UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**O território como elemento constituinte do
processo de trabalho das Equipes de Saúde da
Família: relevância e desafios**

Eduardo Guadagnin

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Profa. Dra. Cleide
Lavieri Martins**

São Paulo

2013

O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios

Eduardo Guadagnin

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Profa. Dra. Cleide
Lavieri Martins**

São Paulo

2013

AGRADECIMENTOS

Na presente pesquisa contei com o apoio e a colaboração de diversas pessoas direta e indiretamente, que venho a agradecer a seguir.

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais que sempre me apoiaram e incentivaram na superação das dificuldades e na busca do conhecimento.

Aos meus filhos Nanda, Gabi e Giulia que acompanharam de perto as minhas dificuldades, curtiram as minhas conquistas e toleraram a minha ausência.

A Ale, minha esposa, amiga, companheira e amante, que sempre está ao meu lado, em todos os momentos alegres e tristes, que a todo o momento me incentiva a crescer, que muitas vezes confia mais em mim do que eu mesmo, e que me fez ser uma pessoa melhor.

A minha amiga Ana Paula que me incentivou a prestar a prova para o mestrado, compartilhando comigo das angustias e incertezas do processo seletivo.

A Profa. Cleide que acreditou que eu teria condições de cumprir todas as atividades do mestrado mesmo com a carga excessiva de trabalho na gestão. Que me acompanhou de perto, auxiliando a lidar com as dificuldades de cada fase do processo, respeitando as minhas opiniões e experiências, norteando auxiliando na construção do papel de pesquisador, superando a visão de gestor.

A todos os professores do curso que me nutriram com seus conhecimentos, experiências e reflexões.

Aos colegas de curso que compartilharam comigo seus conhecimentos, experiências, reflexões e angustias.

Ao Secretário de Saúde de Jacareí, Antônio de Paula Soares, que autorizou a realização da presente pesquisa e me liberou para participar das disciplinas, tendo que lidar com a minha ausência em muitos momentos.

Aos meus colegas de secretaria que me incentivaram a todo o momento, mesmo sendo sobrecarregados com a minha ausência.

Aos profissionais das unidades de saúde da família entrevistados, que se dispuseram a participar da presente pesquisa, compartilhando suas vivências profissionais cotidianas.

As Profas. Laura e Marina que muito me auxiliaram no exame de qualificação e nas orientações pré-banca.

A minha amiga Andressa que me ajudou com o abstract.

RESUMO

Objetivos – Compreender como as equipes de Saúde da Família consideram o território em seu processo de trabalho. Identificar e analisar as concepções de território dos profissionais das equipes de saúde da família. Analisar as potencialidades e limitações presentes nas concepções de território dos profissionais das equipes de saúde da família na perspectiva do cuidado integral à saúde na atenção básica.

Procedimentos metodológicos – Pesquisa com abordagem qualitativa. Realizada análise documental e 22 entrevistas com profissionais de duas unidades de saúde da família do município de Jacareí - SP.

Resultados – Os profissionais entrevistados apresentaram diferentes concepções sobre o território que atuam. Alguns profissionais associaram o território às características geopolíticas do mesmo, considerando apenas o território solo. Outros profissionais correlacionaram tais características com o modo de vida da população, considerando a ocupação e as dinâmicas existentes no mesmo, trabalhando com a lógica do território singularizado. Diversos profissionais trouxeram uma compreensão do território a partir dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Estas concepções trouxeram influências do modelo de Programas de Saúde, do modelo das Vigilâncias em Saúde e do Modelo em Defesa da Vida. As diferentes concepções influenciaram de forma diversa nos processos de trabalho das equipes.

As concepções relacionadas ao modelo dos Programas de Saúde favoreceram a inclusão de usuários com um conjunto de patologias pré-estabelecidas. As concepções baseadas no modelo das Vigilâncias em Saúde possibilitaram uma maior compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. As concepções baseadas no modelo em Defesa da Vida se mostraram mais eficazes para a compreensão

e consideração das necessidades de saúde dos usuários no processo de trabalho das equipes.

Houve diferenças na organização dos processos de trabalho, na organização do cuidado e na forma de gestão das duas unidades estudadas.

As equipes estudadas consideram parcialmente o território na organização do processo de trabalho, porém é necessária a ampliação do olhar sobre as vulnerabilidades existentes no processo saúde-doença, favorecendo uma clínica ampliada, mediante de arranjos institucionais pautados no vínculo, acolhimento e responsabilização da equipe com o cuidado integral em saúde, a partir das necessidades de saúde dos usuários.

Palavras chaves - Atenção básica, estratégia de saúde da família, processo de trabalho e território.

ABSTRACT

Objectives - Understand how teams of the Family Health consider the territory in their work process. Identify and analyze the concepts of territory of professional teams of family health. Analyze the strengths and limitations present in the territory conceptions of professional of teams of the Family Health in the perspective of comprehensive health care in primary care.

Methodological Procedures - Research with a qualitative approach. Held documental analysis and conducted 22 interviews with two units of family health in the city of Jacareí-SP.

Results - The professionals interviewed had different conceptions about territory they serve. Some professionals associated territory geopolitical features of it, considering only the ground territory. Other professionals such characteristics correlated with the mode of life, considering the occupation and the existing dynamic in it, working with the logic singled territory. Several professionals have brought an understanding of the territory from the determinants and constraints of the health-disease process.

These conceptions brought influences the model of Health Programs, the model of Surveillance in Healthcare and Model in Defense of Life. Different attitudes influenced differently in the work processes of teams.

The concepts related to the model of Health Programs favored the inclusion of users with a set of pre-established conditions. The concepts based on the model of Surveillance in Health allowed a greater understanding of the determinants and determinants of health-disease process. Conceptions based on the model in Defense of Life proved more effective for understanding and consideration of the health needs of the users in the team work process.

There were differences in the organization of work processes in the organization of care and management in the form of the two units studied.

The teams studied consider the territory part in the organization of the work process, but look at the expansion of existing vulnerabilities in the health-disease process is required, favoring an expanded, guided by the institutional arrangements in the bond, hosting and accountability of staff with clinical the comprehensive health care from the health needs of the users.

Keywords - Basic health care, family health strategy, work process and territory.

APRESENTAÇÃO

Ainda na adolescência fiz o curso técnico em agropecuária, que foi muito importante na compreensão da interface do homem com o meio ambiente em que está inserido.

Apesar de ter gostado do curso, minha necessidade de entender a mim mesmo e compreender as questões subjetivas do ser humano e suas relações com os outros, levaram-me à Faculdade de Psicologia, a qual me abriu um enorme leque de possibilidades e interesses.

Na faculdade e no início de minha carreira, dividi minha atuação e meus estudos entre clínica, psicologia institucional e o psicodrama.

Na ocasião em que me formei, estava efervescendo a luta anti-manicomial. Já havia as primeiras experiências de desospitalização em alguns municípios como Santos e São Paulo.

Em São José dos Campos, município em que morava, a administração democrática e popular realizou o primeiro seminário municipal de saúde mental, e uma grande mudança na política de saúde mental, implantando as UAIMS- Unidades de Atenção Integral em Saúde Mental.

Nessa época trabalhei por dois anos em um hospital psiquiátrico no município, e vivenciei de dentro desse hospital a mudança na atenção aos pacientes com sofrimento psíquico. Essa foi minha primeira experiência de atuação em equipes multiprofissionais.

Dessa época trago até hoje meu interesse pelas políticas públicas e pelo trabalho em equipe.

O interesse pelo trabalho com grupo e equipes levou-me a buscar a formação em psicodrama, a qual me auxilia até hoje na compreensão dos fenômenos grupais.

