sup>44, 45, 46, 47</sup>.

### ***As linhas de força das hierarquias de poder sobrecarregando a equipe e os profissionais***

Uma *linha de força* que liga todas as equipes em estudo foi a causada pela sobrecarga associada aos vários programas implantados pelo Ministério da Saúde, que visam à execução pela Atenção Primária. Essa linha perpassa todas as unidades visitadas, por elas possuírem características muito próximas umas das outras. Como se pode perceber em:

A cada dia que passa delega mais funções para o enfermeiro, para o agente de saúde, para o médico [...] só delega funções (GF2).

Se você for pegar o manual das nossas atribuições que já tem lá pré definido, e os programas que aparecem, aí que acaba sobrecarregando, eu falo não só por mim, mas por todos, não sou eu que assumo um programa, é a equipe toda (GF3).

Ligando todas as equipes, também se destaca a *linha de força* da associada à sobrecarga relacionada às cobranças do gestor municipal, predominantemente quantitativas com prazos curtos para entrega das tarefas e acréscimo de novas atribuições. Conforme se lê em:

[...] eles cobram 100% de visita. Como que eu posso dar 100% de visita, se eu diria que 30% do meu tempo de trabalho eu estou ficando dentro da unidade pra fazer uma coisa que não é minha? (GF4).

Às vezes eles cobram e não dão suporte pra gente. “Até tal data é pra estar tudo digitado”, mas e aí? Quem é que vai digitar? Ah não, é tipo assim: “se vira!” (GF3).

A análise das falas citadas permite identificar uma relação hierárquica dividindo os gestores e a ESF. Tal forma de estruturação das relações é criticada por Deleuze e Gattari<sup>36</sup>, que a veem como uma relação perniciosa. Para eles, o valor mais importante não está no *molar*, representado por aqueles que estão nos níveis mais elevados hierarquicamente, mas sim no *molecular*, no social; neste estudo, o *molecular* é representado pelas micropolíticas de cada unidade da ESF<sup>30,35,48</sup>. Dessa forma, a intervenção dos gestores e do Ministério da Saúde compromete as atividades de APS, permitindo identificar, nesse caso, a ação de *linhas de caos: linhas de força* que têm efeitos danosos.

Considerando a possibilidade de dar voz aos profissionais da ESF, ao *molecular*, o estudo permitiu identificar bons gestores municipais, outros em processo de estruturação e outros com condutas menos adequadas, de acordo com a equipe:



Eu tenho notado que o pessoal, quem conhece a realidade da população é quem tá na rua, quem tá convivendo com a população. Aí eu tenho notado, que tem vindo regras que vêm de pessoas que sentam atrás de uma mesa, de um computador, que não tem aquela realidade do território, da população, e começa, digamos que, inventar metas, coisas que têm que ser feitas que não, não cabe dentro da realidade da população que nós trabalhamos [...] Quando for criar alguma coisa, desenvolver alguma coisa, deveria perguntar pra aquelas pessoas que estão realmente em contato com a população. Que quem tá em contato com a população é que sabe a realidade de cada um (GF4).

O Novo Paradigma Estético defendido por Guattari<sup>35</sup> sobre a valorização do social é um princípio possível de fundamentação dessas falas, que sublinha onde estão os potenciais para a mudança. As muitas linhas que agem sobre cada ESF permitem a criação das individualidades de cada uma, em que são incorporadas várias características compondo uma originalidade para cada unidade de saúde, gerando uma *micropolítica* nesses espaços<sup>30</sup>.

Pereira<sup>49</sup>, estudando a aplicação do Serviço de Atenção Domiciliar no estado de São Paulo, evidencia que a rigidez das normas de condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde limita o desenvolvimento de atividades ao desconsiderar as singularidades de cada local, comprometendo, assim, um melhor resultado dos serviços.

Em duas ESFs, foram observadas dificuldades associadas às atividades do gestor. A perda da autonomia das ESFs, na marcação de consultas, e até a exigência de atendimentos com finalidades políticas são identificadas, colocando em segundo plano as atribuições principais da ESF. Conforme se pode inferir de:

As consultas são agendadas pela secretaria de saúde, as especialidades e próprio pedido de exame, sabe? A gente ainda não tem essa autonomia, recentemente que eles instalaram o sistema de cotas, mas ainda não está funcionando porque o paciente sai daqui pra ir lá na secretaria de saúde para conseguir agendar uma consulta, para depois ir ao consultório (GF5).

