**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

FLAVIA CRISTINA VOLPATO

**Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia
Saúde da Família**

**Ribeirão Preto
2014**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

FLAVIA CRISTINA VOLPATO

**Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle
Rocha

**Ribeirão Preto
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Volpato, Flavia Cristina

Estudo de alguns fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família / Flavia Cristina Volpato. – Ribeirão Preto: [s.n.] 2014.

92p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

1. Atenção Básica 2. Estratégia Saúde da Família 3. Sistema Único de Saúde
I. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

VOLPATO, Flavia Cristina. **Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

FLAVIA CRISTINA VOLPATO

DADOS CURRICULARES

Nascimento: 10/11/1980 – Indaiaporã / SP

Filiação: Flavio Volpato;
Eva Oliveira dos Santos

FORMAÇÃO ACADÊMICA

2001-2007: Curso de Graduação
Faculdade de Odontologia de Araraquara
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

2008-2010: Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de São Carlos

2011-2014: Curso de Pós-Graduação Saúde na Comunidade do
Departamento de Medicina Social, nível Mestrado, Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

ASSOCIAÇÕES

Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas - APCD

Sociedade Brasileira de Pesquisa em Odontologia - SBPqO

International Association for Dental Research – IADR

DEDICATÓRIAS

Compreenda que a satisfação completa não existe!

Se você acha que é possível ter uma vida perfeita, viverá em eterna frustração. Altos e baixos, alegria e tristeza, entusiasmo e decepção são partes integrantes da nossa existência. Lute sempre para melhorar e alegre-se com suas conquistas.

"Nada a temer senão o correr da luta
Nada a fazer senão esquecer o medo..."

Para frente, que o que tem que ser tem força!

Milton Nascimento

Dedico este trabalho...

Primeiramente a **Deus**, pela vida, pelos meus familiares e amigos. Pela Luz que se faz presente em meu caminho e por toda Sabedoria que me permitiu tomar decisões acertadas. Agradeço pela presença incondicional em minha vida, que tanto me sustentou nos momentos de incertezas. Agradeço por colocar tantas pessoas boas em meu caminho. Agradeço pela família linda que tenho e por todas as oportunidades que tem me dado. Agradeço por ter colocado este sonho em meu coração. Agradeço, sobretudo, pela oportunidade de estar nesse mundo aprendendo e ajudando ao próximo.

Ao meu querido esposo **Fabiano Jeremias**, Pelo incentivo constante para seguir a carreira acadêmica. Por todo suporte que me possibilitou superar diversas dificuldades, sendo sempre meu eterno incentivador. Agradeço pelas palavras positivas que sempre me faz crer que eu posso ir além. Agradeço por cuidar tão bem do nosso pequeno Lucas. MUITO OBRIGADA!!! AMO VOCÊ!!! Agradeço pelo amor, dedicação e por se fazer sempre presente.

Ao meu querido filho **Lucas**, um verdadeiro presente de Deus, que enche a casa de alegria e que me faz seguir em frente de cabeça erguida, buscando um futuro melhor para todos nós. Meu filho querido... Agradeço pelo seu sorriso contagiante, pelo seu olhar expressivo, pelo seu abraço apertado, pelos seus gestos de carinho, pelas horas de brincadeira. Você tornou a minha vida mais leve e cheia de luz... Muito obrigada por ser meu filho !!!

Aos meus queridos pais **Flavio Volpato e Eva Oliveira dos Santos**. Dedico esta Dissertação de Mestrado a vocês, que me deram a minha vida. Agradeço pelo exemplo de caráter, dignidade, honestidade e humildade. Minha felicidade não se realizaria sem a participação de vocês. Obrigado por acreditarem em mim, sempre me apoiando para que eu pudesse atingir meus objetivos.

Aos meus irmãos e suas famílias: **Alan e Sandra e Junior, Aline e Gustavo**. Agradeço pelo amor fraterno, pela torcida, pela amizade e união, mesmo que à distância.

A minha querida **Tia Marinês** e meus primos **Natália e Julio**. Agradeço pelo amor fraterno, pela torcida, pela amizade e união, mesmo que à distância.

Aos meus queridos avós (de coração) **Vita e Amadeu**. Por todos os ensinamentos, pelo amor incondicional, pelos abraços fortes, pelas palavras doces que tanto me alimentaram, e pelas orações.

Aos queridos amigos, em especial **Juliana dos Reis Derceli, Felipe Butignoli Pelegrine, Luciana Pereira da Silva, Lidiane Marcela de Almeida, Andrea Gonçalves, Fernanda Lopez Rosell e Edneide Ferreira**, obrigada pelo apoio fraterno, compreensão nos momentos difíceis e pelos ensinamentos oferecidos.

Agradecimento especial ao meu esposo Fabiano Jeremias por me apoiar durante a formatação desta tese de mestrado.

Ao **Prof. Dr. Aylton Valsecki Junior**. Por me apresentar as Ciências Sociais, por me mostrar no primeiro ano de faculdade que eu não era uma “A”luna, por me incentivar a seguir adiante no SUS. Pela luta pela saúde pública. Agradeço pelas palavras sábias, pela paciência e pelos ensinamentos.

A **Profª. Drª. Fernanda Lopez Rosell**. Pelo incentivo para seguir a carreira acadêmica. Agradeço pela amizade, pelos aconselhamentos, por acreditar em meu potencial, pelo exemplo de simplicidade e valorização da vida.

A meu orientador **Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha**. Pelas orientações valiosas, paciência e confiança mesmo nos períodos mais difíceis. Muito obrigado pelo apoio, respeito e incentivo.

*A todos que acreditam e lutam por um
Sistema Único de Saúde digno e público.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

"A gratidão tem três formas: um sentimento no coração, uma expressão em palavras e uma dádiva em retorno".

[George Herbert]

A **Universidade de São Paulo – USP**, na pessoa de seu Magnífico Reitor Prof. Dr. Marco Antonio Zago.

A **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP**, da Universidade de São Paulo – USP, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr Carlos Gilberto Carlotti Jr.

Ao **Departamento de Medicina Social** da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP, representado pelo chefe, Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade** coordenado pelo Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez.

Aos meus ex-orientadores da FOAr-UNESP e sempre amigos, **Prof. Dr. Marcelo Gonçalves, Prof^a. Dr^a. Andrea Gonçalves, Prof^a. Dr^a. Camila Pinelli, Prof. Dr. Aylton Valsecki Junior, Prof^a. Dr^a. Fernanda Lopez Rosell, Prof. Dr. José Eduardo César Sampaio**, que fizeram de uma simples orientação acadêmica, uma grande e importante amizade.

Aos funcionários da Seção de Pós-graduação, **Paula e Sérgio** por toda presteza, atenção, paciência e amizade.

As queridas amigas do curso de Mestrado, **Carolina Carneiro e Marilaine Balestrim** pela valiosa amizade, pela ajuda e pelo convívio agradável ao longo de todo esse período.

Aos colegas do curso de **pós-graduação em Saúde na Comunidade** - pela amizade, respeito e apoio recíprocos.

Aos trabalhadores das **Unidades de Saúde da Família de Araraquara**.

A **Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro – SP**, especialmente o Departamento de Atenção Básica e o Diretor de Saúde Bucal Dr. Sérgio Ciantelli, pela liberação em dias de trabalho para que esta dissertação pudesse ser concluída.

Aos amigos da USF Terra Nova – Rio Claro, SP. Especialmente **Patrícia Cappabianco e Maria Cristina Pereira da Silva**, por tornarem os dias de trabalho mais leves, engraçados e estimulantes.

A família **Jeremias** que sempre vibrou com minhas conquistas, incentivando sempre o meu crescimento profissional.

Aos **voluntários da pesquisa**, que permitiram a realização do estudo, meus sinceros agradecimentos por possibilitarem a concretização desta investigação.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela bolsa concedida para realização de estudos no Brasil.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

VOLPATO, F.C. **Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2014.

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência, porém há uma discrepância entre a concepção da Atenção Básica no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais. Partindo desses pressupostos, os objetivos deste estudo foram: avaliar fatores capazes de interferir limitando ou potencializando o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, no município de Araraquara, SP; caracterizar o perfil dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e caracterizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, segundo a perspectiva de profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros. Para isso, foi utilizado o método do estudo de caso, com coleta de dados através de entrevista semi-estruturada. O município de Araraquara conta com 17 unidades de saúde da família, onde estão inseridas 25 equipes de saúde e 14 equipes de saúde bucal, totalizando 64 profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros. O estudo foi realizado com 28 profissionais, que responderam a uma entrevista realizada na unidade de saúde. As entrevistas foram realizadas nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Os profissionais eram, na maioria, do sexo feminino, variando entre a faixa etária de 26 a 55 anos. O tempo de formado variou na faixa de 11 a 30 anos, sendo que a maioria trabalha no SUS a um período de tempo que varia de 11 a 25 anos. A maioria realizou curso de especialização na área sendo 32% especialistas na área de saúde da família e comunidade. A jornada de trabalho semanal é de 40 horas e a maioria dedica-se exclusivamente ao trabalho na ESF. Os profissionais são contratados por meio de concurso público e participaram de um processo seletivo interno para trabalharem na ESF. Em relação ao processo de trabalho das equipes, identificou-se que as equipes são multiprofissionais, trabalham com território definido e os planejamentos e avaliações são realizados nas reuniões de equipe. As equipes têm dificuldade de realizar o diagnóstico da situação territorial e não utilizam dados epidemiológicos do território para organizarem suas ações. As avaliações das ações são realizadas pelo instrumento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. As ações desenvolvidas estão relacionadas ao atendimento clínico individual, acolhimento, visitas domiciliares, grupos coletivos de orientação, atividades de educação permanente e atividades burocráticas. A coordenação da USF é realizada pela enfermeira e há um gestor de território que faz a articulação das USF com a Secretaria Municipal de Saúde. Em relação aos fatores que potencializam o processo de implementação da ESF em Araraquara, foram identificados fatores relacionados a: infraestrutura física e condições de trabalho, especificamente reforma, ampliação e construção de USF demonstrando o