Em paralelo à atuação no hospital, iniciei o atendimento clínico em consultório particular e lecionava em um curso técnico de segurança do trabalho.

Essa experiência de ensino despertou-me o interesse em lecionar, em educar, em ajudar a outros no processo de construção do conhecimento.

Após essa experiência, fui aprovado em um concurso público para atuar como psicólogo no município de Jacareí.

Iniciei minha atividade no município no ambulatório de infectologia, atuando diretamente com os pacientes de tuberculose e hanseníase, sendo uma nova experiência no trabalho em equipe multiprofissional.

O ambulatório de infectologia era ligado ao Departamento de Vigilância à saúde, o que me possibilitou o contato e inúmeros trabalhos em conjunto com a vigilância epidemiológica, sanitária e o controle de zoonoses.

A atuação no ambulatório despertou-me uma nova paixão: a Saúde Pública.

Dessa paixão surge a necessidade de formação, que me levou ao Curso de Especialização em Saúde Pública na Unicamp.

A formação em Saúde Pública na Unicamp foi muito rica. Poder discutir com nomes como Gastão Vagner de Souza Campos, Rosana Onocko, Marcia Amaral, Marcos Drumond, entre outros, foi uma experiência fantástica, que ampliou minha compreensão sobre a saúde pública.

Em 2001 foi a primeira vez que um partido de esquerda assumia a gestão municipal em Jacareí. Nessa época fui convidado pelo secretário de saúde, para assumir a Diretoria de Vigilância à Saúde.

Foi um enorme desafio, no qual pude colocar em prática os conhecimentos obtidos na formação de sanitarista.

A experiência na diretoria possibilitou-me compreender na prática a relevância do território na constituição dos determinantes e condicionantes do processo saúde/doença.

Após a ida do secretário de saúde do município para o Ministério da Saúde, fui convidado pelo prefeito para assumir como secretário municipal de saúde.

Fiquei à frente da secretaria por dois anos, nos quais pudemos construir muita coisa e também enfrentar inúmeros problemas.

Tive que lidar com uma oposição “ferrenha”, dois incêndios na Santa Casa local, com a intervenção daquele hospital e com greve dos servidores.

Foi uma época muito difícil. Enfrentar todos esses desafios e ao mesmo tempo aprender a ser gestor e lidar com a minha imaturidade, não foi fácil.

Nesse período ainda tive a oportunidade de participar da diretoria do Cosems e do Polo de Educação Permanente do Vale do Paraíba, do qual fui o primeiro coordenador.

Nessa época comecei a lecionar, como professor convidado, no Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade do Vale do Paraíba e nos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da Universidade de Taubaté onde atuo até hoje.

A experiência na gestão municipal despertou uma nova paixão: a Gestão Pública em saúde.

Após o término da gestão municipal, fui convidado a trabalhar como Secretário Adjunto de Saúde no município de Santo André.

O município vinha na terceira gestão consecutiva do mesmo partido, tendo a saúde como uma das prioridades da gestão, o que possibilitou inúmeros avanços na consolidação do SUS.

A experiência de gestão em um município grande e com uma rede de saúde complexa como Santo André foi muito interessante e possibilitou a ampliação da minha compreensão de sistema de saúde.

Naquela época desenvolvemos um grande projeto de educação permanente no município, formando um vasto número de facilitadores de educação permanente e desenvolvendo rodas de educação permanente em todas as unidades de saúde.

No último ano dessa gestão atuei como assistente de direção do Departamento de Assistência à Saúde.

A experiência das rodas de educação permanente e a atuação no departamento de assistência à saúde aproximaram-me bastante da atenção básica em saúde. A partir daí pude compreender a importância da atenção básica para a organização do sistema de saúde e na produção do cuidado.

Essas experiências de gestão levaram-me novamente a buscar formação específica através do Curso de Especialização em Gestão Pública em Saúde da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo.

Ao término da gestão, retornei ao meu vínculo efetivo no município de Jacareí atuando como Diretor do Departamento de Serviços de Saúde, Secretário Adjunto de Saúde e Assistente Técnico de Saúde, função que desempenhei até o final da gestão. Atualmente atuou como secretário adjunto de saúde no município de São José dos Campos.

Este projeto é fruto da junção de um conjunto de interesses, paixões, experiências e vivências que fui acumulando ao longo da minha vida.

Tem como objetivo contribuir com a minha formação como pesquisador e subsidiar minha prática como profissional de saúde e gestor de saúde.

Busco ainda compreender como as equipes de Saúde da Família, pesquisadas, desenvolvem seu processo de trabalho, considerando o território em seu sentido mais amplo.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE PÚBLICA E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	17
1.1.1. A Estratégia de Saúde da Família como Política Pública no Brasil	17
1.1.2. Princípios e Fundamentos da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica à Saúde	23
1.2. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ESPECIFICIDADES NA SAÚDE DA FAMÍLIA	30
1.3. A PROPOSTA DE TERRITÓRIO COMO ELEMENTO CONSTITUINTE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELEVÂNCIA E DESAFIOS	39
1.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESTUDO	46
2. OBJETIVOS	49
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
3.1 NATUREZA DA PESQUISA	50
3.2 O LOCAL DA PESQUISA	52
3.3 TRABALHO DE CAMPO	55
3.3.1 Coleta De Documentos	55
3.3.2 Entrevistas com Profissionais das Equipes de Saúde da Família	57
3.4 ANÁLISE	61
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	62
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	63
4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	76
4.2.1 Concepções De Território	76
4.2.2 Processo De Trabalho Das Equipes	95
4.2.2.1 UMSF São Silvestre	96
4.2.2.2 UMSF Santo Antônio da Boa Vista	112
4.2.3 Interferências Externas Na Equipe	136
5. SÍNTESE DA TRIANGULAÇÃO	143
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
7. FONTES PESQUISADAS	170
8. REFERÊNCIAS	171
9. ANEXOS	175
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	175

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO MUNICÍPIO DE JACAREÍ	177
ANEXO 4 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PARA OS GRUPOS 1 E 2	180
ANEXO 5 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PARA O GRUPO 3	181
ANEXO 6 - CURRÍCULO LATTES DO PESQUISADOR	182
ANEXO 7 - CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	183

SIGLAS UTILIZADAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PROESF- Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMSF – Unidade Municipal de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

1.1. SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE PÚBLICA E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

1.1.1. A Estratégia de Saúde da Família como Política Pública no Brasil

A Estratégia de Saúde da família constitui-se atualmente como o modelo prioritário para a implementação da Atenção Básica no país. Sua formulação e implantação foram influenciadas pelas políticas internacionais de saúde, dialogaram com a reforma sanitária Brasileira e com a redemocratização do país.

No final da década de 1970 e início da década de 1980 o mundo encontrava-se em uma ampla crise econômica, que influenciou os rumos das políticas públicas de saúde de diversos países.

A necessidade de redução dos custos crescentes com saúde e a baixa resolutividade dos sistemas de saúde centrados no enfoque curativo, individual e hospitalar, levaram vários países a pensarem em propostas de reorganização dos sistemas nacionais de saúde, a partir do fortalecimento e ampliação da atenção primária à saúde.

A concepção de atenção primária à saúde vigente se baseia nas reflexões do médico inglês Bertrand Dawson que elaborou, em 1920, um relatório, no qual propôs que o estado organizasse um sistema de saúde que propiciasse o atendimento à saúde de toda a população, através de centros de saúde, que seriam responsáveis pela saúde das famílias de uma determinada região e estruturado de acordo com a realidade local e as necessidades de saúde desta população (COELHO, 2008).

No final da década de 1970 existia um amplo debate sobre os caminhos a serem seguidos pela saúde pública, principalmente quanto à forma e ao papel que a atenção primária à saúde teria nos sistemas nacionais de saúde.