Então a equipe deixou de ter aquela essência da estratégia da saúde da família! E a orientação, a prevenção, o atendimento passou a ser um instrumento político, um apaziguador social (GF2).

Nessas falas se evidencia o efeito prejudicial da *linha de caos* associada à ação da gestão, com importante desvalorização das *micropolíticas* ali existentes. Tal fato gera uma sobrecarga, impossibilitando os profissionais de programarem suas atividades de acordo com a demanda da população, pois o fazem por meio de imposições danosas. Dessa forma, ficam comprometidas atividades fundamentais e positivas da APS, como prevenção, promoção da

saúde, atividades de educação em saúde; além disso, os pacientes são atendidos considerando principalmente a doença identificada em um determinado órgão afetado. Nessa situação, o cuidado é direcionado para o *corpo de órgãos* – os pacientes são considerados de forma compartimentada, são tratados o sistema ou aparelho afetado por uma patologia – e não para o *corpo sem órgãos* – que representa o corpo saudável que deve ser assistido antes do seu adoecimento<sup>50,51</sup>.

Em unidades de APS, em que a gestão e as condições de trabalho já apresentam um bom funcionamento, começam a surgir funções antes pertencentes ao setor secundário, como a descentralização do tratamento de determinadas enfermidades, gerando nova sobrecarga; como se pode verificar em:

[...] eu acho que as atribuições elas estão ultrapassando a proposta inicial, eu percebo que nós enquanto profissionais estamos ficando sobrecarregados (GF1).

Você tem o NASF [Núcleo de Apoio a Saúde da Família], mas falta profissional ou esse NASF não cobre, aí você vai precisar do apoio matricial. Você tem o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], mas o CAPS só atende casos graves! E aí você tem que acabar atendendo os casos leves, e não dá conta! Você tem o “Viva Vida”, mas tem uma cota limitada, faltam exames no “Viva Vida”, e não dá conta também de atender toda essa população (GF7).

A comparação das diferentes equipes, umas mal estruturadas, com carência de materiais e funcionários, e outras bem estruturadas, com boa disponibilidade de condições de trabalho, também permite a identificação do conceito de *virtual*. Isso porque todas as equipes têm potencial para assumir uma ou outra identidade, a depender de como as *linhas de força* irão agir sobre elas<sup>42,43</sup>.

Tal fato pode ser ainda associado à *segmentaridade*: um processo linear de episódios que findado, ou mal acabado, logo dá lugar a outro que se inicia<sup>36</sup>. Tal característica é observada na ESF por seu caráter rizomático, associado aos muitos afetos relacionados, fazendo com que apareçam novas atribuições dinamicamente, como na fala a seguir:

Você corre para fazer uma coisa que foi solicitada e na hora que você consegue fazer, fica feliz, aí de repente vem outra coisa! (GF3).

Nas atividades da equipe da Saúde da Família, o modelo de produção capitalista<sup>36,40</sup> é observado, uma vez que se estimula, constantemente, o incremento da produtividade

relacionado com o acréscimo de atribuições. Isso tem como consequência a insatisfação dos profissionais<sup>44</sup>. Conforme se pode ler:

Eu não posso me divertir, eu não posso fazer isso, que eu tenho que ser agente de saúde o tempo todo (GF1).

Às vezes o excesso de atribuições que são impostas a nós que não eram propostas desde o início, às vezes acaba comprometendo a essência do serviço (GF1).

Além do ressentimento que afeta os profissionais, a sobrecarga crescente de funções gera comprometimento da qualidade das atividades; dentre elas, as de promoção e prevenção à saúde. Esse fato permite mais uma vez aproximar as equipes da ESF de Sísifo, não apenas pela sobrecarga submetida a ambos, mas também por realizarem tarefas que têm seus resultados prejudicados. Do mesmo modo que o rochedo de Sísifo que, ao chegar ao topo da montanha, cai, fazendo com que ele tenha que repetir a ação, os profissionais da saúde da família, não podendo atuar de forma plena em medidas preventivas, acabam por priorizar o atendimento voltado para a doença, prática que resulta em constantes retornos dos usuários com as mesmas demandas<sup>39</sup>.

### **Sobrecargas que comprometem o *trabalho vivo***

A sobrecarga está, ainda, associada aos muitos serviços demandados pela população. Foi observado grande número de pacientes para consulta e visita domiciliar, além da procura por atendimento dos profissionais fora do horário de trabalho, como se pode ler em:

Então às vezes aqui no corredor, eu chego do almoço eu falo assim, o que foi? Furou um cano? Tanta gente pra você atender que às vezes, você não sabe com o que começar (GF2).

