

# O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS

The work process at the family health strategy: what health professionals in Santa Cruz do Sul/RS

SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG\*

FRANCIELLE LIMBERGER LENZ\*\*

LENI DIAS WEIGELT\*\*\*

ARI NUNES ASSUNÇÃO\*\*\*\*



**RESUMO** – Este artigo apresenta análises tecidas quanto às especificidades do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul/RS. Este é um recorte da pesquisa “Saúde da Família: um olhar sobre a estratégia no município de Santa Cruz do Sul” (2007-2008), desenvolvida com o apoio da Universidade de Santa Cruz do Sul, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Pela trajetória qualitativa, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam na ESF, sendo estas analisadas à luz do método de Análise de Conteúdo. Evidenciou-se dificuldade de estabelecimento de um plano de ação em comum entre os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família e entre essas equipes e suas populações adstritas; diferenças culturais marcam a inter-relação profissional – comunidade. Em relação ao processo de trabalho, confirmou-se a importância de escutar o que os profissionais de saúde estão construindo de saberes no cotidiano do serviço, pois conseguem esclarecer possibilidades e limites dessa estratégia, relacionando-os às características da população de cada território, à gestão municipal da saúde, às condições de trabalho (que ainda são muito diversas de uma unidade de saúde para outra) e à identificação dos profissionais com a proposta da ESF. Além disso, evidenciam que o trabalho em saúde segue marcado por lógicas vigentes na sociedade.

**Palavras-chave** – Estratégia saúde da família. Profissionais de saúde. Processo de trabalho.

**ABSTRACT** – This article features analyses focused on the specificities of the working process at the Family Health Strategy (FHS) in the county of Santa Cruz do Sul/RS. This is an excerpt from the research “Family Health: a look on the strategy in the county of Santa Cruz do Sul” (2007-2008), developed with the support of the University of Santa Cruz do Sul jointly with the Municipal Health Department. Its qualitative trajectory includes interviews with health professionals who work for ESF, and they were analyzed in light of the Content Analysis method. There was evidence of the difficulty in establishing a common action plan among the health professionals that make up the family health teams and between these teams and their ascribed populations; cultural differences mark the professional – community interrelation. With regard to the work process, there was a confirmation of the importance to paying heed to what the health professionals are building in terms of knowledge in their routine services, as they manage to clarify possibilities and limits in

---

\* Dr. em Serviço Social, Mestre em Desenvolvimento Regional. Professora do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC. Santa Cruz do Sul – RS/Brasil. *E-mail:* [skrug@unisc.br](mailto:skrug@unisc.br)

\*\* Acadêmica de Psicologia da UNISC. Santa Cruz do Sul – RS/Brasil. *E-mail:* [fran\\_llenz@yahoo.com.br](mailto:fran_llenz@yahoo.com.br)

\*\*\* Dr. em Desenvolvimento Regional, Mestre em Desenvolvimento Regional. Professora do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC. Santa Cruz do Sul – RS/Brasil. *E-mail:* [lenid@unisc.br](mailto:lenid@unisc.br)

\*\*\*\* Dr. em Filosofia da Enfermagem, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Professor do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC. Santa Cruz do Sul – RS/Brasil. *E-mail:* [arias@unisc.br](mailto:arias@unisc.br)

*Submetido em: janeiro/2010. Aprovado em: junho/2010.*

this strategy, relating them to the characteristics of the population of each territory, to municipal health management, work conditions, which are still very diverse from one health unit to the other, and to the identification of the professionals under the ESF proposal. In addition, they are evidence of the fact that health work continues to bear the logics in force in society.

**Keywords** – Family health strategy. Health professionals. Work process.

---

No Brasil, a atenção à saúde vem-se desenvolvendo mediante diversas experiências e estratégias, na tentativa de oferecer à população um atendimento satisfatório e de qualidade, como descrevem Rosa e Labate (2005). Muitas são as razões de não se ter bem definido qual o modelo que melhor atende as prioridades de saúde do povo brasileiro. Entre elas, citem-se: A política de saúde implementada atende às necessidades dos usuários? Como está acontecendo o processo de trabalho? Quais os fatores que interferem neste processo? Diante de muitas interrogações acerca da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como proposta de atenção à saúde, os pesquisadores e colaboradores da pesquisa “Saúde da Família: um olhar sobre a estratégia no município de Santa Cruz do Sul/RS” se propuseram a conhecer essa realidade mediante uma análise da situação no referido município. Isso se concretizou por meio de um trabalho de pesquisa vinculado a um importante aspecto da assistência à saúde na atenção básica, no que concerne ao seu processo avaliativo, na ótica dos atores envolvidos nesse processo (KRUG; ASSUNÇÃO; WEIGELT, 2007).

Estudos sobre políticas públicas têm demonstrado que os formuladores de políticas operam em ambientes carregados de incertezas, como limitações cognitivas derivadas da complexidade dos fenômenos sociais, falta de controle e de condições para prever as contingências que podem afetar a política no futuro, liberdade de ação aos implementadores, podendo os mesmos agir de forma arbitrária e divergir das preferências da coletividade (SILVA; MELO, 2000). No sentido de sintonizar as diversas fases do ciclo da política, a saber, formulação-implementação-avaliação (VIANA, 1996), com as necessidades da população, os saberes produzidos no cotidiano do trabalho na ESF são considerados como importante dispositivo quando em questão às políticas de saúde. Sublinha-se, assim, a importância de participação da equipe e da comunidade nas diferentes fases do ciclo da política como forma de garantir políticas voltadas para as especificidades de cada território, sendo a ESF um espaço privilegiado por ter o controle social como um de seus princípios. Dessa maneira, propõe-se um agir ético para driblar os fatores dificultadores que os estudos referidos apontam, reduzindo arbitrariedades.