Uma das propostas se consolidou na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão-URSS.

A Organização Mundial da Saúde confirmou a definição de atenção primária em saúde elaborada na Conferência de Alma-Ata, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p. 30-31).

Esta definição contempla os conceitos fundamentais para compreensão da proposta integral de atenção primária à saúde.

Articula a ideia de uma atenção essencial baseada em tecnologias e métodos cientificamente comprovados e que tenham legitimidade social.

Traz como princípio a universalidade no acesso, através de unidades de saúde, que devem estar próximas do local de moradia e trabalho da população, fazendo parte de um sistema integrado, e constituindo-se como a porta de entrada do sistema.

Aponta ainda que o fortalecimento da atenção primária constitui-se como uma estratégia prioritária para o desenvolvimento social e econômico da comunidade.

A Conferência de Alma-Ata além de contribuir para a construção e consolidação da atenção primária à saúde, também influenciou no conceito de saúde, ao definir saúde não somente com ausência de doença, mas como direito universal, devendo ser garantido através de ações econômicas e sociais visando à redução das desigualdades e a garantia do bem estar físico, psíquico e social (PUCCINI, 2005).

Em contraposição a esta concepção de atenção primária, o Banco Mundial propõe a ideia de programas seletivos de atenção primária para os países pobres, tendo como objetivo “a extensão de cobertura com base na oferta de ações de saúde simples e de baixo custo” (MOROSINI; CORBO, 2007, p. 51).

Segundo esta concepção o poder público deveria prover uma “cesta básica” de serviços e um conjunto mínimo de ações essenciais, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção, para os mais necessitados, devendo os demais serviços ser ofertados pelo setor privado.

A crise econômica mundial da década de 1980 e o apoio financeiro oferecido aos países pobres pelos organismos internacionais para implantação destes programas influenciaram vários países a seguirem este modelo reducionista de atenção primária em saúde.

No Brasil as propostas reducionistas de atenção primária à saúde tiveram menor impacto devido ao movimento pela reforma sanitária e o processo de redemocratização do país.

O processo de implantação da atenção primária à saúde no país teve um forte impulso na década de 1960, quando começaram a surgir propostas alternativas ao modelo de saúde hegemônico, centrado na atenção médica individual, tendo o hospital como o principal local de produção da assistência à saúde.

Estas propostas buscavam a construção de “um novo modelo que fosse mais democrático e socialmente inclusivo, que fosse capaz de se

responsabilizar pela saúde das pessoas”. Trazia uma concepção mais ampla de atenção à saúde, rompendo com o olhar apenas para o adoecimento, “tinha por referência a noção de que o estado de saúde das pessoas expressava uma relação direta com as condições de vida, o que exigia uma intervenção muito mais ampla” (MOROSINI; CORBO, 2007, p. 54).

Nos anos 1970 alguns municípios começaram a criar sistemas locais de saúde que buscavam ampliar a oferta de serviços de atenção primária à saúde às regiões periféricas de forma articulada com os outros serviços de saúde do município.

No final da década de 1970 essas experiências municipais (Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo e Montes Claros) começaram a ganhar visibilidade e influenciaram nas discussões sobre a atenção primária à saúde no país.

No final da década de 1970 e início da década de 1980 iniciou-se o movimento de redemocratização do país, que tinha como base o fim da ditadura, a abertura democrática e a garantia de direitos universais. Neste contexto a busca pelo direito universal à saúde teve amplo apoio popular.

Nesse momento a política de saúde pública brasileira ainda era fragmentada, sendo a assistência à saúde prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INANPS, àqueles que “tinham carteira assinada”, com um modelo centrado nos grandes hospitais, com baixa resolutividade e alto custo. As ações de prevenção, promoção da saúde e controle de endemias eram desenvolvidas pelo Ministério da saúde.

Este modelo deixava excluído do acesso ao cuidado em saúde uma ampla massa de brasileiros, que tinham como única alternativa o atendimento filantrópico das Santas Casas de Misericórdia.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro contou com a participação de vários atores como sanitaristas, profissionais de saúde, políticos de esquerda, gestores municipais e movimentos populares de saúde e culminou

com a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, com o tema “Saúde, direito de todos, dever do Estado”, na qual se construíram as premissas para a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (GONDIM; GRABOIS; MENDES (org.), 2011, p. 37).

A Constituição de 1988 traz em seu artigo 196 a consolidação das ideias propostas na VIII Conferência *“a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988, Art. 196).

O Sistema Único de Saúde é criado em 1990 através da Lei 8080 e traz como princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, participação popular e descentralização.

Neste contexto a *“atenção primária era um dos aspectos tratados como parte das discussões sobre a integralidade das ações na estrutura do sistema de saúde e não mais como a estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde”* (MOROSINI; CORBO, 2007, p. 57).

Nesse sentido se aproximava da concepção de atenção primária integral proposta na Conferência de Alma-Ata, sendo pouco influenciada pelas propostas reducionistas do Banco Mundial.

O Brasil optou por empregar o termo Atenção Básica ao invés do emprego do termo Atenção Primária, mais usual nos demais países, na implantação do Sistema Único de Saúde em contraposição a estas propostas reducionistas. (PUCCINI, 2005).

Puccini (2005) aborda de forma clara a diferença entre mínimo e básico, que irão nortear a concepção de atenção básica vigente no país.

“O mínimo se vincula ao menor, ao menos, identifica-se com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção; é acompanhado por supressão ou cortes de atendimento. Já o básico diz respeito a algo fundamental, principal, que serve de base de sustentação indispensável ao que a ela se

acrescenta. O básico requer investimentos sociais de qualidade que preparem o terreno para o surgimento de outras necessidades, que questionem os limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes” (PUCCINI, 2005, p. 9).

No país a Estratégia de Saúde da Família vem se consolidando como “estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais”, conforme apontado no Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006).

Inicialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, de 1991, e o Programa de Saúde da Família – PSF, de 1994, tinham características de programas reducionistas de atenção primária à saúde, pois buscavam principalmente a ampliação da cobertura assistencial às populações mais vulneráveis e em áreas sem assistência médica.

O processo de municipalização, com repasse financeiro e descentralização da gestão, desenvolvido no início da implantação do SUS, possibilitou a diversos municípios ampliação da rede de atenção básica e o fortalecimento do sistema municipal de saúde, com impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

A implantação do Programa de Saúde da Família em diversos municípios do Nordeste, como por exemplo, em Sobral no Ceará, com resultados positivos na implantação da atenção básica à saúde e na qualidade da assistência prestada à população, influenciaram as discussões sobre a implantação da atenção básica em todo país.

Estes resultados positivos alcançados pelo PSF aliados a uma forte pressão dos municípios pela efetivação de mecanismos de fortalecimento da gestão municipal e do financiamento da atenção básica influenciou o Ministério da Saúde a publicar a Norma Operacional Básica – NOB 01/96.

A NOB 01/ 96 é um marco na implantação do SUS e estabeleceu duas possibilidades de Habilitação da Gestão Municipal: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Estas formas de habilitação trazem em seu escopo a concepção de que o gestor municipal passa a ter a responsabilidade pela Gestão Plena da Saúde no município, de acordo com a sua capacidade de gestão e estrutura de serviços existentes.

Além disso, a NOB 01/ 96 cria um mecanismo de financiamento específico para a Atenção Básica, através do Piso de Atenção Básica – PAB, com repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. O PAB é composto por um valor fixo per capita e um valor variável para ações prioritárias.

Neste momento o Ministério da Saúde assume o Programa de Saúde da Família como modelo prioritário para implementação da Atenção Básica, e estabelece um incentivo aos municípios para a implantação do PACS ou PSF através do PAB variável.