[...] Não pense você que você sendo um agente de saúde não vão te incomodar à noite, não vão te incomodar no final de semana, num bar ou na igreja (GF1).

Cabe, nesse sentido, discutir os conceitos de *tecnologias duras*, *leves* e *leve-duras*, conforme proposição de Merhy.<sup>37</sup> *Tecnologias duras* se referem às normas ou equipamentos; as *leves*, a aspectos de inter-relação, como os vínculos criados nos ambientes de trabalhos; e as *leve-duras* são a junção das normas técnicas e das individualidades de cada trabalhador<sup>37,52</sup>. A grande demanda da população por atendimentos médicos, visitas domiciliares, exames complementares, entre outros, representa a maior demanda por serviços relacionados às

*tecnologias duras*, sobrecarregando os profissionais e comprometendo o desenvolvimento de atividades relacionadas às *tecnologias leves e leve-duras*. Dessa forma, é oferecido um serviço com limitada qualidade, já que a valorização das *tecnologias leves e leve-duras* está associada aos melhores resultados, por possibilitarem a valorização de cada micropolítica<sup>45, 53</sup>.

Essa priorização do *trabalho morto*, baseado no uso de *tecnologias duras*, é observado também na sobrecarga imposta aos enfermeiros que desempenham atividades de assistência e gestão. Nessa situação, as atividades comprometem umas às outras, limitando a possibilidade do desenvolvimento do *trabalho vivo em ato* ou do uso de *tecnologias leve-duras*, devido às atividades feitas de forma assistemática; fator que conduz ao comprometimento dos resultados<sup>54,55</sup>. Ainda que exista a iniciativa e o desejo de usar a inventividade particular dos profissionais associados ao território, o *trabalho morto* limita essas ações de reestruturação produtiva<sup>49,53</sup>, de acordo com:

Eu tenho além da função assistencial, eu tenho uma sobrecarga de função administrativa, gerencial (GF4).

Hoje eu tenho a função: aquela gestante. Eu acolho, eu cadastro, eu alimento no sistema. Então, eu tenho que dar satisfação mensalmente para o sistema, para o governo (GF4).

Um fator desafiador na ESF é a carência de recursos materiais para o atendimento ao usuário; carência que se verifica nas condições para realizar procedimentos médicos (sonar, estetoscópio, maca ginecológica), de enfermagem (curativos, retirada de pontos, teste do pezinho) e de serviços de registro (papeis, caderno e canetas). Tais condições foram também observadas no trabalho de Oliveira *et al*<sup>56</sup>, em que o autor estuda unidades de ESF que apresentam condições físicas e estruturais inadequadas, trazendo impacto na qualidade dos atendimentos prestados. Observa-se, ainda, a falta de recursos humanos, o que intensifica a sobrecarga do trabalhador da saúde. Esses fatores apresentados e somados marcam as ESFs incluídas nessa pesquisa, como se pode verificar em:

Às vezes não tem um sonar, não tem os aparelhos [...] então a gente tem tido muita dificuldade em relação à estrutura do posto (GF5).

Os meninos [Os Agentes Comunitários de Saúde] é que fazem o caderno, esse caderno de agenda, então é dinheiro deles, que sai do bolso deles [...] (GF4).

A função do agente de saúde é ir pra rua e fazer visita domiciliar, fazer o atendimento na rua. E nós, muitas vezes, ficamos presos na unidade, por não ter um profissional que atenda a recepção (GF4).

As falas permitiram identificar o *trabalho vivo em ato*, em que condições de precariedade de recursos materiais priorizam o uso das *tecnologias leves* em detrimento das *tecnologias duras e leve-duras*. Essa realidade foi observada por Chaves *et al*<sup>57</sup>, em estudo acerca das atividades gerais de enfermeiros em ESFs, em João Pessoa, Paraíba, e por Santana<sup>15</sup> e Oliveira *et al*<sup>16</sup>, avaliando a prática do acolhimento da APS. Nesses estudos, se nota que o uso de protocolos e normas é desvalorizado, o que também compromete os resultados das atividades<sup>37</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a ESF, em um contexto regional, tem caráter rizomático pelo seu grande potencial de interações com os muitos afetos, o que lhe permite assumir variadas identidades. Cada uma com seu processo de singularização, o que Deleuze e Guattari nomeiam como *subjetividade*, o que permite a identificação de uma *micropolítica* em cada unidade de saúde.