Para alcançar a efetividade desejada na atenção básica, consideram-se necessários o planejamento e a implementação de ações de saúde em cada contexto. Esses exigem conhecimentos detalhados sobre as condições de vida das pessoas que ali residem, sobre as especificidades do processo de organização das ações realizadas na assistência à saúde e gestão do trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos. Assim, pode-se delinear o que é necessário e o que é possível fazer em um determinado local. Entretanto, as informações e as ações oriundas dos serviços de saúde nem sempre são efetivamente utilizadas pelas instituições e pelos gestores no processo decisório. O que se observa, muitas vezes, é um acúmulo de dados e tarefas que não chegam a subsidiar estrategicamente as tomadas de decisões, com informações, planejamento e organização pouco resolutivos.

As comunidades acadêmica e regional do Vale do Rio Pardo/RS – região onde o município de Santa Cruz do Sul está situado – requerem informações atualizadas e criteriosas sobre temas de relevância no âmbito de suas atuações. Tanto a atuação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como dos órgãos públicos e privados, necessitam de dados a partir dos quais medidas concretas e mais resolutivas podem ser tomadas. Não basta somente a existência dos mesmos, é preciso organizá-los e analisá-los de forma a conhecer a realidade da qual eles provêm (KRUG; ASSUNÇÃO; WEIGELT, 2007).

O caso das ESFs não é diferente de muitos outros programas e políticas implantadas na esfera pública. Existe uma gama de informações e situações de assistência, de organização e gestão do trabalho que não estão sistematizadas de forma a diagnosticar a realidade, a estabelecer diálogos e reflexões que

fundamentam a atuação em termos de práticas efetivas de intervenção. Além disso, constantemente, novas estratégias são implantadas, implementadas e outras são readequadas às diferentes realidades. Nessa linha de pensamento, justifica-se a relevância de estudos específicos sobre aspectos da saúde da família em determinados contextos municipais (que podem, como esse estudo, servir de experiência para outros municípios).

A disponibilização dos resultados desse estudo contribui para a implementação e avaliação das Políticas Públicas de Saúde em Santa Cruz do Sul, ao efetivar um dos objetivos da pesquisa, no que se refere ao auxílio à coordenação da ESF no município. A pesquisa contribui para o desenvolvimento do projeto “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família”. Este integra um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento)<sup>1</sup> do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Conforme preconiza o Ministério da Saúde, para operacionalização desse componente, conta-se com a cooperação técnica de instituições de ensino e pesquisa para realização de ações de avaliação das equipes e desempenho dos serviços. Dessa forma, confirma-se o compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica nas três esferas do governo, incorporando-a como instrumento de gestão do SUS (KRUG; ASSUNÇÃO; WEIGELT, 2007).

Assim, a pesquisa, segundo os autores acima citados, pretendeu contribuir na gestão dos serviços de saúde, evidenciando e analisando dados que fomentam discussões e orientam uma melhor canalização de investimentos na qualidade das ações de saúde, seja com profissionais de saúde, seja com recursos físicos e financeiros para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS, especialmente, mediante a ESF. Cabe destacar ainda que, por intermédio dessa pesquisa, subsidiaram-se debates nas disciplinas dos cursos da área da saúde, envolvidos nessa pesquisa, produzindo mudanças na formação dos profissionais de saúde, ao aproximar teoria e prática. A participação de docentes, estudantes e instituições de ensino e serviços de saúde tem possibilitado um encontro híbrido de olhares críticos sobre a realidade e criado uma consciência ampliada sobre políticas públicas de saúde na formação dos profissionais e na orientação das práticas (integração ensino-serviço).

Dito isso, circunscreve-se a pesquisa que fundamenta esse artigo e define-se como objetivo oferecer à comunidade científica, às equipes da ESF e às autoridades voltadas às Políticas Públicas de Saúde, subsídios à ampliação do conhecimento e análise da ESF, fornecendo dados e reflexões que instrumentalizam os processos decisórios referentes ao planejamento em saúde e organização dos serviços. Em outras palavras, buscamos conhecer e analisar a ESF no referido município, bem como socializar esse conhecimento.<sup>2</sup> Como objetivo específico, nesse artigo, buscamos analisar o processo de trabalho nas unidades básicas de saúde com ESF. O recorte aqui apresentado enfoca, portanto, o viés dos profissionais de saúde das nove unidades com ESF, no que se refere às especificidades do processo de trabalho, gestão e organização das ações em saúde, permitindo uma reflexão a respeito desse processo nessas unidades.