Essa concepção é ampliada na Política Nacional de Atenção Básica, editada pelo Ministério da saúde em 2006, que estabelece que “a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007, p. 13).

A Política Nacional de Atenção Básica supera a ideia de Programa de Saúde da família, por compreender programa como uma ação pontual para enfrentamento de um determinado conjunto de problemas, e introduz a ideia de estratégia, como algo permanente, essencial, que faz parte da própria lógica do Sistema Único de Saúde.

1.1.2. Princípios e Fundamentos da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica à Saúde

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família tem se constituído como o modelo prioritário para implementação da Atenção Básica, estando seus princípios e fundamentos interligados.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza a Atenção Básica

“por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, o tratamento. A reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2007, p. 12).

Esta definição deixa clara a complexidade e a importância da atenção básica na organização do Sistema Único de Saúde.

Salienta que as equipes de atenção básica são responsáveis pelo cuidado em saúde da população de um determinado território, por meio do desenvolvimento de ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A atenção básica, nesta proposta, constitui-se como o primeiro contato do usuário com o sistema, coordenando e articulando o cuidado com os demais níveis de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica traz as principais características da atenção primária apontadas por Barbara Starfield: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (STARFIELD, 2002, p. 46).

Fausto e Matta ao analisarem as características apontadas por Starfield, as definem como elementos que organizam a atenção primária:

- *“Primeiro contato – implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.*

- *Continuidade – pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.*
- *Integralidade – as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviço de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.*
- *Coordenação – significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço”. (MOROSINI; CORBO, 2007, p. 57).*

A Estratégia de Saúde da Família tem como princípios a atuação em equipes multiprofissionais, organização do cuidado a partir das necessidades dos usuários, compreensão do território como processo e espaço geográfico no qual as pessoas vivem fortemente influenciadas pelas questões socioeconômicas, acessibilidade, adscrição da clientela, responsabilização pelo cuidado integral das pessoas e das famílias, fortalecimento do vínculo entre os usuários e a equipe, articulação com os princípios e diretrizes do SUS e constituição como um modelo substitutivo ao modelo médico hegemônico.

Nesta proposta, a Estratégia de Saúde da Família tem o território como elemento central e estruturante do processo de trabalho das equipes.

A compreensão de território para Saúde da Família difere das abordagens tradicionais da saúde, pois supera a concepção de delimitação de um espaço geográfico, área de abrangência, com uma clientela a ser adscrita.

Godim et al. reforçam esta ideia ao afirmar que “não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados” (GONDIM. et al. , 2008, p. 17).

Esta afirmação introduz a ideia de um território dinâmico, no qual vários processos acontecem simultaneamente e que projetos estão em disputa.

Araújo e Augusto (s/d) ao analisarem as contribuições de Mendes et al, introduzem duas conceituações de território. A primeira vê o território como um espaço físico completo e acabado, a partir de critérios geopolíticos, território solo. A segunda traz a ideia de território processo, que é construído e reconstruído a cada momento, em um processo contínuo e dinâmico de interferência dos atores presentes no mesmo. Nesta concepção, a análise dos conflitos e projetos em disputa faz parte do processo de compreensão do território.

Neste sentido o território passa a ser um espaço geográfico singularizado, fruto de um processo histórico de intervenção e interação de um grupo de atores sobre o ambiente.

Franco e Merhy apontam que apesar da riqueza dos conhecimentos associados à ideia de território processo, presente nos modelos baseados na vigilância à saúde, somente estes conhecimentos são insuficientes para que as equipes de saúde consigam responder à complexidade dos problemas de saúde, sendo necessário a agregar conhecimentos das áreas da epidemiologia, “clínica, sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento...” (FRANCO; MERHY, 2007, p. 99).

Santos e Rigotto (2011) fazem uma análise crítica da forma como as equipes da atenção básica tem se apropriado do território em que estão inseridas. Propõem a interligação dos olhares da atenção básica e da vigilância à saúde, como uma forma de ampliação da capacidade de compreensão do território e suas dinâmicas pelas equipes de saúde.

Os autores analisam

“o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempos e espaços determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma determinação, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em constante construção”. (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 389).

Esta compreensão ampliada do território impõe desafios às equipes de saúde da família, que precisam construir estratégias para captarem as diversas faces do território.

Apesar de o processo de territorialização ser previsto como uma atividade central na prática cotidiana das equipes de saúde da família, o seu modo de desenvolvimento não tem possibilitado uma compreensão ampliada do território.

Santos e Rigotto (2011) ao analisarem um estudo realizado por Santos em 2008, apontam uma distância significativa entre a análise do território realizada pela equipe de saúde da família de um bairro de Fortaleza e as reais condições de vida da população por ela atendida. Salienta ainda a existência de um conjunto de necessidades de saúde da população que não eram contempladas no rol de ações desenvolvidas pelas equipes.

Demonstrando com isso uma baixa capacidade de percepção da realidade de vida da população atendida pelas equipes de saúde da família daquele território e apontando para outro problema, ainda mais sério, que o território não se apresenta como elemento constitutivo nos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Franco e Merhy (2007) apontam a concepção higienista presente na Estratégia de Saúde da Família como dificuldade para que as equipes de saúde da família compreendam o território, de forma ampliada.

O modo prescritivo e normativo de implantação da Estratégia de Saúde da Família, adotado pelo Ministério da Saúde, também se constitui como um problema para equipes, pois obriga a execução de uma série de atividades burocráticas e dificulta arranjos organizacionais mais flexíveis.

Todas estas questões apontam para um distanciamento entre a prática das equipes de saúde da família e as concepções de Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS na Política Nacional de Atenção Básica e as reflexões de Starfield sobre a Atenção Primária.

Em uma análise superficial poderia se supor que a Atenção Básica, a Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família são praticamente sinônimos, porém alguns autores ao analisarem as concepções de modelos assistenciais que tem subsidiado as mesmas e o modo como vem sendo implantadas, apontam algumas discrepâncias entre elas.

Gil (2006) em seu artigo “Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro” analisa os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família presentes nos documentos do Ministério da Saúde, do período de 1990 a 2005, e nos artigos publicados nos principais periódicos científicos, buscados da Biblioteca Virtual da Saúde. Conclui que os documentos do Ministério abordam a questão apenas partir da NOB 01/96, que aponta a importância da Atenção Básica na mudança do modelo de atenção à saúde vigente, e traz a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua implantação.

Na análise dos artigos verifica que diversos significados são atribuídos a Atenção Primária, sendo o mais prevalente associado ao modelo de Cuidados Primários em Saúde, com caráter reducionista e focalizador de atenção à saúde.

A autora aponta que vários artigos utilizam os termos Atenção Primária e Atenção Básica como sinônimos, e com frequência associam os mesmos a concepção de Unidades Básicas como porta de entrada do sistema e primeiro nível de atenção.

Ao analisar a questão a partir dos modelos subjacentes, constata a presença de três propostas de embasamento teórico para as ações, Vigilância à Saúde, Ações Programáticas de Saúde e em Defesa da Vida.

Para autora o PSF, se apoia mais fortemente, no modelo de Vigilância à saúde, pois trabalha a “organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde,

paradigma da produção social da saúde”, e apresenta-se como uma estratégia de organização da Atenção Básica (Gil, 2006, p. 2).

A autora aponta ainda que o modelo de Ações Programáticas em Saúde baseia-se “na Programação em Saúde revisitada que trata, fundamentalmente, da discussão sobre a medicina enquanto um recurso essencialmente epidemiológico e da transição da dimensão médica individual para a coletiva”, também tem seus pressupostos influenciando o Programa de Saúde da Família e a prática das equipes (Gil, 2006, p. 2).