investimento do município, na melhoria das condições de trabalho e ampliação da cobertura da população; atuação de profissionais especialistas na área de saúde da família e comunidade ou áreas afins; realização do curso introdutório e das atividades de educação permanente; matriciamento do NASF melhorando a resolutividade na própria USF; sistema referência e contra-referência, na saúde bucal, favorecendo tanto a resolutividade dos casos quanto a longitudinalidade do cuidado através da rede de apoio. Em relação aos limitantes do processo de implementação da ESF, foram identificados fatores relacionados a: falta de materiais de consumo e de medicamentos insuficiência de equipamentos, falta de planejamento de manutenção preventiva de equipamentos; discrepância entre quantidade de equipes de saúde da família e quantidade de equipes de saúde bucal; falta de atividades de capacitação profissional, educação permanente não significativa; atenção secundária deficiente; ausência de contra-referência; processo de trabalho médico-centrado; dificuldade de planejamento baseado em dados epidemiológicos; deficiência da participação popular nos processos decisórios das equipes.

Palavras chave: Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

VOLPATO, F.C. **Study of factors affecting the implementation of the Family Health Strategy** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2014.

Family Health Strategy has emerged as a new strategy for health care and reorganization of the care model, but there is a discrepancy between the conception of primary care in the design of national policy and its expression in local realities. Based on these assumptions, the aim of this study were to assess factors that can affect limiting or enhancing the implementation process of the Family Health Strategy, in the city of Araraquara, SP; characterize the profile of professionals who make up the family health teams and characterize the working process of family health teams, from the perspective of physicians, dentists and nurses. For this method, the case study was used to collect data through semi-structured interviews. The city of Araraquara has 17 family health centers, which are located 25 health teams and 14 oral health teams, totaling 64 doctors, dentists and nurses. The study was conducted with 28 professionals, who responded to an interview at the health unit. The interviews were conducted in the months of December 2013 and January 2014. The professionals were mostly female, ranging between the age group 26-55 years. The time varied formed in the range of 11 to 30 years, most of which work on the SUS a period of time ranging from 11 to 25 years. The majority held specialization course in the area being 32% specialists in family health and community. The working week is 40 hours and the majority is dedicated exclusively to work in the ESF. Professionals are hired through public competition and participated in an internal selection process to work in the ESF. Regarding the team work process, it was identified that teams are multidisciplinary, working with defined territory and the plans and evaluations are conducted at staff meetings. Teams have difficulty in making the diagnosis of territorial situation and not using epidemiological data from the territory to organize their actions. Share valuations are performed by the instrument Improvement Program Access and Quality. Actions developed are related to individual clinical care, hospitality, home visits, collective orientation groups, continuing education activities and bureaucratic activities. The coordination of USF is performed by the nurse manager and there is a territory which is the articulation of USF with the Municipal Health. Regarding the factors that enhance the process of implementation of ESF in Araraquara, factors were identified: physical infrastructure and working conditions, specifically renovation, expansion and construction of USF demonstrating the investment of the municipality, the improvement of working conditions and expansion coverage of the population; action of specialists in the area of family health and community or related areas; completion of the introductory course and continuing education activities; matricial the NASF improving the resolution in the USF own; reference and counter-reference system,

oral health, both favoring the resolution of cases as longitudinality care through the support network. Regarding limiting the implementation of the ESF process, factors were identified: lack of consumables and medicines insufficient equipment, lack of planning preventive maintenance of equipment; discrepancy between the amount of family health teams and amount of oral health teams; lack of professional training, continuing education activities not significant; poor secondary care; absence of counter-reference; Work-centered medical procedure; difficulty of planning based on epidemiological data; disabled people's participation in decision-making teams.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Single Health System

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados, segundo categoria profissional, profissionais convidados a participar da pesquisa e voluntários. Araraquara, 2014.....	42
Tabela 2.	Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e sexo. Araraquara, 2014.....	43
Tabela 3.	Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e faixa etária. Araraquara, 2014..	44
Tabela 4.	Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e tempo de formado. Araraquara, 2014.....	44
Tabela 5.	Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e tempo de trabalho no SUS. Araraquara, 2014.....	45
Tabela 6.	Distribuição da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional e tempo de trabalho na ESF. Araraquara, 2014.....	46
Tabela 7.	Distribuição da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional e tempo de inserção na equipe. Araraquara, 2014....	47
Tabela 8.	Distribuição da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional e formação complementar. Araraquara, 2014.....	48
Tabela 9.	Distribuições da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional, tempo de trabalho semanal, vínculo empregatício, forma de contratação, seleção para ESF e dedicação. Araraquara, 2014.....	50

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. PROPOSIÇÃO.....	27
3. MATERIAL E MÉTODO.....	31
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
3.1.1 Tipo de estudo.....	33
3.1.2 O MÉTODO.....	33
3.1.3 Local do estudo.....	34
3.1.4 Aspectos Éticos.....	35
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	35
3.3 COLETA DE DADOS.....	36
3.3.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	36
3.3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1 Impressões do Trabalho de Campo.....	41
4.2 Caracterização dos Profissionais.....	42
4.3 Potencialidades e Limitações da ESF.....	50
4.3.1 Infraestrutura física e Condições de trabalho.....	50
4.3.2 A Equipe de Saúde da Família.....	52
4.3.3 Da Capacitação Profissional a Educação Permanente.....	53
4.3.4 A ESF e a Rede de Apoio e Referência.....	54
4.3.5 A ESF e a Relação com a Gestão.....	55
4.3.6 O Processo de Trabalho das Equipes.....	55
5. CONCLUSÃO.....	63

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
7. REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	81
ANEXOS.....	87

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Em 1978, na Conferência em Alma Ata, uma proposta internacional, no tocante à saúde mundial, emergiu como sendo a chave para se atingir a meta dos governos, organizações internacionais e comunidade mundial, para se obter melhor qualidade de vida: a Atenção Primária à Saúde (APS) (Starfield, 2004). A APS passou a ser conceituada como a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceita; além de tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias, na comunidade, por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1979).

Em 1986, o Brasil realizou sua 8ª Conferência Nacional de Saúde, coroando o movimento da Reforma Sanitária, que se iniciou na década anterior, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conceituando a saúde de forma ampliada e demarcando o início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, outros encontros internacionais, tais como as conferências de Ottawa, em 1986, e de Bogotá, em 1992, marcaram o fim do século XX, ambas trazendo, como marco principal, a “saúde para todos” como direito fundamental do ser humano (Brasil, 1996).

No Brasil ocorreu um conjunto de reformas administrativas, políticas e organizativas, dentro do campo das políticas públicas de saúde no país, avançando muito nos aspectos relativos à legislação (Raggio et al., 1996). Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como objetivos a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação. Baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido.

Desde sua criação em 1994 como um programa, a ESF evoluiu dessa condição, passando a assumir o status de uma política nacional que vem se

estendendo por todo o território brasileiro. Esta foi a primeira política específica de atenção primária de abrangência nacional formulada no país (Silva e Dalmaso, 2002).

Nesta direção, a Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011) reforça os objetivos da ESF, quando explicita, mais uma vez as responsabilidades sanitárias no conjunto do sistema: (a) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; (b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; (c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; (d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; (e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e (f) estimular a participação popular e o controle social (Brasil, 2011).

No ano de 2010, a Estratégia apresentava 31,6 mil equipes distribuídas em 5.294 municípios, com uma cobertura estimada de 52,2% da população (IPEA, 2012). Porém, o crescimento do número de equipes não significa que esteja havendo uma mudança ou transformação do modo de se produzir o cuidado em saúde, ou seja, não significa que esteja ocorrendo uma alteração das formas tradicionais de atenção à saúde.

Segundo Rosa e Labate (2005), a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, a ESF propõe um serviço de saúde organizado, centrado no usuário e partindo dos princípios de atendimento de todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal, e atenção integral ao indivíduo. Além disso, assegura a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade,

reorganizando o processo de trabalho por meio do deslocamento de seu eixo central para uma equipe acolhedora multiprofissional, o que qualifica a relação entre o profissional e o usuário por meio de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco et al, 1999).

A necessidade da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e integralidade requer a implementação de diferentes modalidades assistenciais. Assim, existe a necessidade da reestruturação do planejamento de recursos humanos tanto em aspectos quantitativos quanto qualitativos objetivando mudanças de consciência e de práticas (Frazão, 1994). Ainda relativo aos recursos humanos, no que diz respeito às relações de trabalho do profissional com o município, fato ainda comum é a contratação de profissionais sem critérios, o que propicia práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais, ou até mesmo inexistentes em alguns casos (Carvalho e Girardi, 2002).