## Metodologia

Os caminhos da investigação seguiram a trajetória qualitativa, utilizando, como instrumento de coleta de dados, entrevistas com dezoito profissionais de saúde,<sup>3</sup> sendo as mesmas analisadas à luz do método de Análise de Conteúdo. A partir das diretrizes traçadas para o estudo, as categorias de análise foram sendo construídas e complementadas a partir do contato com a realidade empírica. Com os dados coletados, realizou-se a triangulação dos mesmos, fundamentados em Minayo, Assis e Souza (2005). Conforme preconizado por Bardin (1977), a leitura flutuante, a referência dos índices e a elaboração de indicadores possibilitam a preparação do material; fase em que essa análise foi assumindo corpo no desenvolvimento do estudo.

A pesquisa “Saúde da Família: um olhar sobre a estratégia no município de Santa Cruz do Sul” (2007-2008) foi fundamentada em princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96, Diretrizes e

Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), protocolo nº 3.755/07.

### **Análise dos dados**

A construção dessa etapa diz respeito às linhas de análise elaboradas a partir do referido pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde com ESF em Santa Cruz do Sul. Com a imersão nas transcrições e organização dos dados, perceberam-se alguns aspectos que se destacaram, seja pela repetição, pela intensidade e/ou outros fatores indicativos, constituindo-se em um mosaico que expõe, a partir de algumas temáticas construídas, os conteúdos e os conhecimentos produzidos.

### **Os profissionais de saúde e o trabalho com a comunidade**

A abordagem dessa unidade temática contextualiza e analisa o entendimento dos profissionais das equipes de ESFs no que diz respeito ao trabalho e relacionamento com a comunidade adscrita. Dezesseis entrevistados referiram que o trabalho com a comunidade é gratificante e tranquilo, havendo uma boa relação. A relação foi assim qualificada:

[...] há boa acolhida, receptividade, reconhecimento do trabalho, respeito e vínculo por parte da comunidade, quando tem cultura [associada no discurso dos profissionais ao nível de escolaridade dos usuários] e situação socioeconômica favorecida, sendo pró-ativa, participando e respondendo ao tratamento.

Outro fator considerado quando a questão é a satisfatória inter-relação com a comunidade é o comprometimento dos profissionais das ESFs com a mesma, desde que atendidos alguns requisitos estabelecidos pela comunidade, como na referência de um dos profissionais: “tendo calma e fazendo tudo da maneira como as pessoas querem”.

Em contrapartida, dois profissionais referiram que a comunidade não é receptiva, que há conflitos e dificuldades, pontuando que percebem que isso se acentua nas comunidades com condições financeiras, culturais e educacionais precárias e em que os problemas sociais são mais evidentes. Destacaram como dificultadores os costumes e hábitos curativos de saúde da comunidade, em contrapartida à proposta de prevenção em saúde da ESF, aspectos esses evidenciados por Krug (2006), em seu estudo sobre as implicações do processo de trabalho em saúde no sofrimento/adoecimento de trabalhadores.

Diante desses indicativos, pode-se inferir que diferenças culturais podem marcar essa inter-relação entre profissionais de saúde e a comunidade, delineando (im)possibilidades de diálogo e de construção de um plano de ação em saúde em comum. Percebe-se que “inventar jeitos” de estar sensivelmente com essas comunidades é um caminho para um diálogo que permita conhecer os sentidos e significados que prevalecem em cada território e para legitimar diferenças; bem como, que as dificuldades sentidas pelos profissionais crescem em proporção às carências da comunidade.

A fala de alguns profissionais médicos, centrados no seu núcleo profissional,<sup>4</sup> fez sentir que as ações dos profissionais de saúde ainda são isoladas, não construídas coletivamente entre os mesmos e fez, também, perceber vínculos tênues – na equipe e da equipe com a comunidade. Esse aspecto se evidenciou na abordagem de um dos profissionais a respeito da forma de divulgação das ações da ESF dessa unidade de saúde para a comunidade, realizada a partir de números e indicativos a serem expostos/transmitidos em reuniões-palestras:

[...] a gente já discutiu de fazer no final do ano, de juntar os dados do ano inteiro, colocar para eles o que tá sendo feito, para que a população possa ter um pouco mais de reconhecimento [...].

Isso dá uma dimensão de autorreferência, pois, a quem interessam números de atendimentos e procedimentos? Pode-se notar que esse profissional está capturado pela lógica de mercado, que avalia o trabalho a partir dessa quantificação, ao invés de uma análise dessas relações e de promoção da saúde no território em questão. Essa resposta demonstra a lógica de prestação de contas à comunidade, como forma de comprovar que se está trabalhando, ao invés de apontar estratégias utilizadas na divulgação das ações de maneira a convidar e integrar a população à ESF. Quanto à questão da divulgação das ações, os profissionais de saúde disseram que a divulgação é feita pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e nos grupos de educação em saúde. Os dispositivos são o “boca a boca” (de maneira informal nas visitas domiciliares), cartazes, bilhetes, avisos, pôsteres, palestras, mural, feiras de saúde, estagiários de cursos da área da saúde. As equipes contam também com redes de apoio dentro do território, constituídas por professores, líderes comunitários, rádio, presidente da Associação de Moradores, igrejas e outros meios. Outros profissionais ainda evidenciaram utilizar um modelo de transmissão vertical de informações, de “aprendizagem mecânica” (DONATO; MENDES, 2003) e centrada em si – como utilização de CDs, reunião com demonstrativos numéricos, etc. Em outras palavras, a divulgação das ações da ESF, em alguns bairros, acontece mais no sentido de prestação de contas e transmissão de um saber, do que como um espaço de reconhecimento mútuo, em que se tornam possíveis trocas e a construção coletiva de estratégias que mobilizam e agenciam os recursos disponíveis no próprio território para dar conta das necessidades de saúde daquela população.

