Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

PELA MÃO DE *SÍSIFO*: A SOBRECARGA DO TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

BY THE HAND OF SÍSIFO: THE OVERLOAD OF WORK IN FAMILY HEALTH TEAMS

Igor Cadeira Soares[1]
Eduarda Abreu Fabrini Cunha[2]
Paulo Roberto Viera Junior[3]
Maria Aparecida Vieira[4]
Maísa Tavares de Souza Leite[5]
Cristina Andrade Sampaio[6]

RESUMO- Pesquisa descritiva e qualitativa que objetivou mapear as atividades realizadas pela ESF no cumprimento das suas funções a partir da percepção dos profissionais de saúde, executada em duas fases: observação do ambiente de estudo e realização de grupos focais. Os discursos foram analisados por meio da teoria da Cartografia, 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 suas práticas cotidianas. É relevante considerar as variadas *micropolíticas* na determinação das atribuições das equipes de Saúde da Família e possibilitar momentos de reflexão para seu melhor funcionamento.

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

[1] Mestre em Cuidado Primário, Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes-MG.
[2] Médica. Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes-MG.
[3] Médico. Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros-MG.
[4] Doutora. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.
[5] Doutora. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.
[6] Doutora. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

ABSTRACT- Descriptive and qualitative research that aimed to map the activities performed by the FHT in the fulfillment of their functions based on the perception of health professionals, executed in two phases: observation of the study environment and the accomplishment of focus groups. The discourses were analyzed through the Cartography theory, identifying a considerable overload of attributions submitted to the teams coming from various origins, identified as effects of force lines acting on such groups and allowing them to acquire singularities, a process of subjectivation characteristic of each micropolitics. Such overload has limited the development of living labor, compromising the quality of services provided. It was observed, in the speeches of professionals during the focus group, a reflection on their daily practices. It is relevant to consider the various micropolitics in determining the attributions of the Family Health teams and to allow moments of reflection for their better functioning.

Key words: Cartography, Qualitative Research, Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como um nível de um sistema de saúde, representando a porta de entrada do serviço, prestando assistência, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação de forma continuada, longitudinal e coordenando o cuidado nos demais níveis do sistema, para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2004; MENDES, 2011).

No mundo, são diversas as formas utilizadas pelos países para prestar cuidado primário à população. Alguns focados em um profissional, como o médico generalista, 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 (GIOVANELLA, 2006; GRÃ-BRETANHA, 2013; CANADÁ, 2013).

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, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010; GUSSO, 2011).

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

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

efetivo importante. A população, então, passa a contar com um serviço capaz de lhe oferecer melhores condições de saúde, com facilidade do acesso, redução da mortalidade infantil, redução de morbidades como internações por condições sensíveis à APS, entre outras (GUSSO, 2011).

Como nível organizacional 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 a 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 (BRASIL, 1997).

O estudo da literatura referente à ESF permite identificar as mais variadas funções, por ela exercidas: a constante prática de serviços programados, como para hipertensos (FERREIRA et al., 2009), a realização de acolhimento aos usuários com a finalidade de organizar os atendimentos (OLIVEIRA, 2008) e formação de grupos de educação em saúde para proporcionar aprendizagem significativa da população referente aos cuidados frente aos agravos mais comuns (CASANOVA; OSÓRIO; DIAS, 2012; FERNANDES, 2010). São identificadas, ainda, as funções de atendimento a crianças (FERREIRA et al., 2009) e idosos (MOTA; AGUIAR; CALDAS, 2011), além de atribuições relacionadas às atividades administrativas, burocráticas e demandas pela gestão (MATUMOTO, 2013; OLIVEIRA JUNIOR, 2012).

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 ESF deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe deve atuar em uma área que abranja, no máximo, 4000 pessoas, que deve ser dividida em microáreas, apresentando, cada uma, no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2006).