A ESF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção primária à saúde. Moysés e Silveira Filho (2002) acreditam que a inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma.

Os profissionais integrantes das equipes, além da capacidade técnica, precisam se identificar com uma proposta de trabalho que demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários. Para isso, faz-se necessário uma mudança estrutural na formação e nas práticas, que deve ser iniciada nos centros formadores (Brasil, 1996), sendo norteadas por valores humanísticos que conduzam efetivamente ao compromisso com o atendimento das necessidades da população (Volpi, 1996; Unfer, 2000; Viana e Dal Poz, 1998).

Mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e com sua rápida expansão por todo o país, impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde, isso não implica, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial (Trad e Bastos, 1998). Segundo Machado et al. (2008), há uma discrepância entre a concepção da Atenção Básica no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades

locais, sendo necessário compreender a configuração da Atenção Básica e da ESF, as condições de sua inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde.

Portanto, diante da expressividade com que a incorporação de as equipes de saúde da família tem se expandido por todo o país, pelo fato da estratégia ter se tornado a principal maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades da população; pela possibilidade de reorganizar as ações em saúde a partir da concepção ampla do processo saúde-doença, baseado na promoção, prevenção e assistência à saúde, e pela necessidade de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, o intuito deste estudo foi avaliar os fatores que interferem na implementação dessa estratégia que carrega o desafio de romper com práticas sedimentadas, ainda hegemônicas na formação e nos serviços.

2. PROPOSIÇÃO

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo geral deste estudo foi avaliar fatores capazes de interferir limitando ou potencializando o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, no município de Araraquara – SP.

Os objetivos específicos deste estudo foram:

1. Caracterizar o perfil dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família de Araraquara, SP;
2. Caracterizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, segundo a perspectiva de profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros;

3. MATERIAL E MÉTODO

Poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para ir embora daqui?"

"Depende bastante de para onde quer ir", respondeu o Gato.

"Não me importa muito para onde...", disse Alice.

"Então não importa que caminho tome", disse o Gato.

"Contanto que eu chegue em algum lugar", Alice acrescentou a guisa de explicação. "Oh, isso você certamente vai conseguir", afirmou o Gato, "desde que ande o bastante."

(Carroll, 2002)

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

3.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, baseado na integração entre os recursos analíticos da pesquisa qualitativa, associados ao método quantitativo, utilizando-se dados primários. É uma pesquisa social mais aprofundada, sendo o referencial quantitativo insuficiente para revelar a abordagem da realidade somente com números. Dessa forma, será realizada uma integração entre os recursos analíticos da pesquisa qualitativa associados ao método quantitativo para que os significados da atividade humana em seu contexto histórico-social possam ser manifestados.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, contendo perguntas abertas e fechadas.

3.1.2 O MÉTODO

Segundo Minayo (2010), métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir que o pesquisador aprofunde sua pergunta central e suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental.

Becker (1999) propõe que cada pesquisador deveria ser seu próprio teórico e seu próprio metodólogo, tendo liberdade para inventar os métodos adequados às pesquisas que estejam desenvolvendo, e afirma que, se é verdadeiro afirmar que a falta de rigor metodológico é prejudicial à produção do conhecimento científico, também é prejudicial restringi-lo a artifícios técnicos e instrumentais que antecedem a própria pesquisa.

Neste estudo optou-se pelo estudo de caso, pois tratou-se de uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real (Yin, 2005). Lüdke, & André (1986) destacam a ênfase do estudo de caso na interpretação em contexto, buscando retratar a realidade de forma completa e profunda.

Foi utilizada a entrevista, com o objetivo de investigar o entendimento/percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho que desenvolvem no dia a dia das USF e a partir daí, tentar identificar fatores que potencializam ou limitam a implementação da ESF no município. Os fatores observados foram os fornecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria GM 2488/11 (BRASIL, 2011):

- A. Infraestrutura e funcionamento das USF
- B. Presença de equipes multiprofissionais;
- C. Sistema de Referência e Contra-referência;
- D. Educação Permanente das Equipes;
- E. Processo de Trabalho das Equipes.

3.1.2 Local do estudo

A cidade de Araraquara localiza-se no centro do Estado de São Paulo e apresenta população estimada de aproximadamente 205 mil pessoas. Araraquara é considerada uma cidade de destaque nos cenários regional e nacional, principalmente por apresentar elevado Índice de Desenvolvimento Humano (0,830). (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2014)

Compõe a Divisão Regional de Saúde III juntamente com mais 23 cidades. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014.) A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está organizada sob a forma de coordenações executivas: Coordenação Executiva de Assuntos Administrativos, Coordenação Executiva de Vigilância em Saúde, Coordenação Executiva de Avaliação e Controle, Coordenação Executiva de Administração Hospitalar, Coordenação Executiva de Assistência Especializada, Coordenação Executiva de Urgência e Emergência, Coordenação Executiva de

Ouvidoria, Coordenação Executiva de Saúde Bucal e Coordenação Executiva de Atenção Básica.

A Coordenação de Atenção Básica está subdividida em Gerência de Atenção Básica, Gerência de Assistência Farmacêutica, Gerência de PSF e Gerência de Pesquisa, Planejamento e Informação.

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) do referido município.

3.1.3 Aspectos Éticos

As questões éticas foram norteadas pelos princípios éticos da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O referido projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP/CSE-FMRP-USP, parecer nº 577.002, CAAE: 19839514.4.0000.5414 (Anexo A).

Com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde os profissionais das equipes foram contatados e visitados. Após explicar, de maneira acessível, os objetivos da pesquisa, e obtendo sua aprovação, os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo compreendeu profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos integrantes das equipes de referência que trabalham nas Unidades de Saúde da Família de Araraquara, SP.

Por meio de uma relação obtida da secretaria municipal de saúde (anexo 3), e por contato direto com o gerente de educação permanente, concluiu-se que o total

de profissionais de saúde (médicos, odontólogos e enfermeiros) que atuavam nas equipes de referência em USF, na cidade de Araraquara, no ano de 2013, era de 64:

- 17 USF – 25 Equipes de Saúde da Família - 14 Equipes de Saúde Bucal - 64 profissionais:
 - 25 médicos (1 por equipe de referência);
 - 14 odontólogos (1 por equipe de saúde bucal);
 - 25 enfermeiros (1 por equipe de referência);

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de entrevista semi-estruturada.

3.3.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Foi elaborado um roteiro (Apêndice B) contendo questões que englobavam variáveis que definiram os objetivos da pesquisa.

O roteiro foi utilizado para coletar dados a partir da perspectiva dos profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros e continha perguntas abertas e fechadas, tomando como referência variáveis como: relação entre a USF e a Coordenação/Gestão, o contexto do trabalho nas USF (condições de trabalho, organização e relações sócio-profissionais, recursos humanos, infraestrutura), processo de trabalho da equipe e dados pessoais e profissionais.

3.3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi organizada em três partes: na primeira, foi feito o levantamento das Unidades de Saúde da Família, junto a Gerência de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara.

Realizada a listagem das Unidades, a segunda parte do trabalho foi iniciada com a localização e visita, posteriormente a um agendamento, para apresentação do projeto de pesquisa e agendamento das entrevistas.

A terceira parte consistiu na realização das entrevistas (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas em dezembro de 2013 e janeiro de 2014, pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde da Família e registradas de próprio punho, pela pesquisadora, no ato.

3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis, sexo, idade, tempo de trabalho, tempo de inserção, formação complementar, jornada de trabalho, forma de contratação e tipo de dedicação foram tabuladas e receberam tratamento estatístico com análise descritiva da frequência simples pelo programa *Special Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

Os dados obtidos por meio das questões abertas foram analisados com o método da Análise de Conteúdo do tipo temática estrutural (Bardin, 1995). A análise de conteúdo não se trata de um instrumento de análise, mas é formada por um conjunto de técnicas, marcadas por variadas formas adaptáveis de análise das comunicações. Permite a investigação por meio da descrição objetiva, sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por finalidade a interpretação. Ou seja, trata-se do desvendamento de significações de diferentes tipos de discursos, baseando-se na inferência ou dedução, respeitando critérios específicos propiciadores de dados em estruturas temáticas (Bardin, 1995).

Após coletados os dados, foi realizada a pré-análise do material. O primeiro passo foi realizar a leitura de todas as respostas de todas as questões das entrevistas com o objetivo de delimitar quais eram as respostas para cada uma das questões apresentadas.

O segundo passo foi demarcar o que seria analisado, ou seja, foi feita a escolha dos documentos estabelecendo o corpus da análise. Após a leitura das

respostas, foram elaborados documentos com as respostas de cada entrevistado para cada pergunta, ou seja, foram elaborados 17 documentos (1 para cada questão da entrevista), contendo 28 respostas (total de entrevistados) cada um, favorecendo uma melhor análise das respostas referentes a cada questão.

Preparados os documentos, foram estabelecidos índices para cada uma das questões, e em seguida definiu-se as unidades de registro (algumas palavras) e as unidades de contexto (alguns trechos). Após isso, foi definido que as categorias de análise seriam os aspectos/índices que se destacaram pela repetição e/ou pela intensidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 28 profissionais, sendo médicos, odontólogos e enfermeiros, que compõem as equipes de saúde da família de Araraquara, SP.