A respeito disso, Crevelim e Peduzzi (2005) referem a importância do reconhecimento da população como “integrante do processo de construção de um projeto assistencial comum” (p. 330), o que não ficou evidenciado no caso dessas ESFs estudadas, especialmente pelas já mencionadas diferenças culturais citadas pelos profissionais e que marcam a inter-relação com a comunidade.

Acerca do trabalho com a comunidade, mediado pela ESF, um profissional dentista pontuou que esse modifica a visão acerca do cuidado em saúde, constituindo-se numa relação educativa entre profissionais e comunidade. Donato e Mendes (2003) também relatam esse aprendizado, reconhecendo: “[...] na relação do profissional de saúde com a população, necessariamente, ambos se modificam, porque ambos são percebidos como portadores e produtores de conhecimentos distintos” (p. 36-37).

Ao evidenciarem uma concepção crítica da educação, que pretende ser uma educação para a mudança, para a transformação, para a conscientização e para a libertação, os autores enfatizam:

Vale dizer que na Estratégia Saúde da Família, a relação da equipe com a população, deve ser aprofundada para que se constitua numa relação educativa que permita que todos os envolvidos se descubram como sujeitos não apenas no processo educativo, mas no processo da vida (DONATO; MENDES, 2003, p. 37).

Assim, apresentam o pensar sobre o modelo de educação que sustenta a inter-relação como indicador importante no processo de avaliação do trabalho.

## **As relações e formas de trabalho entre os profissionais das equipes de saúde da família**

Ao serem questionados acerca da relação de trabalho entre os profissionais que compõem cada equipe de saúde da família, estes a qualificaram como boa. Referiram que há liberdade para abordar questões referentes ao trabalho em equipe e com a comunidade, especialmente no espaço das reuniões semanais de equipe. Foi referido que este espaço constitui-se no acolhimento de opiniões, reclamações ou dificuldades dos profissionais. Os profissionais identificaram os agentes comunitários de saúde (ACSs) como elo, como canal de comunicação entre a comunidade e UBS, acreditando que é por meio deles que a comunidade consegue espaço para se expressar. A respeito disso, o agente comunitário efetiva-se como elo de ligação entre a unidade de saúde da família e comunidade, a partir da consideração de pertencimento à comunidade, residindo na área adscrita (COSTA; CARBONE, 2004).

Dezesseis profissionais, o que constitui a grande maioria dos entrevistados, considerou adequada a reunião diária do profissional enfermeiro com os ACSs e semanal com toda a equipe. Como indicadores que sustentam essa qualificação, pontuaram a proximidade e a convivência; o respeito às diferenças (diversidade de pensamento e diferenças pessoais); a parceria e a pró-atividade. Segundo os entrevistados, isso facilita uma visão de grupo na qual não há necessidade de cobranças e exigências hierárquicas.

Os profissionais referiram que o trabalho com saúde da família propicia o aprendizado no que se refere à convivência e à aceitação dos outros, buscando sempre encontrar o ritmo adequado de trabalho da equipe. Alguns profissionais colocaram que há fases ruins e conturbadas de relacionamento, especialmente quando há saída de colegas e no período de conhecimento e sintonia da nova composição da equipe. Por essas linhas, percebe-se que as equipes de saúde da família têm dificuldades quando há rotatividade dos profissionais. Pode-se inferir que é necessária, aos profissionais que desejam trabalhar com saúde da família, disponibilidade para estar e dialogar com os outros, legitimar diferenças e descobrir vias de encontro e construção de estratégias coletivas para o enfrentamento das questões do cotidiano.

Algumas falas apontaram dificuldades de diálogo e de estabelecimento de um plano de ações em comum, o que aparece no desenho de um modelo de equipe ainda segmentado por núcleo profissional; prevalecendo a maior valorização do profissional médico, tanto por parte da população que faz essa solicitação, quanto das equipes que se organizam, tendo esse como centro de referência. Outra evidência são algumas falas que indicam que alguns profissionais médicos dificilmente participam das reuniões de equipe, sendo isso percebido como “natural”, uma vez que não foram expressas problematizações ou críticas em relação a essa postura. Nesse sentido, é importante ressaltar um outro olhar no referente à naturalidade expressa pelos profissionais entrevistados. Entende-se que não se configura como natural essa dinâmica que faz distinção de responsabilidades e comprometimentos entre as diferentes profissões que compõem a equipe, como pontua Pires (2000) em seus estudos sobre a centralidade das ações do profissional médico e a submissão dos demais profissionais de saúde.