A ESF apresenta ampla cobertura no território nacional, sendo para muitas pessoas a única forma de acesso a um serviço de saúde (BRASIL, 1997). 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 (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Nesse sentido, este trabalho se propõe a mapear as atividades realizadas pela ESF no cumprimento das suas funções, a partir da percepção dos profissionais de saúde.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e qualitativa em que, por meio da Cartografia (DELEUZE; GUATTARI, 1995; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012), foi possível se deter na exposição de características do fenômeno em estudo, conhecendo a percepção dos profissionais da APS sobre as atribuições da equipe da ESF. Assim, buscou-se investigar a representação do fenômeno dentro do contexto social (TURATO, 2005). Tratou-se de uma investigação de experiências cotidianas, interpretadas pelos profissionais que as vivenciaram no desenvolvimento de suas atividades práticas. Nesse contexto, deu-se destaque à subjetividade, compreendida, dentro da Cartografia, como um processo de singularização, que tem importante relevância para melhor entendimento do objeto (MINAYO, 2010; GUATTARI; ROLNIK, 2013).

Para a interpretação dos dados, foram usados conceitos, como *rizoma, linhas de força, micropolítica,* dentre outros, a fim de construir um mapa não estático, mas sim a representação do espaço dinâmico e heterogêneo das relações presentes na ESF, destacando seu caráter subjetivo, originado dos constantes afetamentos, constituindo uma condição individual nesse espaço, o que o torna propício para ser estudado pela Cartografia (DELEUZE; GUATTARI, 1995; FERRIGATO; CARVALHO, 2011; GUATTARI, 1992).

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 (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

A Cartografia foi realizada em municípios-sede de microrregião da macrorregião Norte do estado de Minas Gerais, e dividida em duas etapas. Na primeira, fez-se um mapeamento da região, por meio dos dados fornecidos pela Superintendência Regional 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.

Na segunda etapa da pesquisa, grupos focais foram realizados e os trabalhadores se configuraram como sujeitos de ação (MERHY, 2014), 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-se da questão norteadora: "Como você percebe as atribuições da sua equipe na Estratégia Saúde da Família?" Foram realizados sete grupos focais, contando com sete trabalhadores, em média, em cada um deles, assim distribuídos: três na cidade de Montes Claros e um em cada uma das outras cidades –

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Pirapora, Janaúba, Januária 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 e Esclarecido, com a descrição da pesquisa e a informação de que a ela seguiu as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os grupos foram gravados, filmados e transcritos para serem analisados e interpretados, tendo como guia a Cartografia (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012). Assim, foram realizadas a transcrição, leitura aprofundada de todo o conteúdo dos discursos, análise e compreensão da coerência e descrição minuciosa de todo o processo. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), conforme parecer número 334.125, 2013.

RESULTADOS

A apropriação do campo de estudo, feito na primeira fase da pesquisa, permitiu mapear o ambiente, conhecendo como estavam distribuídas as unidades de APS nas cidades, como apresentado do quadro a seguir:

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 1- Distribuição das equipes da ESF nas cidades-sede de microrregião no Norte de Minas Gerais 2014.

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

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde, municípios sede de microrregião, dados não publicados, 2014.

Nessa primeira fase, foi possível a apropriação do território em estudo, identificando como as ESFs estavam distribuídas numericamente nas diferentes cidades, evidenciando as extensões das zonas urbanas e rurais e a quantidade de equipes mínimas (47) nas cidades em estudo, as quais recebem as mesmas atribuições das demais equipes.

Na segunda fase, a interpretação, possibilitada pela escuta atenta das falas, nos grupos focais, e as observações anotadas no diário de campo, evidenciaram importante sobrecarga de atribuições às quais as ESFs estão sendo submetidas no norte de Minas Gerais. Tal condição aproxima os profissionais das equipes de APS em estudo de Sísifo, personagem da mitologia grega condenado pelos deuses a carregar uma enorme pedra até o cimo de uma montanha. Todas as vezes que chegava ao cume, a rocha descia a montanha por seu próprio peso, fazendo com que ele mais uma vez tivesse que executar a árdua tarefa (CAMUS, 2007). O mito permite observar que se trata de um trabalho repetitivo, rotineiro, pesado pela sobrecarga.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Outros estudos também evidenciaram a sobrecarga de atribuições a que vem sendo submetida a ESF, como o de Santos *et al* (2012) estudando a prática dos profissionais da APS em Amparo/SP com relação à saúde do trabalhador e o de Motta *et al* (2011) que estudaram o conhecimento dos profissionais de equipes da ESF do Rio de Janeiro sobre a saúde do idoso. Cabe ainda ressaltar o trabalho de Silva *et al* (2013) que, estudando as percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho nas ESFs de João Pessoa/PB, identificaram a sobrecarga de atribuições como uma causa de acidentes laborais.