Conforme os objetivos do estudo, que são: avaliar os fatores capazes de interferir limitando ou potencializando o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, no município de Araraquara, SP; caracterizar o perfil dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família de Araraquara, SP e caracterizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, segundo a perspectiva de profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros, organizamos este capítulo em três partes, para melhor abordar a discussão.

A primeira parte explicitou as dificuldades do trabalho de campo. A segunda parte caracterizou o perfil dos profissionais entrevistados. A terceira parte referiu-se a caracterização do processo de trabalho das equipes e foi subdividido em infraestrutura, funcionamento, educação permanente, processo de trabalho, atribuições específicas e atribuições comuns.

4.1 Impressões do Trabalho de Campo

Era prevista uma certa rapidez para a realização das entrevistas devido á falta de tempo dos profissionais, visto que as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho nas USF, porém isso não aconteceu. As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas num período de 40 a 60 minutos.

A maior dificuldade do trabalho de campo foi a adesão dos profissionais a pesquisa. Como se pode observar na tabela 1, 64 profissionais que atuam nas equipes de saúde da família foram convidados a participar da pesquisa.

A taxa de recusa em participar da pesquisa foi de 56,25%. Mesmo após explicada a natureza do projeto e seus objetivos, alguns justificavam a não participação dizendo que em Araraquara a ESF já estava implantada, outros

questionavam se estariam sendo avaliados pela Secretaria de Saúde ou simplesmente se eram obrigados a participar.

Tabela 1. Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados, segundo categoria profissional, profissionais convidados a participar da pesquisa e voluntários. Araraquara, 2014.

Categoria Profissional	Profissionais	
	Convidados	Voluntários
	n	n
Médico	25	07
Odontólogo	14	07
Enfermeiro	25	14
Total	64	28

Um fato interessante de se abordar é que, em alguns casos, a acolhida a entrevistadora foi feita com indiferença pela coordenadora da USF, porém quando se abordava sobre titularidade, mudava-se o tratamento. Este fato alerta para a necessidade das equipes estarem em contato com uma rede de ensino-aprendizagem, talvez uma parceria entre a Secretaria de Saúde e a Universidade, como existe em outros municípios de forma que os trabalhadores percebam a riqueza da existência da troca de saberes entre os atores envolvidos que de alguma forma pode favorecer a realização do trabalho cotidiano, seja pelo estímulo as novas ideias, seja por um processo de auto-avaliação do trabalho que é realizado.

O trabalho de campo teve duração de 02 meses, sendo as entrevistas agendadas segundo a disponibilidade dos profissionais.

4.2 Caracterização dos Profissionais

Examinando a tabela referente à caracterização dos profissionais segundo categoria profissional e sexo, é possível observar que, do total entrevistado, 21

(75%) eram do sexo feminino, sendo que 7 (25%) eram odontólogas e 14 (75%) eram enfermeiras. Todos os homens (7) eram médicos.

Tabela 2. Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e sexo. Araraquara, 2014.

Sexo	Categoria Profissional			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
Masculino	7	-	-	7	25
Feminino	-	7	14	21	75
Total	7	7	14	28	100

Segundo a tabela 3, referente à caracterização dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e faixa etária, a maior concentração de profissionais apresenta faixa etária de 46 a 55 anos (36%), sendo as odontólogas em maior número (5). A maior concentração de médicos (3) e enfermeiras (6) pode ser observada na faixa etária de 26 a 35 anos.

Tabela 3. Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e faixa etária. Araraquara, 2014.

Faixa etária (anos)	Categoria Profissional			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
Não respondeu	1	-	-	1	3,5
26 - 35	3	-	6	9	32
36 - 45	-	-	4	4	14
46 - 55	1	5	4	10	36
56 - 65	1	2	-	3	11
66 - +	1	-	-	1	3,5
Total	7	7	14	28	100

Tabela 4. Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e tempo de formado. Araraquara, 2014.

Tempo de Formado (anos)	Categoria Profissional			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
≤10	4	-	5	9	32,0
11 – 20	-	-	4	4	14,0
21 – 30	2	4	5	11	39,5
31 – 40	-	3	-	3	11,0
41 - +	1	-	-	1	3,5
Total	7	7	14	28	100,0

Ainda sobre a caracterização dos profissionais, pode-se observar na tabela 4 que a maior concentração dos médicos (4) apresentou tempo de formado de até 10 anos. A maior concentração de profissionais (39,5%) apresentou tempo de formado entre 21 e 30 anos, sendo que a maior parte desses profissionais eram enfermeiros (5) e odontólogos (4).

Examinando a tabela referente à caracterização dos profissionais segundo categoria profissional e tempo de trabalho no SUS (tabela 5), foi observado que a maior concentração de profissionais (28,6%) apresenta tempo de trabalho no SUS variando de 21 a 25 anos, sendo que a maior parte desses profissionais era odontólogo (6). A maior concentração de profissionais enfermeiros (5) apresentou tempo de trabalho no SUS variando entre 6 e 10 anos e grande parte dos médicos (3) apresentou tempo de trabalho no SUS de até cinco anos.

Tabela 5. Distribuição da frequência dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e tempo de trabalho no SUS. Araraquara, 2014.

Tempo de Trabalho no SUS (anos)	Categoria Profissional			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
≤ 5	3	-	3	6	21,4
6 – 10	2	-	3	5	17,8
11 – 15	1	-	5	6	21,4
16 – 20	1	1	1	3	10,8
21 - 25	-	6	2	8	28,6
Total	7	7	14	28	100,0

Analisando a relação entre tempo de trabalho na estratégia saúde da família e a categoria profissional, foi encontrado, conforme consta na tabela 6, que a maior concentração dos entrevistados (60,7%) trabalhava na estratégia saúde da família

num período de tempo de até cinco anos, sendo a maior parte desses profissionais enfermeiros (11). A maior concentração de profissionais odontólogos (4) apresentou o tempo de trabalho na ESF de 06 a 10 anos.

Tabela 6. Distribuição da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional e tempo de trabalho na ESF. Araraquara, 2014.

Tempo de Trabalho na ESF (anos)	Categoria Profissional			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
≤ 5	3	3	11	17	60,7
6 – 10	2	4	2	8	28,6
11 – 15	2	-	1	3	10,7
Total	7	7	14	28	100,0

Segundo a tabela 7, referente à caracterização dos entrevistados segundo a categoria profissional e o tempo de inserção na equipe, a maior concentração de profissionais (57%) estava inserida na equipe num período de tempo de 2 a 5 anos. Nesse mesmo período de tempo de inserção na equipe (2 a 5 anos), concentrou-se o maior número de enfermeiros (11). A maior concentração dos profissionais médicos (3) apresentou tempo de inserção na equipe de até 5 anos. A categoria dos profissionais odontólogos apresentou maior concentração de profissionais (4) inseridos nas equipes por um período de 6 a 10 anos.

Tabela 7. Distribuição da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional e tempo de inserção na equipe. Araraquara, 2014.

Tempo de Inserção na Equipe (anos)	Profissão			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
≤ 1	4	-	3	7	25
2 – 5	2	3	11	16	57
6 – 10	1	4	-	5	18
Total	7	7	14	28	100

Em relação à caracterização dos profissionais entrevistados segundo categoria profissional e formação complementar, observou-se, conforme mostra a tabela 8, que a maior concentração dos profissionais (32%) realizou ou está realizando pós-graduação em saúde da família e comunidade. Cerca de 30% dos profissionais entrevistados apresenta curso de pós-graduação em outras áreas. A maior concentração de médicos (43%) e odontólogos (43%) apresenta curso de pós-graduação em saúde da família e comunidade.

A necessidade de realizar curso de pós-graduação para atuar na ESF pode ser explicada pelo fato da formação recebida durante a graduação não preparar os profissionais para atuar na lógica da ESF (Trad et al., 2011).

Tabela 8. Distribuição da frequência dos entrevistados segundo categoria profissional e formação complementar. Araraquara, 2014.

Formação Complementar	Categoria Profissional			Total	
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	n	%
Não respondeu	-	-	1	1	3,5
Saúde pública	-	-	2	2	7,0
Saúde coletiva	-	1	-	1	3,5
Saúde da família e comunidade	3	3	3	9	32,0
Saúde na comunidade	1	-	-	1	3,5
Atenção básica, gestão em saúde e saúde da família	1	-	-	1	3,5
Saúde pública e saúde da família	-	2	3	5	18,0
outros	2	1	5	8	29,0
Total	7	7	14	28	100,0

Ainda sobre a caracterização dos profissionais entrevistados, observou-se que, segundo a tabela 9, a maior concentração dos profissionais (99%) trabalha 40 horas semanais. A única exceção decorre do fato de haver um profissional da unidade básica de saúde substituindo outro que está de licença-maternidade.

Analisando a relação entre o vínculo empregatício e a distribuição dos profissionais, verificou-se que 100% dos entrevistados são contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas.

Em relação a forma de contratação dos profissionais, segundo a tabela 9, observou-se que todos os profissionais (100%) são contratados por meio de concurso público e a seleção para o trabalho na ESF é realizado por meio de processo seletivo interno.