Alguns artigos, analisados por Gil (2006), adotaram como referencial teórico para organização da Atenção Básica o Modelo Atenção em Defesa da Vida, criado “pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas” (CARVALHO; CAMPOS, 2000, p. 1) que tem o foco

“voltado aos processos de trabalho em saúde, ao investir em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo para produzir mudanças no interior do sistema e transformações das pessoas e de suas práticas, privilegia o acolhimento, o vínculo, o contrato e a autonomia dos sujeitos na organização progressiva do cuidado como estratégias de transformação do sistema” (GIL, 2006, p. 4).

Esta abordagem traz para o foco da discussão a importância de se alterar os processos de trabalho das equipes de saúde da família, privilegiando o acolhimento, o vínculo, o trabalho em equipe e a ampliação da autonomia dos usuários em andar a vida.

Franco e Merhy (2007) ao analisarem os modelos de Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e o Programa de Saúde da Família, apontam que apesar dos mesmos se proporem a reorganizar e/ou substituir o modelo médico-procedimento-centrado hegemônico, tem pouca potência transformadora, pois não alteram os processos de trabalho centrados no saber e na prática médica tradicional que o sustenta.

Nesse sentido a compreensão de como os processos de trabalho das equipes de atenção básica ganham especificidades na Estratégia de Saúde da Família passa a ser uma questão fundamental para avaliação da capacidade transformadora do modelo hegemônico centrado no saber e na prática médica.

1.2. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ESPECIFICIDADES NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O processo de trabalho em saúde traz elementos comuns a todo processo de trabalho, características de outros processos de trabalho do setor de serviços e particularidades do setor saúde.

De forma geral o

“trabalho consiste em processo de transformação que o homem opera para atender às necessidades humanas, constituídas histórica e socialmente (...), o trabalho é um processo no qual o trabalhador põe em ação suas energias físico-musculares e mentais, operando uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos e da finalidade que o orienta na criação de um dado produto ou resultado, que pode se caracterizar como bem material ou serviço” (PEDUZZI, 2007, p. 20).

Esta definição traz os principais elementos de todo processo de trabalho e que estão presentes no processo de trabalho em saúde: é fruto da ação do trabalhador sob um determinado objeto; traz uma intencionalidade; cria um produto que atende a uma necessidade humana e envolve a articulação de um conjunto de saberes.

Apesar do processo de trabalho em saúde trazer elementos de outros processos de trabalho, eles assumem características próprias.

A intencionalidade no processo de trabalho em saúde se apresenta de forma multidimensional, pois atuam ao mesmo tempo as intencionalidades do

trabalhador e do usuário, com valores e interesses, muitas vezes, discrepantes.

No processo de trabalho em saúde os saberes dos profissionais tem que dialogar com os saberes dos usuários.

Outra característica que o processo de trabalho em saúde tem em comum com os outros processos de trabalho do mundo contemporâneo é a sua fragmentação.

A fragmentação do processo de trabalho na saúde assume uma dimensão própria, pois cada profissão contempla uma parte do processo de cuidado, sendo o produto final fruto da atuação de diversos profissionais.

Esta fragmentação dificulta a compreensão dos usuários e dos trabalhadores quanto ao papel de cada profissional e a articulação entre a prática de cada um, levando a uma sensação de cisão no processo de cuidado.

Outra característica que se apresenta no processo de trabalho em saúde, no modelo hegemônico de cuidado, é a predominância do saber médico sobre o saber das demais profissões.

O processo de trabalho em saúde tem algumas características comuns ao setor de serviços.

No processo de trabalho industrial o trabalhador produz um produto, que será consumido a posteriori pelo consumidor. O trabalhador não tem relação direta com o consumidor final. As necessidades do consumidor são satisfeitas pelo produto e não pela ação direta do trabalhador.

No processo de trabalho no setor de serviços a relação é direta entre quem consome e quem presta o serviço. As necessidades do consumidor deverão ser atendidas no próprio processo de produção. Implicando assim uma relação intersubjetiva entre o trabalhador e o consumidor.

Na saúde esta relação intersubjetiva é intensa e o usuário participa ativamente do processo de produção, seja, trazendo os seus valores e necessidades, seja, seguindo a prescrição proposta pelo profissional de saúde.

Peduzzi (2007) e Franco e Merhy (2007), abordam o processo de trabalho em saúde por perspectivas e referências teóricas diferentes. Peduzzi baseia-se nas Teorias da Intersubjetividade de Ayres e do Agir Comunicativo de Habermas. Franco e Merhy tem como base teórica a Análise Institucional de Deleuze e Guattari. Apesar das diferenças no enfoque e embasamento teórico, ambos salientam a importância do fortalecimento do momento de encontro do profissional com o usuário, como uma estratégia para a mudança no modelo assistencial e na produção do cuidado.

O momento de encontro das subjetividades do trabalhador da saúde com o usuário no processo de trabalho em saúde caracteriza-se pelo “Trabalho vivo em ato”, que para Merhy, é o centro do trabalho em saúde (MERHY, 2007, p. 48).

Merhy (2007) analisa como o trabalho vivo em ato se dá na micropolítica do trabalho em saúde. Para ele, no trabalho em saúde estão presentes três tipos de tecnologias: tecnologias duras, leve-duras e leves.

As tecnologias duras se referem às máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras aos conhecimentos/saberes estruturados dos trabalhadores e as leves, as tecnologias relacionais (vínculo, acolhimento, autonomização e gestão democrática) (MERHY, 2007, p. 49).

As tecnologias duras e leve-duras estão mais relacionadas ao trabalho morto e as tecnologias leves ao trabalho vivo em ato.

O arranjo destes três tipos de tecnologias no processo de trabalho em saúde determina a predominância do trabalho vivo ou do trabalho morto.

Arranjos com predominância do trabalho morto aprisionam a subjetividade do trabalhador, dificultando a expressão da criatividade, e mantendo os processos instituídos.

Já, os arranjos com predomínio das tecnologias leves possibilitam a intersubjetividade, e a construção de espaços de cuidado em saúde.

Campos aponta que os processos de trabalho em saúde centrados na lógica gerencial Taylorista, na qual, os trabalhadores devem ser controlados por meio de técnicas gerenciais, para reduzir ao máximo a expressão de sua subjetividade e aumentar a produtividade, produzem a alienação dos mesmos com seu processo de trabalho, não percebendo o resultado de seu trabalho como uma “Obra”. Obra no sentido de obra de arte, depositária das energias produtivas do trabalhador com algo que para ele tenha valor (CAMPOS, 2007).

Ele salienta a importância de se organizar processos trabalho em saúde que privilegiem o resgate da subjetividade dos trabalhadores na relação com os usuários.

Ao se analisar as contribuições de Merhy e Campos para compreensão dos processos de trabalho em saúde, fica clara a importância da organização de arranjos institucionais que privilegiem as relações intersubjetivas para produção do cuidado em saúde.

Peduzzi (2007) aborda o processo de trabalho e as relações intersubjetivas a partir da compreensão dos fatores comunicacionais presentes nos mesmos, salientando que *“na investigação sobre o trabalho em equipe multiprofissional da perspectiva do processo de trabalho em saúde, destaca-se a comunicação entre os profissionais, sobretudo por constituir o substrato e o veículo por meio do qual se articulam as ações e interagem os agentes, elementos imprescindíveis para a integração das equipes de trabalho”* (PEDUZZI, 2007, p. 35).

Outro ponto importante ao se analisar o processo de trabalho em saúde é que ele deve responder às necessidades de saúde da população assistida pela equipe.

Cecílio (1999), citado por Franco e Merhy (2003), aponta quatro grupos de necessidades em saúde: *“boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”*. (CECÍLIO, 1999 apud FRANCO e MERHY, 2003, p. 3).