Após uma leitura criteriosa e atenta, passou-se à análise dos discursos, identificando, assim, três categorias que surgiram após a interpretação desses discursos pelo pesquisador, a saber: Sobrecarga de trabalho de origem *rizomática,* Sobrecarga de trabalho advinda das hierarquias de poder e Sobrecarga de trabalho comprometendo o *trabalho vivo.*

Sobrecarga de trabalho de origem *rizomática*

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* (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

As linhas de força são identificadas pelas suas causas e consequência, como ilustrado pelo esquema a seguir.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

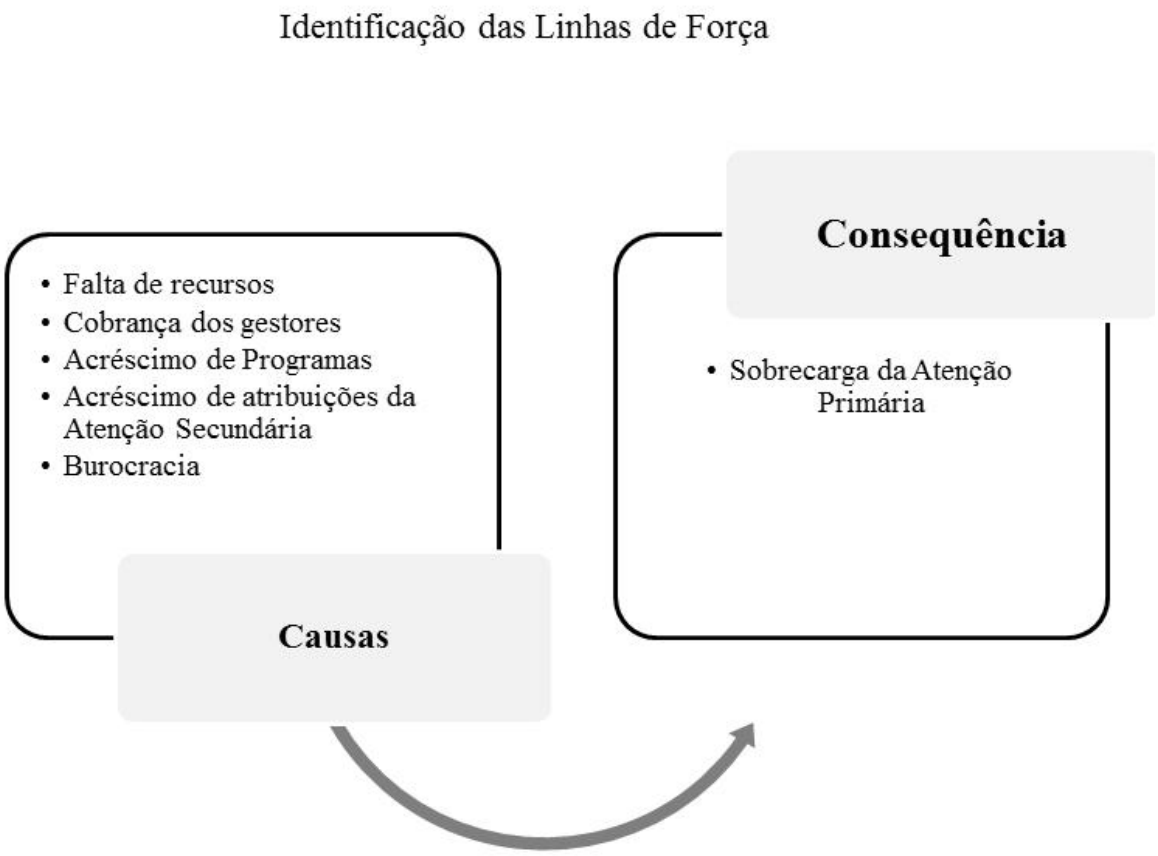

Figura 1 Fluxograma de identificação das linhas de força

As *linhas de forças*, originadas das diferentes sobrecargas, também permitem a individualização das ESFs. Esse fator reforça a subjetividade de cada uma delas, 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:

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

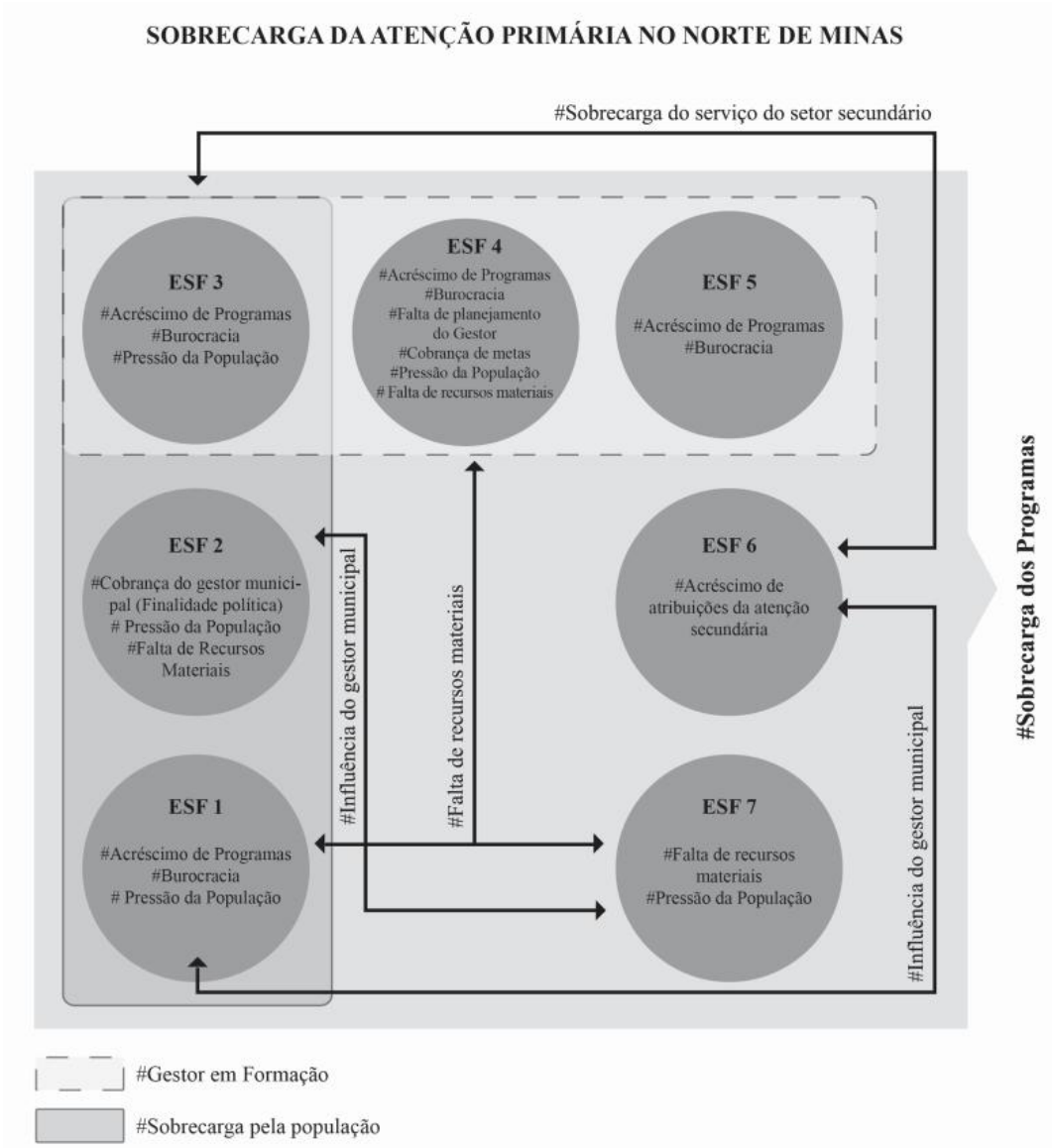

Figura 2. Fluxograma elaborado a partir da análise cartográfica da sobrecarga na APS. Fonte: Pesquisa de Campo, 2013/ 2014

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Os muitos fatores representados no esquema como "burocracia" ou a "sobrecarga pela população" têm a capacidade de afetar algo levando a uma mudança – resultado da ação de uma *linha de força*. Todas as unidades da APS estão no mesmo plano, mas a ação das muitas linhas permite o processo de sua singularizarão, fato dinâmico devido à inter-relação constante das linhas, evidenciando diferentes *subjetividades* (DELEUZE; GUATTARI, 1995; ROLNIK,2014), e *micropolíticas* em cada ambiente, conceitos também observados nos trabalhos de Franco *et al* (2012) e Benet *et al* (2016). As singularidades podem, ainda, ser ilustradas pela observação do meio, 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.