Nesse contexto de análise, percebeu-se, também, nas entrevistas, que, por vezes, o profissional dentista não é visto integrado na equipe, sendo referidos o médico, a enfermeira e os técnicos e auxiliares de enfermagem como a equipe de trabalho. Na fala dos próprios profissionais dentistas, também foi perceptível essa distinção, ao falarem de seu núcleo profissional – da especialidade do dentista – muito mais do que do campo de atuação. Considera-se que a integração deste profissional na equipe produziria, nas suas falas, referências a um conceito ampliado de saúde e a uma atuação coletiva da ESF, que caracteriza a multiprofissionalidade como caminho para o cuidado integral, priorizado nessa estratégia. Com esse enfoque, Bonet (2005) refere que, na medida em que os profissionais das ESFs realizem práticas no sentido de perceber a dimensão do outro, de aprender a diferença, de modo que as ações não sejam estabelecidas com base na sua própria visão de mundo, mas permitindo uma inter-relação na e com a diversidade cultural da comunidade, talvez seja possível promover a saúde das pessoas e das comunidades de forma integral.

Alguns profissionais disseram que percebem maior integração entre alguns atores da equipe, como entre o profissional médico e o profissional enfermeiro, da equipe com o enfermeiro, definindo-o como articulador e afirmando ser com esse profissional que encontram maior liberdade de interação. Nota-se que os enfermeiros são citados como coordenadores do serviço, o que remete a Pires (1999):

Tanto nos “cuidados funcionais” quanto nos “cuidados integrais”, o gerenciamento da assistência de enfermagem é feito pelo enfermeiro, sendo que, em muitos casos, esse gerenciamento estende-se ao trabalho de outros trabalhadores da área de apoio, como escriturários e funcionários de limpeza (p. 41).

Percebeu-se que os ACSs foram situados nas falas dos profissionais como “uma outra equipe”, articulando-se com a de profissionais da ESF, por meio do profissional enfermeiro – novamente é

reafirmada aqui a concepção desse profissional como articulador na ESF. Esses (ACSs) são escutados e “acatados” como afirma um profissional entrevistado. Infere-se que os ACSs têm assumido a cada dia mais força e mais espaço dentro da ESF; mediante movimentos de mobilização e articulação entre eles – o que ficou claro na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família (BRASIL, 2008).

As práticas dos ACSs despertam, portanto, problematizações e reflexões quanto à clareza no limite entre suas atribuições com as específicas de outras profissões de saúde, ficando em aberto ressalvas, a fim de provocar o pensamento. Questiona-se se essa tendência se justifica por eles estarem, no município estudado, historicamente subordinados ao profissional enfermeiro e também qual é a função prescrita e real dos ACSs. Entende-se que na ESF as ações dos ACSs são circunscritas ao papel de mobilizar a comunidade em busca das ações em saúde disponíveis no sistema. Ao relatar as atribuições específicas do ACS, o Ministério da Saúde explicita que esse funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde (BRASIL, 2000). É também um elo cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) constituem uma categoria nova, crescente, e que pelo tipo de atuação profissional, com limitações e avanços, origina alguns conflitos em relação ao desempenho dos outros profissionais de saúde, pois alguns já questionam essa atuação do ponto de vista da interferência nas atribuições específicas de algumas categorias profissionais (KRUG, 2006).

A partir dessa composição, pode-se visualizar como se configura o trabalho em equipe na ESF nesse município. Cabe considerar que uma dada configuração de equipe deve ser construída de forma compartilhada entre seus integrantes e ancorada no projeto de trabalho do serviço, pois do contrário reproduzirá a fragmentação por referência a este, conforme indica Peduzzi (2007).

### **O processo de trabalho e gestão nas equipes de saúde da família**

O processo de trabalho pode ser caracterizado por identificar diferentes configurações e múltiplas relações e atravessamentos. Para Krug (2006), processo de trabalho é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, conseqüentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

No entendimento do processo de trabalho em saúde, Pires (2000) acrescenta que este envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal:

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (p. 85).

Com esse ponto de vista, analisaram-se questões elaboradas sobre esse processo, constituindo, a partir daí, algumas categorias e indicativos. A maioria dos profissionais respondeu às questões inseridas nessa categoria de análise, descrevendo suas rotinas de trabalho e afirmando que o processo de trabalho é pensado coletivamente, discutido dentro do contexto e que as atividades podem ser adequadas às necessidades da população. A equipe de saúde da família define em reunião tanto as ações por núcleo, como as possibilidades de interação.

Acerca das rotinas, descreveram que percebem as atividades desenvolvidas por eles divididas em duas categorias: as pré-programadas e os atendimentos de demandas espontâneas. Esses atendimentos referem-se a problemas ou queixas situacionais, com atendimento de caráter assistencial, que acontece no turno da manhã por meio da distribuição de fichas. Já as atividades pré-programadas acontecem especialmente à tarde, em formato de grupos de educação em saúde e grupos vulneráveis.

Os profissionais da saúde apresentaram dificuldades em fazer e/ou publicizar suas análises críticas em relação à gestão da saúde no município, aparecendo receios e nuances das representações de subordinação hierárquica as quais se mantêm. Tal afirmação se sustenta na percepção de que, ao responderem a questão sobre os gestores e a gestão da saúde no município, muitos profissionais apresentaram respostas confusas, com lacunas e pouco claras, destoando das respostas que apresentaram às demais questões. Isso pode sugerir uma dificuldade de expor as críticas que têm acerca de cargos hierarquicamente superiores, bem como uma “estratégia defensiva” (DEJOURS, 2003) diante de algo que pode estar sendo percebido como “ameaçador”.