Esta definição traz a amplitude das necessidades de saúde que as equipes de saúde devem atender. Salienta a importância do estabelecimento de vínculos e da busca da ampliação da autonomia dos usuários no processo de cuidado em saúde.

O processo de trabalho em saúde assume algumas particularidades na Estratégia de Saúde da Família.

Reis et al. afirmam que *“para desenvolver o PSF, são necessários outros saberes e novos instrumentos: produzir saúde considerando as famílias em suas condições concretas de vida requer que tomemos saberes, como os da cultura popular e da educação, produzidos por meio de diálogo, saberes que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização...”*. (REIS et al. 2007, p. 3).

Esta concepção é compartilhada por Oliveira e Marcon (2007) que salientam a importância do processo de trabalho na ESF assumir novos contornos, nos quais a assistência não seja pautada apenas por procedimentos técnicos, *“mas sim na inter-relação equipe/comunidade/família”* (OLIVEIRA , MARCON, 2007, p. 66).

O processo de trabalho das equipes de saúde da família deveria estar centrado na:

- Atuação em equipes multiprofissionais,
- Organização do cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários,
- Acolhimento das necessidades dos usuários e famílias,
- Fortalecimento do vínculo da equipe com os usuários,
- Compreensão ampliada do território,
- Análise dos determinantes e condicionantes da saúde presentes no território,
- Responsabilização pelo cuidado integral à saúde de uma determinada população,
- Rompimento da postura passiva das UBS tradicionais e realização de atividades extramuros.

A organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família a partir desta ampla gama de elementos constitui-se um desafio cotidiano para implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Vários autores abordam os desafios para mudança do modelo assistencial hegemônico e a construção de processos de trabalho a partir dos princípios acima.

Um dos desafios para implantação da ESF em toda a sua potencialidade é a efetivação do trabalho em equipe.

Esta questão tem dois aspectos fundamentais.

O primeiro diz respeito ao rompimento dos processos de trabalho centrados nos saberes e nas práticas médicas.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) ao analisarem os estudos de Fertoni (2003) sobre a implantação do PSF no município de Maringá, apontam que as equipes de saúde da família estudadas, ainda tem um modelo centrado no médico, no atendimento curativo e na atuação compartimentalizada, não rompendo com o modelo biomédico.

Franco e Merhy (2007) afirmam que

“no modelo médico procedimento centrado, a consulta médica é o centro do trabalho desenvolvido na unidade. A partir dela, é ofertado um cardápio de serviços a serem executados pelos outros profissionais. O processo de trabalho realizado por estes é estruturado e comandado pelos saberes e atos do médico, ficando claro que os profissionais não médicos não tem nenhuma autonomia para o trabalho profissional, nem mesmo para exercer o que lhes é facultado como competência profissional” (FRANCO e MERHY, 2007, p. 87).

Reis et al. (2007) salientam que o modelo biomédico é compartilhado por outras categorias da área da saúde e que sua prática cotidiana reforça o saber e o poder do médico na equipe.

Franco e Merhy (2007) apontam que as equipes de saúde da família precisam sair do aprisionamento dos saberes e práticas específicos de cada profissão e construir um campo de cuidado coletivo, fruto do trabalho de toda equipe.

O segundo está relacionado com a capacidade das equipes estabelecerem vínculos afetivos e efetivos com os sujeitos e com as famílias.

Os autores salientam que o processo de trabalho em saúde está baseado na relação intersubjetiva dos trabalhadores com os usuários. Acreditam que o momento do cuidado efetivo, do trabalho vivo em ato, pode constituir-se como um momento privilegiado para construção de vínculos e de corresponsabilização com o cuidado em saúde. Porém é necessária a formulação de processos de trabalho em saúde pautados por valores

humanitários de solidariedade e reconhecimento dos direitos dos usuários (FRANCO; MERHY, 2007).

Apontam ainda que para o PSF possibilitar a mudança de modelo assistencial, os processos de trabalho deverão se pautar no vínculo, acolhimento, responsabilização e ampliação da autonomia dos usuários. Salientam que o PSF tem dado pouca importância para a clínica, focando seu processo de trabalho basicamente no território, perdendo com isso sua potência transformadora (FRANCO; MERHY, 2007).

Resta e Motta (2005) abordam a dificuldade das equipes de saúde da família em organizar a assistência com foco na família, rompendo com os processos de trabalho focados no indivíduo.

As autoras salientam que

“o PSF surge embasado, principalmente, na temática da família como foco de sua ação, em busca da reorientação de um modelo de saúde pautado na construção coletiva, reafirmando o sujeito como cidadão responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento na família e no coletivo Para atingir este enfoque, é necessário olhar para este indivíduo dentro de sua realidade, ou seja, de sua família e de suas relações sociais, com as quais interlaçam as atividades de cuidar em saúde” (RESTA; MOTTA, 2005, p. 2).

As autoras enfatizam a importância das equipes conhecerem as famílias concretas com suas dinâmicas e conflitos. Não tentando enquadrá-las em uma concepção preconcebida.

Para elas, quando as equipes conseguem conhecer as famílias, podem compreender os fatores de riscos que estão expostas e organizar ações de promoção, prevenção e proteção à saúde.

Oliveira e Marcon (2007) também consideram o enfoque na família como um dos fatores centrais da ESF e afirmam que no *“PSF a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida*

como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem as interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas”. (OLIVEIRA; MARCON, 2007, p. 2).

As autoras ampliam a compreensão sobre a assistência a família, ao apontar como objetivo da mesma

“auxiliar a família a identificar e sanar, se possível, as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas e a tomar decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar a família, de que ela possa atender as necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento”. (OLIVEIRA; MARCON, 2007, p. 2).

O modelo assistencial proposto pelas autoras traz a família para o centro do cuidado, buscando compreender suas dinâmicas e fortalecer sua capacidade de cuidar de seus membros. Há uma preocupação muito forte com a ampliação da autonomia da família na produção do cuidado.

Franco e Merhy apontam como positiva a mudança do foco do indivíduo biológico, para o foco na família e no indivíduo em relação, porém salientam que as equipes não podem se prender a uma concepção estereotipada de família (FRANCO; MERHY, 2007).

A partir da análise dos processos de trabalho realizados por estes autores, pode-se perceber que os principais desafios para organização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família são o trabalho em equipe, a criação de desenhos organizacionais que privilegiem o vínculo, o acolhimento e a ampliação da autonomia dos usuários, a compreensão da dinâmica dos usuários e famílias no território e a responsabilização com o cuidado integral das mesmas.

1.3. A PROPOSTA DE TERRITÓRIO COMO ELEMENTO CONSTITUINTE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELEVÂNCIA E DESAFIOS

A Estratégia de Saúde da Família tem seu processo de trabalho fortemente pautado na compreensão de território.

Cada equipe de saúde da família é responsável pelo cuidado integral em saúde de até quatro mil habitantes, de um determinado território (Brasil, 2007).

As equipes de saúde da família são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e equipe de apoio.

Cada agente comunitário de saúde deverá acompanhar até 750 pessoas de uma determinada micro área.

A divisão das áreas e micro áreas para atuação das equipes de saúde da família se dá, em um primeiro momento, a partir dos mapas do território e dados demográficos do mesmo. Após uma primeira divisão geral, as equipes realizarão o cadastramento de todas as famílias residentes no território, levantando informações sobre as condições de vida e moradia, incidência de doenças e dados sócio demográficos de cada domicílio.

Após o cadastramento a equipe deverá realizar o processo de territorialização. Que consiste na compreensão do território solo e território processo, ou seja, a análise dos dados geográficos, sócio demográficos, epidemiológicos, fatores de risco e proteção existentes no território.