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 eles, o que está associado à imanência também defendida pelos filósofos (DELEUZE; GUATTARI, 1995). 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 "pior" (ZOURABICHVILI, 2009). 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 (MATUMOTO, 2013; CATRIB; OLIVEIRA, 2012).

Sobrecarga de trabalho advinda das hierarquias de poder

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 ESF. 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 delegam mais funções para o enfermeiro, para o agente de saúde, para o médico [...] só delegam 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,*

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

> *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* associada à sobrecarga relacionada às cobranças do gestor municipal, predominantemente quantitativas, com prazos curtos para a 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 gestores e a ESF. Tal forma de estruturação das relações é criticada por Deleuze e Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1995), 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, representado pelas micropolíticas de cada unidade da ESF (GUATTARI; ROLNIK, 2013; GUATTARI, 1992; MERHY, 2012). 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 têm 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*

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

> *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 (GUATTARI, 1992) sobre a valorização do social é um princípio possível de fundamentação dessas falas, que sublinha onde estão os potenciais para mudanças. As muitas linhas que agem sobre cada ESF permitem a criação das individualidades, em que são incorporadas várias características compondo uma originalidade para cada unidade de saúde, gerando uma *micropolítica* nesses espaços (GUATTARI; ROLNIK, 2013).

Pereira (2014), 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 singularidades de cada local, comprometendo 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-se 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 populacional, pois o fazem por meio de imposições danosas. Dessa forma, ficam comprometidas atividades fundamentais e positivas da APS, como prevenção, promoção da saúde, educação em saúde; além disso, 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

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

considerados de forma compartimentada, são tratados o sistema ou aparelho afetado – e não para o *corpo sem órgãos* – que representa o corpo saudável que deve ser assistido antes do seu adoecimento (FERNANDES, 2010; CECCIM; MERHY, 2009).

Em unidades de APS, em que a gestão e as condições de trabalho já apresentam bom funcionamento, começam a surgir funções antes pertencentes ao setor secundário, a exemplo da 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)*

Comparando diferentes equipes, umas mal-estruturadas, com carência de materiais e funcionários, e outras bem estruturadas, com boa disponibilidade de condições de trabalho, é permitido 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 (ZOURABICHVILI, 2009).

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 (MERHY, 2012). Tal característica é observada na ESF por seu caráter rizomático, associado aos muitos afetos relacionados, fazendo com que apareçam novas atribuições dinamicamente, percebidas 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 ESF, o modelo de produção capitalista (DELEUZE; GUATTARI, 1995; ROLNIK, 2014) é observado, uma vez que se estimula, constantemente, o incremento da produtividade relacionado com o acréscimo de

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

atribuições. Isso tem como consequência a insatisfação dos profissionais. 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 a pedra 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 (CAMUS, 2007).

Sobrecarga de trabalho comprometendo o *trabalho vivo*

A sobrecarga está, ainda, associada aos muitos serviços demandados pela população. Foi observado grande número de pacientes para consultas, 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 (2014). *Tecnologias duras* se referem às normas ou equipamentos; as *leves*, a aspectos de inter-relação, como os vínculos criados nos

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

ambientes de trabalhos; e as *leve-duras* são a junção das normas técnicas e das individualidades de cada trabalhador. A grande quantidade de solicitação 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 (FERREIRA et al., 2009; CATRIB; OLIVEIRA, 2012).

Mota *et al*(2011), estudando a atenção ao idoso na ESF, também identificaram considerável sobrecarga dos profissionais associada à demanda dos usuários, o que foi associado à desorganização do trabalho, comprometimento da promoção e prevenção à saúde e à integralidade da assistência.