É importante destacar essas características sobre a forma de contratação dos profissionais, pois ajuda a explicar o fato do período de atuação desses profissionais no SUS (média aproximada de 14 anos) ser maior que o período de atuação na ESF (média aproximada de 5 anos) neste município. Esses dados divergem do estudo de Ronzani & Silva (2008), no qual os autores apontaram experiência média de trabalho em ESF de três anos e nove meses.

Segundo Ronzani (2002) a ESF vem se tornando um meio importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, porém o autor (2002) alerta que a permanência desses profissionais no serviço está, muitas vezes, condicionada a falta de oportunidade tanto de trabalho quanto de estudo.

Tabela 9. Distribuições da freqüência dos entrevistados segundo categoria profissional, tempo de trabalho semanal, vínculo empregatício, forma de contratação, seleção para ESF e dedicação. Araraquara, 2014.

Variáveis Trabalhistas		Profissão			Total	
		Médico (n=7)	Odontólogo (n=7)	Enfermeiro (n=14)	n (28)	%
Tempo de trabalho semanal (horas)	30	-	-	1	1	1
	40	7	7	13	27	99
Vínculo Empregatício	CLT	7	7	14	28	100
	Estatutário	-	-	-	-	-
Forma de Contratação	Concurso público	7	7	14	28	100
	Processo seletivo interno ESF	7	7	13	27	99
Dedicação exclusiva	Sim	5	6	13	24	86
	Não	2	1	1	4	14

Ainda na tabela 9, analisando a distribuição dos profissionais segundo dedicação exclusiva e categoria profissional, observou-se que 86% dos profissionais se dedicam exclusivamente ao trabalho na ESF.

4.3 Potencialidades e Limitações da ESF

4.3.1 Infraestrutura física e Condições de trabalho

No que se refere ao ambiente físico das Unidades de Saúde, os profissionais entrevistados relataram que as unidades apresentam alguns problemas como falta

de salas para atendimento individual, excesso da concentração de serviços num único prédio, espaço físico limitado para comportar funcionários e usuários, falta de salas para a realização de trabalhos/grupos com a comunidade, pelos excessos de usuários que utilizam a unidade diariamente, falta de espaço adequado para a realização de procedimentos específicos, excesso de equipes em uma única unidade.

Mesmo com esses problemas, alguns profissionais relataram que as USF atendem as necessidades de trabalho da equipe, pois apesar dessas limitações, estão sendo realizadas obras para adequação desses espaços através da reforma, ampliação e construção de novas USF.

Em contrapartida, houve relatos de que esses mesmos problemas impedem ou dificultam que as necessidades de trabalho da equipe sejam atendidas. Segundo Silveira et al. (2001) esses tipos de problemas podem repercutir negativamente na realização de atividades consideradas essenciais para o programa.

Trad et al. (2011) descreveram, no contexto das condições e do processo de trabalho no cotidiano da ESF, uma situação na qual os profissionais de saúde não foram consultados durante o processo de construção da USF em que atuavam e o resultado foi a construção de uma unidade que não atendia as necessidades da equipe. Esse tipo de situação pode gerar desgastes e aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população em relação aos serviços prestados. Segundo Schwartz (2010), as questões relacionadas a inadequação dos espaços podem ser uma fonte de desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam no cuidado da comunidade.

Em relação aos equipamentos disponíveis nas unidades para a realização do trabalho pelas equipes, foi relatado que atendem as necessidades da equipe, apesar de alguns relatos indicarem a insuficiência de alguns itens como computadores e ausência de equipamentos que atendam as necessidades de pacientes especiais.

Quanto aos materiais de consumo e insumos, foi relatado que são suficientes e adequados, porém, também foi relatado que ocasionalmente faltam produtos pontuais como alguns medicamentos e copos descartáveis. Segundo um dos entrevistados:

“Há mais desperdício de recursos por falta de uso do que falta de insumos para uso corriqueiro.” [F6]

Quanto a manutenção dos equipamentos das unidades, relatou-se que não há um planejamento para realização de manutenção preventiva dos materiais. A manutenção ocorre quando o equipamento está danificado e dificilmente o equipamento danificado é substituído por outro, durante o período de manutenção/conserto, prejudicando a realização de atividades que dependem desse tipo de tecnologia para serem realizadas.

Outro tema abordado neste item foi a segurança nas unidades de saúde. Conforme os relatos dos profissionais, não há segurança. Os funcionários são responsáveis por abrir e fechar as unidades. Algumas unidades de saúde apresentam central de alarme contra roubo noturno.

4.3.2 A Equipe de Saúde da Família

A cidade de Araraquara contém 17 Unidades de Saúde da Família, as quais comportam 25 Equipes de Saúde da Família e 14 Equipes de Saúde Bucal.

As equipes são multiprofissionais, sendo compostas por: médico generalista, enfermeira, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, auxiliar de serviços gerais e farmacêutico. Há também a atuação de médico pediatra que cumpre 12 horas semanais na unidade e um médico ginecologista que cumpre 4 horas.

Das 25 equipes existentes, somente 14 apresentaram equipes de saúde bucal Modalidade I (1 odontólogo e 1 auxiliar de consultório dentário). Essas equipes de saúde bucal acabam assumindo as populações das outras equipes, resultando num trabalho, aproximado, de uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família:

“Esta unidade possui 3 equipes. É considerada uma equipe mista. Há também uma Dentista e auxiliar, mas ela está cadastrada em outra equipe, no entanto atende todas as equipes” [ENFERMEIRA A]

No ano 2000, o ministério da saúde estabeleceu incentivo financeiro e inclusão das equipes de saúde bucal na ESF. Segundo Faccin et al (2010), essa inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho da atenção básica. O ideal é que exista uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família para que o trabalho da saúde bucal não fique sobrecarregado e limitado a ações que demandem tecnologias específicas para sua realização.

4.3.3 Da Capacitação Profissional a Educação Permanente

Os profissionais entrevistados consideram que a equipe está capacitada para realizar suas atribuições, tanto as comuns a todos os profissionais quanto as específicas de cada categoria.

Relataram que todos que atuam na ESF fizeram curso de formação técnica específica, são especialistas ou estão cursando especialização na área, realizam cursos de treinamento e capacitação constantemente, participam da educação permanente e compreendem o funcionamento da ESF e do SUS. Os profissionais de nível superior ressaltam o fato de serem formados na lógica do trabalho médico-centrado, destacando a necessidade de fazer cursos de especialização.

Em contrapartida, houve relatos da falta comprometimento de alguns profissionais com a equipe, assim como falta de motivação para a realização de suas atribuições adequadamente. Destacou-se também a necessidade de aumentar a frequência das atividades da educação permanente, fato também observado por Trad et al. (2011).

Merhy (2005), posicionando-se em relação a educação permanente em saúde, afirmou que promover cursos compensatórios para sanar a baixa ou a falta

de competência dos trabalhadores, e obter maior eficácia das ações de saúde, não produz o efeito desejado na atenção à saúde. Assim, o autor ressalta a necessidade de se repensar as estratégias de educação permanente na ESF, utilizando ações baseadas em recursos pedagógicos que contemplem o profissional como agente importante para transformar a situação de saúde de uma comunidade, ou seja, em agente ativo nesse processo de transformação.

4.3.4 A ESF e a Rede de Apoio e Referência

Segundo os profissionais entrevistados, não há articulação entre o serviço local (USF) e a Rede de Apoio do município. Apesar de as Unidades de Saúde da Família trabalharem com o apoio matricial do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de forma satisfatória, a atenção básica não está fortalecida na sua estrutura de trabalho, sobrecarregando os serviços de urgência e emergência. Em relação à Atenção Secundária, a mesma apresenta-se com o quadro de funcionários incompleto. Este fato colabora com a sobrecarga das agendas e dificulta o fluxo dos usuários pela rede de assistência.

“Temos consultoria do NASF na unidade, em psiquiatria e psicologia que funciona bem. Faltam vagas e especialistas na atenção secundária” [F3].

Os odontólogos relataram que na saúde bucal, as consultas com especialistas são realizadas em curto tempo e há contra-referência.

Campos (2003), em análise da trajetória da implantação de serviços de atenção primária no Brasil afirmou que, ao invés deste campo propiciar a integração da ação curativa com ações de prevenção e promoção da saúde, o que se assiste são filas de espera por atendimento especializado. Assim, “parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de emergência e de urgência ao trabalho da atenção primária à saúde”.

Segundo Cecílio (2007), há também a chamada micropolítica das organizações de saúde onde a rede tradicional com maior agregação tecnológica se coloca num papel de superioridade em relação a atenção básica. Sobre a acessibilidade aos serviços.

4.3.5 A ESF e a Relação com a Gestão

A relação das Equipes com a coordenação/gestão acontece de forma indireta, por meio da mediação de um gestor de território, o qual não apresenta um papel bem definido tanto nas Unidades quanto na Secretaria de Saúde, e que nem sempre consegue colocar todos os problemas em pauta para discussão com a gestão:

“Temos um gestor de território que não possui um papel bem definido dentro da unidade e na Secretaria de Saúde. Nos reportamos ao gestor para encaminhar os problemas para a gerência na Secretaria”
[ENFERMEIRA E].