Apesar de a Estratégia de Saúde da Família estar baseada na compreensão do território e haver ampla normatização sobre sua implantação e funcionamento existem poucos estudos analisando como o território tem se

constituído, ou não, como um elemento estruturante para o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Neto e Sampaio (2008) apontam como um nó-crítico para a as equipes de saúde da família organizarem seu processo de trabalho com base no território a dificuldade de gerenciamento do território.

Os autores salientam que para “gerenciar território, necessita de profissionais que tenham a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos culturais, epidemiológicos, ecológicos” (NETO; SAMPAIO, 2008, p. 2).

Reis et al. ao analisarem o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de um município do interior de São Paulo, constataram que “uma parcela dos usuários, ao buscar assistência na USF, não teve sua necessidade de escuta atendida” (REIS et al. 2007, p. 5) Tal constatação aponta para uma forma de organização do processo de trabalho que não está pautado nas necessidades dos usuários, mas em uma oferta de serviços pré-estabelecida.

Os autores salientam que a unidade estudada tinha seu processo de trabalho ainda baseado no modelo assistencial médico-centrado, e as consultas médicas eram estruturadas na lógica da queixa-conduta. Apesar de o médico ter espaços em sua agenda para atividades extramuros, elas pouco interferiam em sua prática clínica.

Os atendimentos de enfermagem, que poderiam se constituir como um momento privilegiado de contato com as necessidades dos usuários tinham um caráter prescritivo, possibilitando pouca escuta dos mesmos. Outra dificuldade verificada na prática da enfermagem era falta de planejamento, com um olhar mais amplo para as famílias e comunidade, ficando muito centrada no atendimento individual.

Os autores apontam como positivo o grande número de atividades extramuros realizadas pela equipe, sejam por meio de visitas e atendimentos domiciliares ou ações de promoção da saúde. Atividades como os grupos de caminhada se mostraram importantes para reorganização das práticas da equipe, pois possibilitavam uma interação mais próxima com as necessidades dos usuários e serviam como base para discussões da equipe sobre a oferta de serviços prestados e serviram de base para criação de novos grupos e atividades na unidade.

Outro fator positivo destas atividades extramuros é que elas se constituíram como espaços para “discussões sobre problemas da unidade, da comunidade e da política local”, favorecendo uma relação mais próxima da equipe com a comunidade (REIS et al. 2007, p. 7).

Apesar de os autores salientarem a importância das atividades extramuros, eles não abordaram o território como um elemento importante na organização da equipe de saúde da família.

Barros e Sá (2010) analisaram uma unidade de saúde da família - USF e um serviço de emergência – SE, de um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro, buscando identificar as causas que levaram os usuários a procurarem o serviço de emergência ao invés da unidade de saúde da família.

Ao analisarem o processo de trabalho da unidade de saúde da família perceberam que a mesma tinha seu trabalho organizado de forma fragmentada e burocrática. Apresentava baixa capacidade de acolhimento e cuidado dos usuários.

Apesar dos autores não focarem a relação e a compreensão da equipe sobre o território, trazem constatações que apontam que o território constitui-se como mero pano de fundo para atuação da equipe, não interferindo diretamente na organização do processo de trabalho.

A agenda de consultas e exames laboratoriais era aberta no início do mês, sendo agendados os pacientes que chegavam primeiro, não havendo nenhum critério de priorização por risco.

Neste sentido, os autores apontam que *“a equipe de saúde da família achava impossível acompanhar a população da área de abrangência pela quantidade de pessoas adscritas (2911 pessoas), mas não estabelece nenhuma diferença de atenção a todas pessoas ou famílias em risco biológico, subjetivo ou social (...) Os procedimentos administrativos adotados na unidade quase sempre desconsideram a singularização do cuidado”* (BARROS; SÁ, 2008, p. 2479).

Os agentes comunitários eram os profissionais que mais conheciam “os sujeitos e famílias com risco social e orgânico e o território de abrangência”, porém este conhecimento era desconsiderado na organização do processo de trabalho da equipe (BARROS; SÁ, 2008, p. 2480).

Os autores apontam ainda que apesar da existência de diversos espaços para reunião de equipe, planejamento e educação permanente, estes demonstravam pouca potência para mudança do modelo médico-centrado e baseado em procedimentos.

Segundo os autores estes fatores levavam a falta de acolhimento das necessidades dos usuários, fragilidade nos vínculos da equipe com os usuários, desresponsabilização com o cuidado integral, baixa resolutividade e uma busca excessiva do serviço de emergência.

Lavado et al. (2007) analisaram o processo de trabalho de médicos de unidades de saúde da família de um município do Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina, constataram que apesar dos médicos estudados demonstrarem um alto grau de compromisso com sua prática profissional e uma conduta clínica tecnicamente consistente, seu processo de trabalho baseava-se nas tecnologias duras e leve-duras, tendo pouco vínculo com os

usuários e desconsiderando os fatores sociais e subjetivos na produção do cuidado.

O território não se constituía como um elemento norteador da prática médica nas equipes estudadas, sendo os fatores de risco social e subjetivo desconsiderados na organização do processo de trabalho setes profissionais.

Oliveira e Marcon (2007) analisaram como enfermeiros das equipes de saúde da família do município de Maringá no estado do Paraná, organizam seu processo de trabalho para prestar assistência às famílias de seu território. Elas verificaram que parte dos enfermeiros entrevistados afirma não realizar atividades para a família, tendo sua prática focada nos indivíduos. Alguns enfermeiros não diferenciavam o atendimento à família das atividades extramuros.

Quanto às atividades no domicílio as autoras perceberam uma predominância maior do levantamento de dados por meio do preenchimento das fichas do Sistema de Atenção Básica – SIAB, não se utilizando de outros instrumentos e agregando poucas informações ao prontuário dos usuários.

Rosa e Ladate (2005) ao analisarem as possibilidades de mudança do modelo assistencial, salientam como uma limitação para esta mudança a lógica das visitas familiares centradas em programas pré-estabelecidos, “simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde” de modo que “o enfoque família/comunidade fica completamente descaracterizado” (ROSA; LADATE, 2005. P. 5).

Santos e Rigotto (2011) são os autores, entre os estudados, que analisaram de forma mais consistente o processo de compreensão do território pelas equipes da atenção básica. Eles apontam que a estratégia de territorialização em saúde na atenção básica tem reduzido em muito a capacidade analítica *“acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território. Em verdade, a operacionalização*

da categoria território por parte dos profissionais do SUS vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito de espaço” tem sido restrito a uma questão administrativa, de distribuição da população para cada equipe da atenção básica (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 389).

Os autores salientam que a ESF trouxe inúmeros avanços em relação ao modelo biomédico, porém, apontam como limitação de sua capacidade transformadora, “a incapacidade dos profissionais das equipes de saúde da família de perceberem e operacionalizarem o ambiente-território” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 391).

Outro problema apontado pelos autores é a visão fragmentada que as equipes constroem do território, tendo dificuldade de articular “as condições de vida, e da situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 392).

O Sistema de Informações da Atenção Básica é apontado pelos autores como mais um fator que dificulta a compreensão do território por parte das equipes de saúde da família, pois possibilita análises muito parciais a respeito do mesmo, não traduzindo a riqueza dos processos vivenciados no cotidiano dos usuários.

Neste sentido, uma questão que se coloca é de que informações as Equipes de Saúde da Família se utilizam para compreender o território?

A Estratégia de Saúde da Família utiliza como instrumentos de captação e sistematização das informações do território: as visitas domiciliares, o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, o contato dos profissionais com os usuários em sua prática clínica, as reuniões de equipe, os projetos terapêuticos, o contato com outros equipamentos do território, informantes-chaves, dados epidemiológicos e sócio-demográficos.