A priorização do *trabalho morto*, baseado no uso de *tecnologias duras*, é observada 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*, fator que compromete o serviço (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; KAVATA et al., 2011). Ainda que existam a iniciativa e desejo de usar a inventividade particular dos profissionais associados ao território, o *trabalho morto* limita essas ações de reestruturação produtiva (FERREIRA et al., 2009 PEREIRA, 2014), 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)*

O ACS também é sobrecarregado pelo *trabalho morto*, excesso de atividades administrativas que são realizadas dentro da unidade da ESF, como o atendimento na recepção, comprometendo suas atividades no território e uma postura ativa diante do serviço. Tal fato foi evidenciado no estudo de Oliveira Júnior (2012) e pode ser observado na fala:

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

> *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)*

Um fator desafiador na ESF é a carência de recursos materiais, que se verifica nas condições para realizar procedimentos médicos (sonar, estetoscópio, maca), de enfermagem (curativos, retirada de pontos, triagem neonatal) e de serviços de registro (papéis, cadernos, canetas). Tais condições foram também observadas no trabalho de Oliveira *et al*(2008), que estuda unidades de ESF que apresentam condições físicas e estruturais inadequadas, trazendo impacto na qualidade dos atendimentos. Observa-se, ainda, a falta de recursos humanos, o que intensifica a sobrecarga do trabalhador da saúde. Esses fatores apresentados marcam as ESFs incluídas nesta 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 [ACS] é que fazem o caderno, esse caderno de agenda, então é dinheiro deles, que sai do bolso deles [...]. (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* (2011), em estudo acerca das atividades gerais de enfermeiros em ESFs, em João Pessoa/PB, e por Oliveira *et al* (2008), avaliando a prática do acolhimento da APS. Nesses estudos, se nota-se que o uso de protocolos e normas é desvalorizado, o que também compromete os resultados das atividades (MERHY, 2014).

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.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

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 de os 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, estimulando constantes reflexões sobre o trabalho, com a finalidade de possibilitar o incremento da qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

BENET, M.; MERHY, E. E.; PLA, M. Devenir cartógrafa. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Bracelona, v. 16, n. 3, p. 229-243, nov. 2016.

BRASIL. Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. *Saúde da Família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

BRASIL. Ministério da Justiça. *Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012*. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Justiça. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Ministério – Histórico. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/330/historico.html. Acesso em: 15 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006*. Dispõem sobre a composição das equipes da ESF. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006.

CAMUS, A. O mito de Sísifo. In: CAMUS, A. O mito de Sísifo. Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 74-76.

CANADA. Health Canada. Primary health care. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php. Acesso em 15 mar 2013.

CASANOVA. F.; OSORIO, L.C.; DIAS, L.C. Abordagem comunitária: Grupos na Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. *Tratado de medicina de família e comunidade*: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 265-273.

CATRIB, P. R. V. M.; OLIVEIRA, I. C. S. As estratégias da equipe de enfermagem para crianças com doenças transmissíveis. *Texto contexto - enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 103-111, mar. 2012.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CHAVES A.C.C.C.; SILVA V.L.M. Processo de trabalho e produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a realidade de enfermeiras. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 249-264, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed 34, 1995a. v.1.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed 34, 1995b. v.3.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-527, jun. 2010.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-676, jul./set. 2011.

FERNANDES, S.C.A. *As práticas educativas na saúde da família*: uma cartografia simbólica. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FRANCO T.B.; FRANCO C.M.; 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*, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012.

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, p. 951-963, mai 2006.

GRA-BRETANHA. National Health Service. About the National Health Service. Disponível em: http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx. Acesso em: 14 mar 2013.

GUATTARI, F. *Caosmose*: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed 34; 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

GUSSO, G. D. F. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, São Paulo, v. 6, n. 19, p. 97-101, set. 2011.

KAWATA, L. S. et al . Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 349-355, abr. 2011.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M.A.S. Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MATUMOTO, S. et al. Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. *Texto contexto - enferm*., Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 318-326, abr./jun. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, jun. 2012.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, Apr. 2011.

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, p. 749-762, Dec. 2008 .

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

OLIVEIRA JUNIOR, J.G. *Agentes comunitários de saúde*: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na estratégia saúde da família. 2012. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 237-246, ago. 2008.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PEREIRA, P.B.A. *Atenção domiciliar e a produção do cuidado*: apostas e desafios atuais. 2014. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2014.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicol. Soc* ., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, maio/ago. 2009.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, mai. 2012.

SILVA C.C.S.; RODRIGUES L.M.C.; SILVA V.K.B.A.; SILVA A.C.O.; SILVA V.L.A.; MARTINS M.O.; Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba - *Brasil. Rev Eletrônica Enferm*, Goiânia, v.15, n. 1, p. 205-214, jan/mar, 2013.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Editora Unesco, 2004.

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, p. 507-514, jun. 2005.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

ZOURABICHVILI, F. *O Vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Editora Sinergia - Relume Dumará; 2009.