O artigo mapeou as percepções dos profissionais das equipes das ESFs a respeito das suas atribuições, permitindo associá-los ao personagem mitológico Sísifo, devido à considerável sobrecarga relacionada às muitas *linhas de forças* que interagem entre elas. Tal sobrecarga foi associada às imposições de deveres dos gestores, configurando uma relação hierárquica perniciosa, que limita as ações de melhor qualidade nos espaços moleculares, no ambiente social. Assim, destaca-se a relevância dos gestores não imporem metas à APS, mas possibilitarem o diálogo com profissionais que atuam nessas *micropolíticas*, com a finalidade de debater e pactuar as atribuições.

Foi, ainda, identificada uma sobrecarga devido à demanda da população por atendimentos clínicos, além das imposições de aplicação de normas técnicas e protocolos. Devem ser considerados, ademais, os afetamentos causados pela sobrecarga da produção capitalista, estimulando sempre o incremento do trabalho. Tais condições implicam efeitos danosos por sobrevalorizarem a prática de *tecnologias duras* em detrimento das *tecnologias leves e leve-duras*, comprometendo o desenvolvimento do *trabalho vivo*, de modo que não se possibilita a prestação de um serviço que considere a individualidade do território.

Destaca-se, por fim, que a realização do grupo focal possibilitou uma fala mais autêntica dos atores sociais, facilitando uma reflexão sobre a realidade, fator fundamental para permitir mudanças. Sublinha-se, portanto, a relevância de se permitir e facilitar, às equipes, a realização de reuniões periódicas, estímulo para constantes reflexões sobre o trabalho; e que possibilita o incremento da sua qualidade, em benefício dos profissionais e usuários.

## **REFERÊNCIAS**

1. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*. 1961; 265: 885-893.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. *As Cartas de Promoção a Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(5): 951-963.
5. Grã-Bretanha. National Health Service (NHS). [Internet]. Grã-Bretanha. 14 de março de 2013. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>.
6. Canada. Health Canadá (HC). [Internet]. Canada. 15 de março de 2013. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>
7. Brasil. Ministério da Saúde. O Ministério – histórico. [Internet]. Brasil; 15 de março de 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/330/historico.html>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 16-19.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 20-25.
10. Gusso G. Os rumos da atenção primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011; 6(19): 97-101.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
12. Pereira R, Paranhos LS. Utilização do cadastro técnico multifinalitário no mapeamento de condições de saúde – a experiência do município de Montes Claros/MG. *Informática Pública*. 2013.

13. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(1): 45-56.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à Demanda Espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
15. Santana M. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011; 6(19):133-141.
16. Oliveira A, Silva NJC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(27): 749-762.
17. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 1a Ed. Porto Alegre: Aratmed; 2012.
18. Figueiredo MFS, Rodrigues NJF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41): 315-329.
19. Ferreira NJL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*. 2010; 20(4): 1119-1142.
20. Wonca. Global Family Doctor. [Internet]. Março de 2013. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/MentalHealth.aspx>.
21. Binotto A, Santos LL, Lourosa QL, Sant'Anna SC, Zanetti ACG, Marques JMA. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2012; 7(23): 83-89.
22. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J. bras. psiquiatr*. 2010; 59(3): 190-197.
23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família. [Internet]. Brasil; 15 de março de 2013. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/cadastro\\_unico/cadastro\\_unico/formas-de-cadastramento](http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/cadastro_unico/cadastro_unico/formas-de-cadastramento).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
25. Malachias, I, Leles FAG, Pinto MAS. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
26. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 1a Ed. São Paulo: Editora 34; 1995 (v1).

27. Passos E, Kastrup V, Escossia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. 2a Reimpressão. Porto Alegre: Sulina; 2012.
28. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-514.
29. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
30. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do Desejo*. 12a Ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
31. Ferreira F T. Rizoma: um método para as redes? *Liinc em Revista*. 2008; 4(1): 28-40.
32. Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*. 2009; 21(2): 166-173.
33. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38): 663-676.
34. Catrib PRVM, Oliveira ICS. A cartografia na enfermagem: uma proposta de abordagem metodológica. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14(2): 399-405.
35. Guattari F. *Caosmose: Um novo paradigma estético*. 1a Ed. São Paulo: Editora 34; 1992.
36. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 1a Ed. São Paulo: Editora 34; 1995 (v3).
37. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4a Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
38. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 que trata de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
39. Camus A. O mito de Sísifo. In: Camus A. *O mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record, 2007. 74-76.
40. Rolnik S. *cartografia Sentimental: Transformação Contemporânea do desejo*. 2a Ed. Porto Alegre: Sulina; 2014.
41. Franco TB, Franco CM. Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim/ Rio de Janeiro. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2012; 15(2): 227-233
42. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 1a Ed. São Paulo: Editora 34; 1995 (v2).
43. Zourabichvili F. *O Vocabulário de Deleuze*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Sinergia - Relume Dumará; 2009.



44. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22(2): 318-326.
45. Catrib PRVM, Oliveira ICS. As estratégias da equipe de enfermagem frente à criança com doenças infecciosas e parasitárias. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(1): 103-111.
46. Pinto EEP, Araújo MD, Matumoto S, Capozzolo AA, Cardoso MRL, Mishima SM. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2014; 8(1), 77-96.
47. Costa DFC, Paulon SM. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde debate.* 2012; 36(95): 572-582.
48. Merhy E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude soc.* 2012; 21(2): 267-279.
49. Pereira PBA. Atenção domiciliar e a produção do cuidado: apostas e desafios atuais [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. 2014
50. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(1): 531-542.
51. Fernandes SCA. As praticas educativas na saúde da família: uma cartografia simbólica [tese]. Natal (RN). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2010
52. Sant'Anna SR, Hennington EA. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2011. 9(1): 223-244.
53. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(4): 898-906.
54. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(3): 520-527.
55. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(2): 349-355.
56. Oliveira SF, Albuquerque FJB. (2008). Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade.* 20(2), 237-246.
57. Chaves ACCC, Silva VLM. Processo de Trabalho e Produção do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a realidade de enfermeiras. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde.* 2011; 15(3): 249-264.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a ESF, em um contexto regional, tem caráter rizomático pelo seu grande potencial de interações com os muitos afetos, o que lhe permite assumir variadas identidades. Cada uma com seu processo de singularização, o que Deleuze e Guattari nomeiam como *subjetividade*, o que permite a identificação de uma *micropolítica* em cada unidade de saúde.

O artigo mapeou as percepções dos profissionais das equipes das ESFs a respeito das suas atribuições, permitindo associá-los ao personagem mitológico Sísifo, devido à considerável sobrecarga relacionada às muitas *linhas de forças* que interagem entre elas. Tal sobrecarga foi associada às imposições de deveres dos gestores, configurando uma relação hierárquica perniciososa, que limita as ações de melhor qualidade nos espaços moleculares, no ambiente social. Assim, destaca-se a relevância dos gestores não imporem metas à APS, mas possibilitarem o diálogo com profissionais que atuam nessas *micropolíticas*, com a finalidade de debater e pactuar as atribuições.

Foi, ainda, identificada uma sobrecarga devido à demanda da população por atendimentos clínicos, além das imposições de aplicação de normas técnicas e protocolos. Devem ser considerados, ademais, os afetamentos causados pela sobrecarga da produção capitalista, estimulando sempre o incremento do trabalho. Tais condições implicam efeitos danosos por sobrevalorizarem a prática de *tecnologias duras* em detrimento das *tecnologias leves e leve-duras*, comprometendo o desenvolvimento do *trabalho vivo*, de modo que não se possibilita a prestação de um serviço que considere a individualidade do território.

Destaca-se, por fim, que a realização do grupo focal possibilitou uma fala mais autêntica dos atores sociais, facilitando uma reflexão sobre a realidade, fator fundamental para permitir mudanças. Sublinha-se, portanto, a relevância de se permitir e facilitar, às equipes, a realização de reuniões periódicas, estímulo para constantes reflexões sobre o trabalho; e que possibilita o incremento da sua qualidade, em benefício dos profissionais e usuários.

## REFERÊNCIAS

1. WHITE, K. L., WILLIAMS, T. F. & GREENBERG, B. G. – The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, p. 885-893, 1961.
2. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas de Promoção a Saúde**. Projeto Promoção da Saúde, 2002.
3. SEVALHO, G.; STOTZ, E. A cartografia simbólica do risco epidemiológico: uma incursão ao pensamento de Boaventura de Sousa Santos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Set. 2012 .
4. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
5. GIOVANELLA, L. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, Mai, 2006.
6. GRÃ-BRETANHA, **National Health Service (NHS)**. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>> Acesso em: 14 de março de 2013.
7. CANADA, **Health Canadá – (HC)**. Disponível em: < <http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>> Acesso em 15 de março de 2013.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde– Histórico**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/330/historico.html>> Acesso em 15 março de 2013.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. GUSSO, G. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n. 6, set. 2011.
12. GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, José M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
14. PEREIRA, R.; PARANHOS, L. S. Utilização do Cadastro Técnico Multifinalitário no Mapeamento de Condições de Saúde – a experiência do município de Montes

Claros/MG. **Informática Pública**. Disponível em:

<[http://www.ip.pbh.gov.br/ANO4\\_N1\\_PDF/ip0401pereira.pdf](http://www.ip.pbh.gov.br/ANO4_N1_PDF/ip0401pereira.pdf)> Acesso em: 27 de mai. 2013.