Foi identificada uma situação similar a de Krug et al., (2010), na qual os entrevistados apresentaram dificuldade em criticar a gestão da saúde no município, pois ao responderem a questão sobre a relação da equipe com a gestão, as respostas se mostraram confusas e pouco claras, demonstrando, segundo Dejours (2003), uma estratégia “defensiva” diante de algo que parece “ameaçador”.

4.3.6 O Processo de Trabalho das Equipes

A equipe se organiza e planeja suas ações nas reuniões de equipe. As ações são realizadas de acordo com as necessidades de saúde de cada família,

porém essas necessidades são trazidas para discussão por alguns membros das equipes e não são baseadas no diagnóstico do território ou indicadores de saúde. As reuniões ocorrem diariamente, uma hora por dia, no final do expediente ou duas vezes por semana, com duração de duas horas.

Em relação à reunião de equipe, é importante ressaltar a valorização desse espaço que dever ser qualificado e de construção coletiva no qual todos os atores envolvidos no processo deveriam ter voz ativa. Precisa ser utilizado não somente para planejar as ações, mas também para avaliá-las, resolver os nós - críticos relacionados ao cotidiano da equipe e articular e integrar as ações.

Segundo Ribeiro et al.(2004), as equipes precisam assumir um caráter de responsabilidade coletiva, utilizando a epidemiologia a favor da comunidade, realizando um planejamento coletivo de acordo com as necessidades da população adstrita.

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), por exemplo, é um sistema produzido para agregar e processar as informações sobre a população assistida. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e acompanhamento e analisadas com base em relatórios de consolidação de dados (Brasil, 2003). Fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência propondo que se conheçam as condições de saúde dessa população adscrita, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença. Representa uma fonte de dados para a realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, norteador o planejamento e avaliação de ações em saúde (Silva, Laprega, 2005).

Crevelim (2005) destaca em seu estudo sobre a participação da comunidade na equipe de saúde da família que, no campo do planejamento e da construção de projetos assistenciais, o trabalho, que deveria ser conjunto entre profissionais e usuários, se concentra exclusivamente dentro da equipe. Carvalho (2004) questiona como ocorre o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários. Se por uma co-gestão de contratos e compromissos ou por uma relação vertical e autoritária. Os usuários estão distantes do planejamento e das tomadas de decisão da equipe.

Em relação ao acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido nas Unidades, foi citada a supervisão do gestor da unidade – enfermeiro em relação aos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Há a coordenação da saúde bucal supervisionando o trabalho dos odontólogos.

Ostrabalhadores relataram que o acompanhamento do trabalho desenvolvido é realizado através do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica). O PMAQ é uma estratégia do Ministério da Saúde, utilizada para institucionalizar uma cultura de avaliação na Atenção Básica e no SUS. (BRASIL, 2013). Trad et al. (2011), afirmam que os momentos de avaliação e planejamento são reduzidos, centrados no cumprimento de metas e tarefas determinadas no nível central.

É nítido como o processo de trabalho se dá no modelo difundido por Taylor (1960), baseado na repetição, na divisão entre formuladores e executores, no estabelecimento de metas de produtividade e na dificuldade de comunicação entre diferentes níveis hierárquicos (Shimizu et al., 2012).

No que se refere às atividades desenvolvidas na rotina de trabalho, todas as categorias profissionais apontaram essencialmente o acolhimento e o trabalho clínico como atividade realizada diariamente; semanalmente foram citadas as visitas domiciliares, grupos de orientação e atividades de educação permanente (categoria médica e odontológica). Mensalmente foram citados os grupos terapêuticos, fechamento de relatórios e alimentação dos sistemas de informação como o SIAB e o SIS PRE-NATAL. Atividades realizadas esporadicamente foram capacitações via cursos e congressos.

Quando perguntados sobre atividades que gostariam de realizar, a categoria profissional da enfermagem citou os grupos de orientação, justificando a falta de adesão da comunidade a este tipo de atividade. Ressaltou-se também, a dificuldade em superar a fragmentação do trabalho e da construção de uma prática interdisciplinar, fato também identificado por Trad et al. (2011), quando analisaram a humanização no contexto da ESF.

Trata-se de um modelo onde prevalece a segmentação por núcleo profissional, no qual cada profissional desenvolve as suas ações isoladamente, predominando um modelo biomédico, com foco na doença. Os relatos de falta de adesão aos grupos de orientação reforçam a necessidade da inclusão dos usuários no planejamento das ações e da investigação sobre as reais necessidades de saúde da comunidade.

Ferri et al. (2007) afirmaram que as práticas de educação em saúde estão ancoradas na concepção tradicional de ação pedagógica, na qual o profissional

portador de saber se relaciona com um usuário desprovido de qualquer saber. E ressalta que essa relação, engessada pela hierarquia, não parece contribuir para a mudança das práticas de saúde pelos usuários, demonstrando a importância de se reconhecer o seu saber para trabalhar de forma dialógica, favorecendo a emergência dos sentidos significativos.

De uma forma geral existe uma relação de vínculo entre a equipe e as comunidades, porém os relatos indicam que existe a necessidade da equipe se mostrar mais profissional para que a comunidade valorize a USF e utilize o serviço com respeito e consciência.

A relação entre os profissionais das equipes é marcada por um ambiente harmonioso, ressaltando que as pessoas são diferentes entre si e que é preciso ter respeito em relação a essas diferenças. Cada membro da equipe apresenta uma facilidade/habilidade e que as dificuldades são trabalhadas a fim de não prejudicar o andamento do trabalho.

A satisfação profissional enquanto membro de uma equipe de saúde da família apresentou vivências de sofrimento – Desmotivação e cansaço:

“Gosto de trabalhar no PSF apesar de me sentir cansada, sou dentista de uma equipe mas atendo a população de mais outras duas equipes que ainda não possuem o profissional, apesar de terem os consultórios montados.” [ODONTÓLOGA D]

E vivências de prazer – Realização profissional; achar o trabalho essencial e motivador:

“Eu me sinto realizada. Gosto do meu trabalho e acho ele essencial. Sinto que minhas atitudes precisam ser positivas para ser uma líder que incentiva e estimula os técnicos e agentes comunitários a terem o prazer de realizar o trabalho com dedicação e ética. Procuro sempre rever minhas posturas.” [ENFERMEIRA G]

As dificuldades vivenciadas e sentidas para o desenvolvimento do trabalho estão relacionadas ao processo de trabalho da equipe, persistindo um trabalho médico centrado e fragmentado. Segundo um dos profissionais,

“os membros da equipe não compreendem que a estratégia saúde da família exige um novo olhar para o processo de trabalho: hábitos antigos são difíceis de mudar e assim persiste um trabalho centrado no médico e na doença.” [MEDICO D]

Benevides e Passos (2005) advertem para o fato de que a mudança no atendimento à população nos serviços de saúde passa necessariamente pela alteração da organização dos processos de trabalho, da dinâmica de interação das equipes, dos mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

As equipes de referência necessitam ter iniciativas de trabalhar essas dificuldades com a equipe, desenvolvendo estratégias de formação, que sejam significativas para os trabalhadores e que possam ser discutidas, ou teorizadas a partir da prática que é realizada no dia-a-dia do serviço. Para que isso ocorra, é necessário que sejam produzidos e/ou ampliados espaços de discussão e produção do saber. Campos (1998) discute em seu estudo sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde, que é necessário que o sistema de gestão assegure tanto a produção qualificada da saúde, quanto a própria sobrevivência do sistema e a realização de seus trabalhadores.

Outra dificuldade relatada está relacionada com características, segundo os entrevistados, da própria comunidade como: a falta de adesão a grupos de orientação e dificuldade de realização de visitas domiciliares pelo fato da população estar em horário de trabalho. O funcionamento das unidades somente em horário comercial pode ser considerado uma barreira organizacional para o acesso das pessoas (Starfield, 2004). Dessa forma, o próprio serviço, que diagnostica tal situação poderia apresentar uma proposta, junto com a comunidade, de oferta dos serviços em horário alternativo.

Em relação às facilidades para o desenvolvimento das ações, foi citada a autonomia que a Secretaria de Saúde propicia para as equipes desenvolverem seus trabalhos, o apoio da gerente da USF (enfermeira) a equipe, o relacionamento entre os membros das equipes e o nível educacional da população do território:

“A equipe trabalha em sintonia e tem um bom relacionamento; outro fato é que trabalho com uma população que tem um nível educacional relativamente bom, o que facilita o entendimento das orientações e tudo mais” [ENFERMEIRA F].

Quando questionados se utilizariam o serviço de saúde onde trabalham ou se indicariam para algum familiar ou amigo, a resposta predominante foi que sim pelo fato de considerar os profissionais competentes, mas ressaltaram que utilizariam o serviço da unidade em que atuam, apontando dessa forma, diferenças entre as unidades. Relataram também que se houvesse a necessidade de intervenção de média e alta complexidade não utilizariam pela demora do atendimento – apontando a falta de estrutura da rede de referência:

“Eu usaria tranquilamente, pois acredito que os pacientes estão bem assistidos aqui no nível básico enquanto saúde da família, mas quando precisam de intervenção, exames de alta complexidade ou cirurgia existe muita demanda e a espera é longa” [ENFERMEIRA A].