Essa concepção de subordinação hierárquica se contrapõe à concepção apresentada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no que se refere ao modelo de atenção básica do Sistema Único de Saúde, baseado na formação de redes, uma vez que, nesse modelo, a ideia de hierarquia é substituída pela de poliarquia, pois não existe hierarquia entre os diferentes nós da rede, sendo todos igualmente importantes para os objetivos do SUS (CONASS, 2007).

Apesar dessa dificuldade de exposição, apontaram que a “engrenagem operacional do SUS” e os “jogos políticos” dificultam o processo de trabalho, pois a cada troca de gestor há um tempo necessário para a integração com os profissionais, para que o gestor conheça a realidade que irá gerir e para conhecer suas prioridades – nem sempre consoantes com as necessidades locais e/ou com o que seu antecessor havia pactuado e vinha desenvolvendo. Quanto à rotatividade do gestor é uma questão que se repete, sendo situada como obstáculo que “emperra” o serviço. Cabe contextualizar o momento que Santa Cruz do Sul vivenciou nos anos de 2007-2008 em termos da gestão da saúde, em que houve sucessivas trocas de Secretário Municipal de Saúde.

Em relação ao jogo político citado, apareceram falas que explicitam o quanto a área da saúde é encarada e utilizada como um meio para arrecadação de votos, sendo essa dimensão priorizada em detrimento dos planejamentos e necessidades prioritárias naquele momento. Assim, em épocas de eleições, o trabalho é diretamente afetado, reforçando ações pontuais, quantificáveis e, em última análise, de baixa resolutividade. A respeito disso, Krug (2006) pontua, em seus estudos, que os profissionais de saúde têm uma concepção homogênea frente às questões políticas, considerando que essa interfere diretamente no trabalho que realizam. Julgam essa interferência negativa, externa ao trabalho, arbitrária, distante da prática, normativa, difícil de ser viabilizada, e prática eleitoreira.

Sobre as condições de trabalho,<sup>5</sup> destacaram alguns aspectos relacionados à capacitação profissional (se há estímulo e acesso) e aspectos muito positivos quanto ao ambiente de trabalho (acomodações, mobiliários, equipamentos, materiais de consumo e pedagógicos, higiene do ambiente). Quanto à capacitação profissional, as respostas indicaram que há pouca ou nenhuma capacitação; o que ocorre são reuniões na Coordenadoria de Saúde para troca de experiências, não ocorrendo estímulo para as capacitações e acesso às mesmas, pois os custos são por conta do profissional e as trocas de horários para cobrir horas também, sendo essas as condições colocadas à liberação. Existem experiências próprias de ESFs que promovem suas próprias capacitações internas.

No intuito de avaliar de forma mais ampla o trabalho na ESF, foram propostos quatro questionamentos aos entrevistados: (a) você usaria esse serviço de saúde ou indicaria para um familiar ou amigo; (b) sobre a qualidade do serviço prestado; (c) aspectos favoráveis e desfavoráveis no trabalho; e (d) como se sente como profissional dessa unidade.

Quando questionados se utilizariam o serviço de saúde, dezessete profissionais de saúde responderam que positivamente, por terem confiança nos profissionais e no trabalho em equipe e por

considerar o serviço bem estruturado. Outros enfatizaram que utilizariam especificamente o serviço da unidade em que atuam – apontando diferenças existentes entre as unidades. As falas abaixo ilustram e justificam essa concepção desses profissionais de saúde:

*A gente tem tempo para atender; fazer um acompanhamento continuado, consegue-se criar vínculo – atendimento integral.*

*[...] nenhuma diferença em relação ao atendimento particular; às vezes melhor até [é atendido mais rápido].*

*[...] temos como princípio: fazer algo decente como se fosse para uma tia, ou pensando se fosse para um filho.*

Sobre a qualidade do serviço prestado, dezesseis entrevistados avaliaram como boa. Alguns apontaram aspectos que comprometem a qualidade do mesmo, como a falta de medicação, fragilidades na estrutura física e de equipamentos da unidade, falta de suporte técnico da Secretaria de Saúde, ou ainda, que há uma dissociação do serviço médico dos outros serviços. A respeito disso, Ribeiro; Pires; Blank (2004) referem estudos de Bertoncini (2000), Costa et al. (2000a, 2000b), Souza (2000):

*[...] as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infraestrutura material, a dinâmica da assistência e condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho [...] apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; [...] diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda (p. 442).*

Como aspectos favoráveis do trabalho, emergiram respostas como: “gostar de saúde pública e do trabalho em ESF”; “ter retornos da comunidade”, “vínculo com uma comunidade receptiva e participativa” – o que possibilita estar constantemente aprendendo com a comunidade em um tratamento qualificado como informal. Em relação à comunidade, foi destacado pelos profissionais o índice socioeconômico da população das famílias como um fator de influência no trabalho, aparecendo uma relação de proporcionalidade: quanto maior o índice socioeconômico, mais fácil o trabalho e quanto menor, mais dificultosa fica a relação produtiva, conforme já abordado em unidade de análise anterior. A possibilidade de trabalhar com população adstrita, oportunizando conhecer as famílias e ter uma noção dos aspectos sociais dos pacientes; poder fazer um plano de tratamento; ter tempo para um atendimento de qualidade (número de fichas menor) torna possível ao profissional a visualização dos resultados do trabalho. Campos (1997) sustenta essa afirmação: “Na saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado do seu trabalho” (p. 235). Nesse sentido, o autor destaca que diminuir o sofrimento causado em usuários e trabalhadores pela alienação (“atos esvaziados de sentido” e “burocratização”) requer um processo de trabalho que garanta “maiores coeficientes de vínculo entre profissional e paciente” (CAMPOS, loc. cit.), sendo a prática assentada no vínculo entendida como “a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional” (CAMPOS, loc. cit.).