15. GOLDSTEIN, R. A.; BARCELLOS, C.; MAGALHÃES, M, A.; FIGUEIREDO M.; GRACIE, R.; VIACAVA, F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

17. SANTANA, M. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n. 6, mai. 2011.

18. OLIVEIRA, A. et al . A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v. 12, n. 27, dez. 2008.

19. FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T.S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v. 16, n. 41, jun. 2012.

20. FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010.

21. WONCA, **Global Family Doctor**. Disponível em:

<<http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/MentalHealth.aspx>> Acesso em Março de 2013.

22. BINOTTO, A.; SANTOS, L.; LOUROSOSA, Q.; SANT'ANNA, S.; ZANETTI, A.; MARQUES, J. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. n. 7, abr. 2012.

23. HOFFMANN, E, J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J, M.; LIMA, E, W, B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J. Bras. Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010 .

24. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Disponível em:

<[http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/cadastro\\_unico/cadastro\\_unico/formas-de-cadastramento](http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/cadastro_unico/cadastro_unico/formas-de-cadastramento)> Acesso em: 15 de março de 2013.

25. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 750** que estabelece normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família Brasília, Ministério da Saúde 2006.

26. MORESI, E. **Metodologia de pesquisa**. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília, 2003.

27. TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005.
28. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
29. DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**: São Paulo: Editora 34, 1995. Volume 1.
30. GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo: 12.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
31. FERREIRA, F. T. Rizoma: um método para as redes?. **Liinc em Revista**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, mar 2008.
32. ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol. Soc.** Florianópolis, v. 21, n. 2, ago. 2009.
33. FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v. 15, n. 38, set. 2011.
34. CATRIB, P. R. V. M.; OLIVEIRA, I. C. S. A cartografia na enfermagem: uma proposta de abordagem metodológica. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, jun. 2010.
35. GUATTARI, F. **Caosmose**: Um novo paradigma estético: 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012.
36. DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**: São Paulo: Editora 34, 1995. Volume 3.
37. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa de-intervenção e produção de subjetividade: Porto Alegre: Sulina, 2012.
38. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466** que trata de pesquisa em seres humanos, Brasília, Ministério da Saúde 2012.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

## Cartografia fotográfica das equipes de ESF

**Figura 1: Frente de ESF****Figura 2: Frente de ESF****Figura 3: Recepção****Figura 4: Recepção****Figura 5: Consultório****Figura 6: Consultório**



**Figura 7: Ambiente usado para grupos de educação em saúde**



**Figura 8: Ambiente usado para grupos de educação em saúde**



ANEXOS

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atribuições máximas das Equipes de Saúde da Família: uma análise cartográfica.

**Pesquisador:** Igor Caldeira Soares

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19449613.7.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 334.125

**Data da Relatoria:** 23/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo que fará uso do método da cartografia com o objetivo de analisar as atribuições máximas das equipes da Estratégia de Saúde da Família da região Macro-norte do estado de Minas Gerais. Tal trabalho justifica-se uma vez que a Estratégia Saúde da Família é composta por uma equipe mínima de profissionais, a qual é responsável por funções já determinadas pelo Ministério da Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as atribuições máximas das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum desconforto que possa ser causado ao sujeito da pesquisa durante a coleta de dados nos grupos focais. A pesquisa poderá contribuir para um melhor funcionamento da Atenção Primária à Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa qualitativa relevante para Atenção Primária à Saúde. O estudo contribuirá para identificar e analisar as atribuições dos trabalhadores, agendas em saúde e fatores potencializadores e dificultadores no cumprimento de funções junto à ESF da região Macro-norte de Minas Gerais.

**Endereço:** Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Vila Mauricéla **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** malsa.lette@unimontes.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 334.125

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 15 de Julho de 2013

---

**Assinador por:**  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rul Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
 Bairro: Vila Mauricéla CEP: 39.401-089  
 UF: MG Município: MONTES CLAROS  
 Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: malsa.lete@unimontes.br