A categoria médica explicitou que utilizaria somente para a realização de vacinas, pois falta organização do processo de trabalho:

“Não há recepção, sem fluxograma, não há papéis definidos de cada trabalhador, não há organização de trabalho... o risco de você entrar nesta unidade e sair pior é alto. Eu utilizaria somente para vacina” [MEDICO A].

Segundo Campos (1997), 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).

A percepção dos entrevistados sobre o PSF é que teoricamente a filosofia enquanto princípios e diretrizes é muito perfeita e por isso, na prática, é muito difícil de operacionalizar principalmente pela falta de preparo dos trabalhadores:

“Sempre é bom querer o melhor, mas o operacional do SUS é muito complicado e exige certa flexibilidade, reavaliações frequentes. A escolha da estratégia da família para colocar em prática os princípios e doutrinas do SUS foi feliz, mas precisa melhorar e só alavancará se houver ação nos funcionários da USF, melhorando o comprometimento para com o serviço. O SUS necessita de um conjunto de ações, mas é necessário priorizar a capacitação dos funcionários e fazer [com] que sejam comprometidos com seu trabalho” [MEDICO A].

Segundo o relato de outro profissional, *“necessita de capacitação constante”* [DENTISTA C].

“Operacionalizar o SUS” significa transformar o processo de organização do trabalho e se “re-transformar” enquanto profissional, de acordo com as necessidades da comunidade. É difícil superar a fragmentação do trabalho e construir uma prática multiprofissional e interdisciplinar fundamentada nas individualidades e no coletivo, nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

5. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivos avaliar fatores capazes de interferir limitando ou potencializando o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, no município de Araraquara, bem como caracterizar o perfil dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família de Araraquara e caracterizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, segundo a perspectiva de profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros.

Foram entrevistados 28 profissionais, que responderam a uma entrevista semi-estruturada contendo variáveis relacionadas a dados pessoais, dados profissionais, e dados relacionados ao contexto e ao processo de trabalho que é realizado pelas equipes nas USF.

Os profissionais foram identificados, neste estudo, como sendo predominantemente do sexo feminino (75%), com 23 (82%) variando entre a faixa etária de 26 a 55 anos. Dos 28 profissionais entrevistados, 14 eram enfermeiras, 07 eram odontólogas e 14 eram médicos. O tempo de formado de 53,5% dos profissionais variou na faixa de 11 a 30 anos, sendo que 17 trabalham no SUS em um período de tempo que varia de 11 a 25 anos. O tempo de trabalho na ESF para 89,3% foi de até 10 anos e 21 profissionais estão inseridos na equipe por um período que varia de 02 a 10 anos. A maioria (67%) realizou curso de especialização na área (saúde coletiva, saúde pública, gestão em saúde, atenção básica, saúde na comunidade), sendo 32% especialistas na área de saúde da família e comunidade. A jornada de trabalho semanal para 99% dos trabalhadores entrevistados é de 40 horas e a maioria (86%) dedica-se exclusivamente ao trabalho na ESF. Os profissionais (100%) são contratados por meio de concurso público e 99% participaram de um processo seletivo interno para trabalharem na ESF.

Em relação ao processo de trabalho das equipes, foi possível identificar que as equipes são multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e farmacêutico. Somente 14 equipes de saúde bucal (odontólogo e auxiliar de consultório dentário) trabalham com as 25 equipes. Há também a atuação de médico pediatra e ginecologista nas USF, semanalmente.

As equipes trabalham com território definido e os planejamentos e avaliações são realizados nas reuniões de equipe. As reuniões são realizadas de forma sistemática, todos os dias com duração de 1 hora, ou duas vezes por semana com duração de 2 horas. Em relação ao planejamento das ações de saúde, foi identificado que ele é realizado baseado em necessidades de saúde pontuais. As equipes têm dificuldade de realizar o diagnóstico da situação territorial e não utilizam dados epidemiológicos do território para organizarem suas ações. As avaliações das ações são realizadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ.

As ações desenvolvidas pelas equipes, relatadas pelos profissionais entrevistados estão relacionadas ao atendimento clínico individual, acolhimento, visitas domiciliares, grupos coletivos de orientação, atividades de educação permanente e atividades burocráticas como confecção de relatórios e alimentação dos sistemas de informação.

No que diz respeito à gestão, a coordenação da USF é realizada pela enfermeira e há um gestor de território que faz a articulação das USF com a SMS. Os profissionais relataram que tem autonomia para desenvolverem seus trabalhos e apoio das coordenadoras.

Segundo os relatos, há vínculo entre a comunidade e as equipes. Os profissionais têm um bom relacionamento interpessoal e relatam que a maior dificuldade no processo de trabalho é de estabelecer um cuidado que extrapole a atuação multiprofissional e seja realizado de forma interdisciplinar.

Em relação aos fatores que potencializam o processo de implementação da ESF em Araraquara foram identificados, através dos relatos, que, no item infraestrutura física e condições de trabalho, os relatos sobre a realização de obras para reforma, ampliação e construção de USF mostram que o município está investindo na ESF, tanto em termos de melhoria das condições de trabalho, quanto na expansão do modelo. O excesso de equipe nas unidades pode significar a ampliação da cobertura da população, mesmo não ocorrendo de forma ideal.

Abordando a capacitação profissional para a realização das atribuições na ESF, observou-se que a maioria dos profissionais que atuam na ESF é especialista na área de saúde da família e comunidade ou áreas afins como saúde pública, saúde coletiva, atenção básica e gestão em saúde. Os funcionários fazem o curso

introdutório quando iniciam as atividades e participam das atividades de educação permanente.

Pontuando o matriciamento, os profissionais relataram que recebem o apoio matricial do NASF de forma satisfatória ajudando a resolver alguns casos mais complexos na própria USF.

Sobre a referência e contra-referência, os odontólogos relataram que na saúde bucal, as consultas com especialistas são realizadas em curto prazo de tempo e que todos os pacientes referenciados são contra-referenciados, favorecendo tanto a resolutividade dos casos quanto a longitudinalidade do cuidado através da rede de apoio.

Destacou-se, também, a relação entre o gerente da USF e a equipe. Foi observado, segundo os relatos, que existe uma relação de apoio, o que favorece o desenvolvimento das ações de saúde.

Em relação aos fatores limitantes do processo de implementação da ESF, observou-se que há falta de materiais de consumo e de medicamentos (mesmo que pontualmente), insuficiência de alguns equipamentos específicos e falta de planejamento de manutenção preventiva dos mesmos, podem comprometer a realização de atividades essenciais para as equipes e para o próprio município como alimentação dos sistemas de informação, cumprimento de prazos, realização de relatórios.

Em relação às Equipes, foi identificado como fator limitante a discrepância entre quantidade de equipes de saúde da família e quantidade de equipes de saúde bucal. Observou-se a presença de 1 equipe de saúde bucal para mais de uma equipe de saúde da família, dificultando a organização do processo de trabalho e o planejamento das ações da saúde bucal sobrecarregando as equipes.

Destacou-se, também, a necessidade de aumentar a frequência das atividades de capacitação profissional e repensar as estratégias de educação permanente na ESF, utilizando recursos pedagógicos que contemplem o profissional como agente ativo no processo de transformação da situação de saúde da comunidade.

Foi identificada uma dificuldade de acompanhamento e resolutividade dos casos que são referenciados para atenção secundária do município. Além de não haver contra-referência, o fluxo dos usuários pela rede de assistência está

dificultado, as consultas com especialistas demoram muito para acontecer e alguns casos ficam sem resolução.

Um ponto identificado e interessante de se abordar foi o fato de os entrevistados apresentarem dificuldade em criticar a gestão da saúde no município e também a relação indireta entre as equipes e a SMS.

O processo de trabalho pode ser caracterizado como médico-centrado e fragmentado, segundo o relato dos próprios entrevistados. Apesar das equipes serem multiprofissionais, a lógica de planejamento e realização das ações não passa pela interdisciplinaridade. Falta planejamento baseado em dados epidemiológicos do território e falta a participação popular nos processos decisórios das equipes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método utilizado para realização do estudo mostrou-se insuficiente para relatar a realidade do contexto estudado como um todo. O processo de trabalho em saúde é um fenômeno dinâmico, pois se trata da produção do cuidado, algo imaterial, vivo, realizado em ato, incapaz de ser valorado. Estudar um processo como este, dinâmico e complexo, repleto de historicidade, mesmo que de forma indireta, necessita uma abordagem mais abrangente.

Seria mais adequada uma abordagem etnográfica, na qual se utiliza a combinação de várias fontes de informação/vivências, vários métodos de coleta, principalmente a observação participante, a entrevista com informantes, dados primários, associados com a presença do pesquisador no campo em experiência direta com a situação em estudo, descrevendo precisamente a situação estudada, ilustrando a perspectiva dos participantes e, maneira como enxergam o mundo e suas próprias ações.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BENEVIDES R, PASSOS E. **Humanização na saúde: réplica ao debate**. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(17): 389-406.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília, 1996.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica em Saúde**. 1.ed. 4.reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica**. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, série Pactos pela Saúde. v.4; 2006.

BRASIL. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. *Diário Oficial da União*, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Material de Apoio a Autoavaliação para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família AB Parametrizada e Saúde Bucal). 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 10 de Nov de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 16 de Mai. de 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Ed. 1995.

CAMPOS CEA. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Rev C S Col. 2003; 8(2): 569-84.