Referenciaram também a autonomia do profissional de saúde como um aspecto favorável ao processo de trabalho em ESFs, uma vez que encontram na estratégia um espaço de realização profissional, associando essa realização à abertura existente, às possibilidades de comunicação entre os colegas de trabalho, o que possibilita a não alienação já analisada anteriormente. Em consonância com essas ideias, alguns profissionais pontuaram o apoio por parte da coordenação da ESF no município e da

equipe de trabalho, sendo considerados o bom potencial desta equipe e a interação entre os profissionais (coleguismo), condutores do reconhecimento da força da equipe. Assim,

Um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Ou seja, haveria que se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais (CAMPOS, 1997, p. 229).

Sobre os aspectos apontados como desfavoráveis no trabalho na ESF, os profissionais referiram as situações sociais da comunidade como as que provocam sofrimento, sentimento de frustração e a sensação de impotência e inconformidade diante de certas realidades. A grande maioria dos profissionais de saúde fez referência também, em suas respostas, à demanda incessante pelo atendimento curativo, que percebem relacionado às condições sociais, financeiras e culturais dos usuários, bem como com o pouco interesse e envolvimento de alguns pacientes com a própria saúde. Emergem as considerações de Krug (2006) em seu estudo, em que depoimentos de trabalhadoras da saúde evidenciaram a predominância de ações de saúde de enfoque curativo em detrimento das ações preventivas e promotoras de saúde, de certa forma, ratificadas pelo modelo de assistência e demanda dos usuários. As afirmações dos entrevistados indicaram que a responsabilização dos cidadãos pela própria saúde ainda não se consolidou como parte da cultura da população, merecendo atenção e um trabalho dessas equipes no sentido de promover o exercício de cidadania na população de sua área de abrangência – redimensionando a demanda de atendimento curativo e efetivando a ampliação proposta pelo SUS, também enfatizada como prioridade para a ESF. Assim, cabe avaliar as tentativas de unir ações coletivas de prevenção/promoção de saúde e a efetiva participação da população. Uma hipótese seria que os usuários estão distantes do planejamento e das tomadas de decisão da equipe; outra é que a não participação dos usuários nessas atividades “extraconsultas” ocorre por essas não corresponderem às necessidades dos mesmos (RONZANI; SILVA, 2008).

Ainda em relação a esse aspecto, foi apontada a não aceitação do tratamento pelos usuários como fator obstaculizador do trabalho da equipe e também a falta de uma consciência maior, de um investimento maciço e de cobrança de qualidade por parte da população que recebe esse serviço. Em outras palavras, muitos profissionais referiram a falta de estímulo do gestor, tanto de investimento financeiro como de falta de uma comunicação verdadeira.

Quando questionados sobre como se sentem sendo profissionais da UBS em que trabalham, os profissionais se disseram realizados e felizes. Percebeu-se que a satisfação com o trabalho na UBS está relacionada tanto às características da população de cada território, às condições de trabalho (que ainda são muito diversas de uma UBS para outra em Santa Cruz do Sul), como à identificação dos profissionais com a proposta da ESF. Poucos referiram se sentirem frustrados ou não realizados profissionalmente. Na continuação dessas referências, associaram alguns aspectos que auxiliam na compreensão do que, para esses profissionais, produzem esses sentimentos:

*[...] sempre dá pra fazer mais [...] a gente tem que aprender a lidar com esses percalços; tem dias que também é compensado.*

*[...] em relação a outras instituições e profissionais, o ESF é malvisto, desvalorizado.*

*[...] como em tudo existem falhas – a maior crítica é em relação à resolutividade: todo trabalho de prevenção é esquecido, não tem forma de contabilizar.*

Os sentimentos negativos em relação ao trabalho pareceram relacionados aos mesmos fatores que produzem satisfação, no seu contrário. Evidencia-se que a vivência do trabalho é entremeada pelas experiências de cada profissional, sendo associada a fatores subjetivos e concretos da realidade e da

relação desse profissional – ser humano – com essa realidade, colocando a visão de mundo e os recursos de cada um em questão.

## Considerações finais

As construções desse estudo podem servir de orientação para diálogos, avaliações, reflexões e gestão da realidade estudada. Entretanto, não são tomadas como conclusões que encerram uma verdade sobre essa realidade, ou com pretensão de generalizações. Antes, delineiam como está se configurando o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul/RS nesse momento, apontando alguns caminhos.

Ao examinar os significados dos profissionais de saúde de ESFs sobre o processo de trabalho nessas unidades, buscou-se avançar na compreensão desses fenômenos, em suas orientações mais amplas, para além das formas institucionalizadas do saber. O contexto de trabalho desses profissionais de saúde, exposto neste estudo, demonstrou, numa tentativa de síntese e encerramento, algumas dificuldades de diálogo e de estabelecimento de um plano de ação em comum entre os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família e entre essas equipes e suas populações adstritas. Isso apareceu referido pelos profissionais no desenho de um modelo de equipe ainda segmentado por núcleo profissional, na prevalência da maior valorização do profissional médico e no não reconhecimento da população como um dos atores do processo de construção do projeto assistencial. Esse último aspecto apareceu muito relacionado às diferenças culturais que marcam a inter-relação profissional – comunidade, delineando (im)possibilidades de diálogo entre os dois segmentos. Nessa linha de pensamento, percebeu-se que as dificuldades sentidas pelos profissionais crescem em proporção às carências (sociais, econômicas, culturais) da comunidade.

Em relação ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, confirmou-se a importância de escutar o que os profissionais de saúde estão construindo de saberes no cotidiano do serviço. Esses apontaram as possibilidades e os limites dessa estratégia, relacionando-os às características da população de cada território, à gestão municipal da saúde, às condições de trabalho (que ainda são muito diversas de uma UBS para outra em Santa Cruz do Sul), e à identificação dos profissionais com a proposta da ESF. Além disso, evidenciaram que o trabalho em saúde segue marcado por lógicas capitalistas e político-partidárias vigentes na sociedade.

## Referências

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERTONCINI, J. H. *Da intenção ao gesto – uma análise da implementação do Programa de Saúde da Família em Blumenau* [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- BONET, Octavio. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.
- BRASIL, *Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)*. Brasília – DF. [Versão Online]. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. III Concurso Nacional de Experiência em Saúde da Família. IV Seminário Internacional de Atenção Primária em Saúde*. Centro de Convenções Ulysses Guimarães. Brasília – DF. 5 a 8 de agosto de 2008.
- CAMPOS, Gastão W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. *Praxis en salud un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- COSTA, A. R. C.; MELO, M. C.; OLIVEIRA, M. A.; DIAS, R. N. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. *Rev. Bras. Enfermagem*, n. 53, p. 127-130, 2000.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Rev. Bras. Enfermagem*, n. 53, p. 149-152, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, CONASS. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. v. 1.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M. H. *Saúde da família – uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro (RJ): Rubio, 2004.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, 2005, p. 323-331.

DEJOURS, Cristhophe. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

DONATTO, A. F.; MENDES, R. Relação Educativa na Equipe de Saúde da Família com a População. *S.A.N.A.R.E: Revista de Políticas Públicas*, ano 4, n. 1, jan.-mar. 2003 (ISSN 16768019).

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. *Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de Trabalhadoras da Saúde*. 196 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006. 196 p.

\_\_\_\_\_; ASSUNÇÃO, A. N.; WEIGELT, L. D. *Saúde da família: um olhar sobre a estratégia no município de Santa Cruz do Sul-RS*. Projeto de Pesquisa. Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS). UNISC. Santa Cruz do Sul, 2007.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSC; Ed. Papa-Livros, 1999 (p. 25-48).

\_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev. Bras. Enfermagem*, n. 53, p. 251-263, 2000.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar.-abr. 2004.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSA, W.; LABATE, R. Programa de Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p.1027-1034, nov./dez. 2005.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Núcleo de Estudos e Políticas Públicas, Unicamp, Cad. 48. 2000.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. *Rev. Bras. Enfermagem*, n. 53, p. 7-16, 2000.

VIANA, Ana L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Fundação Getúlio Vargas, v. 30, n. 2, mar./abr. 1996, p. 5-43.

<sup>1</sup> Componente III: visa, sobretudo incorporar os processos avaliativos no cotidiano das organizações e serviços de saúde, concebendo-os como instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Instituto de Saúde SisMAUS (Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica). Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/sismasus/index.phtml?secao=&subsecao=proesf>>. Acesso em: 27 ago. 2008.

<sup>2</sup> Ressalta-se que têm contribuindo no estudo atual e subsidiando discussões sobre a política pública saúde os dados contidos nos cadastros do Programa de Saúde da Família e os resultados da pesquisa “Indicadores de Saúde da Família: um estudo dos municípios circunscritos pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS”, desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – RS (GEPS-UNISC/CNPq), nos anos de 2004-2006.

<sup>3</sup> Os dezoito profissionais de saúde entrevistados correspondem a 82% dos profissionais que atuavam na ESF no município de Santa Cruz do Sul, uma vez que, no momento de realização das entrevistas, contavam-se vinte e dois profissionais ao todo (cabe destacar que, nesse estudo, consideraram-se os profissionais com formação em nível de graduação). Os entrevistados estavam assim distribuídos entre as profissões: sete médicos, sete enfermeiros e quatro dentistas. Justifica-se a falta de alguns profissionais por trocas durante o período das entrevistas e/ou dificuldade de agendar um horário para a realização das mesmas.

<sup>4</sup> Retomam-se aqui os conceitos de Campo e Núcleo de Competência e de Responsabilidade, desenvolvidos por Campos (1997).

<sup>5</sup> A concepção de condição de trabalho que se utiliza aqui é encontrada em DEJOURS (1992). Por condição de trabalho entende-se o ambiente físico (temperatura, pressão, ruído, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc. (DEJOURS, Cristhophe. *A loucura de trabalho*. Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992).