CAMPOS GWS. **Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** In: Merhy EE, Onoko R. *Praxis en salud un desafio para lo público.* São Paulo: Hucitec; 1997.

CAMPOS GWS. **O anti-Taylor, sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (4): 863-870, out-dez, 1998.

CARVALHO CL, GIRARDI SB. **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil.** Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

CARVALHO SR. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.** Rev C S Col. 2004; 9(3): 669-78.

CECÍLIO LCO. **A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudos [tese].** São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

CREVELIM MA. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** Rev C S Col. 2005; 10(2): 323-331.

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

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. **Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(Supl.1): 1643-1652, 2010;

FERRI SNM, Pereira MJB, Mishima SMM, Caccia- Bava MCG, Almeida MCP. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007; 11(23): 515-529.

FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1999; 15(2): 345-353.

FRAZÃO P. **Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde**. *Saúde em Debate*, v.42, p.30-35, 1994.

IPEA. **POLÍTICAS SOCIAIS: Acompanhamento e Análise**. Cap. 3. V.20, 2012. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 02 out.2012.

KRUG SBF, LENZ FL, WEIGELT LD, ASSUNÇÃO AN. **O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS**. *Textos & Contextos*. 2010; 9(1): 77-88.

LÜDKE M, ANDRÉ MEDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO CV, LIMA LD, VIANA LS. **Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. (2008); 24(1): 42-57.

MERHY EE. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9(16):172-174.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 383.

MOYSÉS SJ, SILVEIRA FILHO AD. **Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca**. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rio de Janeiro, p. 133-161, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Alma Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: OMS/UNICEF, 1979.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. **Coordenadoria de Comunicação Social**. Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br/>. Acesso em 15/05/2014.

RAGGIO A, GIACOMINI CH. **A permanente construção de um modelo de saúde**. Divulg. Saúde para Debate, n.6, p.9-16, 1996.

RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad Saude Publica [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2008 ago 15]; 20(2):438-466.

RONZANI TM. **Novas políticas e velhas práticas: um estudo sobre identidade de médicos de PSF [dissertação]**. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

RONZANI TM, SILVA CM. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(1): 23-34.

ROSA WAG, LABATE RC. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(6): 1027 -34.

SCHWARTZ Y. **A experiência é formadora?** Educ Real. 2010; 35(1): 35-48.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>. Acesso em 14/05/2014.

SOUZA TMS, RONCALLI AG. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial.** Cad. de Saúde Pública. 2007; 23(11): 2727-2739.

SHIMIZU HE, ALVÃO DCJR. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.** Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(9): 2405-2414.

SILVA A.S., LAPREGA M.R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação a Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005.

SILVA JA, DALMASO ASW. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos.** Interface - Com, Saúde, Educação. 2002; 4(6): 75-83.

SILVEIRA DS, SANTOS IS, COSTA JSD. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad Saude Publica. 2001; 17(1):131-139.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2004.

TAYLOR, W. **Princípios de Administração Científica.** São Paulo: Atlas. 1960.

TRAD LAB, BASTOS ACS. **O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** Cad. Saúde Pública. 1998;14: 429-435.

TRAD LAB, MENESES E ROCHA AAR. **Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1969-1980.

UNFER B. **O Cirurgião-Dentista do Serviço-Público: Formação, Pensamento e Ação.** 2000. 202p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.

VIANA ALD, DAL POZ MR. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis*. 1998; 8: 11-48.

VOLPI MT. **A universidade e sua responsabilidade social.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.71p

YIN R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“ESTUDO DE FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa intitulado “ESTUDO DE FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, do Programa de Pós- Graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão - USP, sob a orientação do Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha.

Os objetivos deste projeto são: estudar fatores capazes de interferir na implementação da Estratégia Saúde da Família através da perspectiva de gestores e profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos que trabalham em Unidades de Saúde da Família de Araraquara, SP.

Você está sendo informado que:

- 1) Sua participação nesta pesquisa será através de uma entrevista, mediante aplicação de um questionário semi-estruturado com questões abertas na qual poderá discorrer de forma livre sobre o tema abordado, solicitando informações sobre dados pessoais, organização da Atenção Básica, implantação e organização da Estratégia Saúde da Família e sobre o processo de trabalho das equipes.
- 2) A entrevista será realizada pela aluna de mestrado Flavia Cristina Volpato, cirurgiã-dentista, após agendamento prévio.
- 3) A sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo que defenda a sua privacidade, pois não será identificado.
- 4) Fica ciente de que a pesquisa não trará ônus algum para você e não será ressarcido de quaisquer gastos que tiver, assim como poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento sem prejuízo a sua pessoa.
- 5) Fica ciente que será indenizado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, caso se aplique.

6) Será esclarecido a respeito da pesquisa a qualquer instante da mesma, ou sempre que tiver dúvidas.

7) Os resultados obtidos nesta pesquisa serão divulgados através de publicações e apresentações em eventos científicos e poderão contribuir para a melhoria de programas voltados à saúde.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Em caso de dúvida ou qualquer outro esclarecimento, entrarei em contato com a aluna de mestrado responsável pela coleta dos dados Flavia Cristina Volpato, pelo telefone 16 98152 2371; ou o Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha, orientador do projeto pelo telefone 16 3602-2516, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP pelo telefone 16 3602 0000.

Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa.

Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE B

Pesquisa - “Estudo de fatores interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família”

Roteiro de entrevista para trabalhadores das Unidades de Saúde da Família

A SER PREENCHIDO PELA PESQUISADORA	
Data	___/___/___
Categoria Profissional:	() MÉDICO () ODONTÓLOGO () ENFERMEIRO
Idade	_____ Sexo: () Masculino () Feminino
Tempo de formado:	_____
Tempo de trabalho no PSF:	_____
Tempo de inserção na equipe:	_____
Tempo de trabalho no SUS:	_____
Formação Complementar/Pós-Graduação:	_____
Jornada de trabalho semanal:	_____ Dedicção exclusiva? () sim () não
Forma de contratação:	_____

ROTEIRO

1. Quais profissionais compõem a equipe que atua nesta unidade?
2. Você acha que os profissionais da equipe estão/são capacitados para realizar suas atribuições? Por quê?
3. Esta USF, (pensando em infra-estrutura física, equipamentos, materiais de consumo, manutenção e segurança), atende as necessidades de trabalho da equipe? Por quê?

4. Como é a relação do serviço local (da USF) com a Rede de Apoio e Referência no município?
5. Como é a relação da equipe com a coordenação/gestão?
6. Como a equipe se organiza para planejar e realizar as atividades/ações?
7. Existe alguma forma de acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido?
8. Quais atividades você costuma realizar:
 - a. Diariamente;
 - b. Semanalmente;
 - c. Mensalmente;
 - d. Esporadicamente.
9. Qual(is) atividade(s) você gostaria de desenvolver? Por quê?
10. Como o seu trabalho se relaciona com o dos outros profissionais da equipe?
11. Como é a relação da equipe com a comunidade?
12. Como é a relação entre os profissionais da equipe?
13. Quais as dificuldades (que você vivencia e sente) para o desenvolvimento do seu trabalho?
14. Quais as facilidades (que você vivencia e sente) para o desenvolvimento do seu trabalho?
15. Como você se sente como profissional desta USF?
16. Você usaria esse serviço de saúde ou indicaria para algum familiar ou amigo?
17. Considerando sua experiência profissional, qual a sua percepção sobre o PSF?

ANEXOS

ANEXO A

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de fatores que interferem na implementação da estratégia saúde da família.

Pesquisador: Flavia Cristina Volpato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19839514.4.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 577.002

Data da Relatoria: 11/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto já anteriormente analisado, aguardando resolução de pendência relativa ao TCLE em relação à resolução 466/12 do Conep.

Objetivo da Pesquisa:

já relatado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

já relatado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

já relatado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ok.

Recomendações:

já relatado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores fizeram as adequações necessárias do TCLE de acordo com a resolução 466/12 do Conep.

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -

Continuação do Parecer: 577.002

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do relator. Aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 01 de Abril de 2014

Assinador por:
LAÉRCIO JOEL FRANCO
(Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

ANEXO B

Unidades de Saúde da Família de Araraquara, SP	Quantidade de Equipes
ESF Vale do Sol – “ Dr. Euclides Crocce”	3
ESF Jardim Hortênsias - “Dr. José Nigro Neto”	1
ESF Bueno de Andrada – “Dr. Nilo Rodrigues da Silva”	1
ESF Bela Vista	1
ESF Jd. Iedda – “Dr. Nicolino Lia” – 2 equipes	2
ESF Jardim Maria Luiza – “Drª Neuza Maria Affini Dicenzo”	1
ESF Jardim Marivan - “ Adolfo Léo” – 2 equipes	2
ESF Jardim Pinheiros – “Luiz Alberto Marin Júnior’	1
ESF Jardim Brasil – “Eroni Ávila de Souza” – 2 equipes	2
Estratégia de Saúde da Família Cruzeiro do Sul	1
ESF PQ RES. SÃO PAULO “GUSTAVO DE MORAES JR.” –	3
ESF. DAS LARANJEIRAS “Dr. Wilson Antunes Pereira”	3
ESF JARDIM SANTA LÚCIA “Dr. Aldo Cariani”	3
ESF JARDIM BIAGIONI “Dr. Ricardo Rezende Cordeiro”	1