Os estudos analisados apontam como fragilidades para captação e processamento das informações do território:

- Os agentes comunitários são os profissionais da equipe com maior contato com o território, porém o seu saber não é valorizado na equipe;
- O Sistema de Informações da atenção básica é utilizado de forma burocrática e reducionista, não possibilitando uma “leitura” do território por parte da equipe;
- As visitas domiciliares seguem roteiros pré-estabelecidos que dificultam o contato com os usuários e suas famílias e a compreensão da dinâmica de interação entre eles e com o território;
- As reuniões de equipe tem um caráter administrativo, dificultando a produção do trabalho em equipe;
- A prática clínica de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família ainda segue o modelo queixa conduta, utilizando-se pouco das tecnologias leves e não considerando as questões subjetivas e sociais na produção do cuidado;
- Os momentos de educação em saúde seguem a lógica prescritiva, possibilitando pouca escuta das necessidades dos usuários;
- As equipes tem dificuldade de organizar a atenção à família, mantendo o foco da assistência apenas no indivíduo;
- O processo de trabalho ainda é fragmentado e pautado na prática e no saber médico.

As questões acima referentes ao processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família provocam uma reflexão a respeito do potencial transformador da mesma no modelo assistencial vigente na atenção básica.

1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESTUDO

O Programa de Saúde da Família no município de Jacareí teve início em 1999, com a implantação de uma equipe, composta por médico generalista, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários e equipe de apoio, em um bairro periférico.

Esta equipe era responsável pelo atendimento de 580 famílias, o que corresponde a 100% de cobertura da área de abrangência e 0,6% da população do município. Situação que se manteve até 2003.

Em 2001 assume a gestão municipal, pela primeira vez, um partido de esquerda, tendo como uma de suas prioridades a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

A secretaria de saúde passou a ser gerenciada por uma equipe composta por profissionais com experiência anterior em gestão municipal, alguns profissionais com formação em saúde pública e vários profissionais com pouca experiência de gestão, porém comprometidos com o projeto de reorganização da saúde pública no município.

A reorganização da atenção básica passa a ser uma das prioridades da gestão da saúde, tendo o Programa de Saúde da Família como uma possibilidade de mudança.

Havia naquele momento um contexto amplamente favorável para mudanças na saúde. Os profissionais da rede esperavam que o novo governo promovesse mudanças na política de saúde vigente.

A partir de 2003, com a mudança no governo federal, o Ministério da Saúde criou o Proesf- Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família, que tinha como objetivo principal a ampliação do programa para municípios com mais de cem mil habitantes.

O Proesf propunha o repasse de recursos do Ministério da Saúde para investimento e custeio das Unidades de Saúde da Família aos municípios prioritários.

O município de Jacareí ao aderir ao Proesf estabelece o Programa de Saúde da Família como o modelo estruturante da assistência à saúde.

No final de 2003 o município inicia o processo de expansão do Programa de Saúde da Família, chegando ao final de 2004 a seis Unidades de Saúde da Família com doze equipes implantadas.

O processo de expansão do PSF possibilitou, além da ampliação da cobertura, um grande movimento de reflexão sobre a assistência prestada à população.

A contratação de novos profissionais para as Unidades de Saúde da Família, sua capacitação, as discussões em equipe e a supervisão institucional, desenvolvida pela coordenação do programa, possibilitaram inúmeros avanços na assistência à saúde.

As unidades de saúde convertidas em unidades de saúde da família demonstraram um maior contato com a comunidade e compreensão do território em que estavam inseridas.

Porém naquela época já podia se perceber que o desenvolvimento das equipes se deu de forma diferente, sendo que cada uma se relacionava com o território e com a comunidade de forma diferente.

A demora do Ministério da Saúde na efetivação da fase dois do Proesf e as inúmeras mudanças na equipe de gestão da Secretaria de Saúde do

município levaram a interrupção no processo e expansão da Estratégia de Saúde da Família, mantendo-se até hoje o mesmo patamar de cobertura do final de 2004.

Este processo gerou descrédito nos profissionais de saúde e na gestão com a possibilidade de mudança do modelo tecnoassistencial a partir da introdução da Estratégia de Saúde da Família.

Atualmente a gestão da Secretaria de Saúde vem tentando qualificar a Estratégia de Saúde da Família, por meio da capacitação das equipes e da implantação do Nasf- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Apesar da gestão e o monitoramento da Secretaria de Saúde ser semelhante para todas as unidades de saúde da família, pode-se perceber que a capacidade de cuidado, o contato com a comunidade e a relação com o território se dá de forma diversa em cada uma delas.

Algumas equipes de saúde da família parecem demonstrar maior facilidade para estabelecer contato com o território, compreendendo melhor suas dinâmicas e as relações com os determinantes e condicionantes da saúde da população assistida.

Esta compreensão ampliada do território parece mobilizar a equipe para arranjos no processo de trabalho que considerem os elementos do território em sua organização.

Os estudos analisados abordaram diversos fatores que têm influenciado na mudança do modelo assistencial da atenção básica, porém, pouco tem analisado sobre a concepção que as equipes de saúde da família têm sobre o território e como o mesmo se apresenta como elemento constitutivo nos processos de trabalho das equipes.

A questão que se apresenta no presente estudo é: Como as equipes de Saúde da Família consideram o território em seu processo de trabalho?

2. OBJETIVOS

A questão que se apresenta no presente estudo é: Como as equipes de Saúde da Família consideram o território em seu processo de trabalho?

Frente ao pressuposto de que, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família se constitui como modelo prioritário para a consolidação da atenção básica em saúde, e que a consideração do território apresenta-se como elemento fundamental na organização do processo de trabalho das equipes, a presente pesquisa tem os seguintes objetivos.

Objetivo geral:

- Compreender como o território se configura como elemento constitutivo nos processos de trabalho das equipes.

Objetivos específicos:

- Identificar e analisar as concepções de território dos profissionais das equipes de saúde da família.
- Analisar as potencialidades e limitações presentes nas concepções de território dos profissionais das equipes de saúde da família na perspectiva do cuidado integral à saúde na atenção básica.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

A presente pesquisa buscou compreender como o território se apresenta como elemento constitutivo nos processos de trabalho das equipes de saúde da família pesquisadas.

Partindo do pressuposto que a Estratégia de Saúde da Família tem como princípios a atuação em equipes multiprofissionais, organização do cuidado a partir das necessidades dos usuários, compreensão do território como processo e espaço geográfico no qual as pessoas vivem fortemente influenciadas pelas questões socioeconômicas, acessibilidade, adscrição da clientela, responsabilização pelo cuidado integral das pessoas e das famílias, fortalecimento do vínculo entre os usuários e a equipe, articulação com os princípios e diretrizes do SUS e constituição como um modelo substitutivo ao modelo médico hegemônico; esta pesquisa partirá de uma concepção ampliada de território, como um espaço dinâmico com inúmeros projetos em disputa.

Neste sentido o território passa a ser um espaço geográfico singularizado, fruto de um processo histórico de intervenção e interação de um grupo de atores sobre o ambiente.

Esta compreensão ampliada do território impõe desafios às equipes de saúde da família, que precisam construir estratégias para captar as diversas faces do território.

No presente estudo optou-se por uma pesquisa qualitativa, por ser mais adequada para a compreensão de fenômenos com múltiplas determinações e que são fortemente influenciados pela subjetividade dos indivíduos

pesquisados. Segundo Minayo (1992) as metodologias de pesquisa qualitativa são

“entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (Minayo, 1992, p. 10).

As metodologias de pesquisa qualitativa rompem com a lógica da ciência positivista, pois compreendem que a realidade se apresenta de forma parcial e inacabada, e o pesquisador, a partir de seu interesse, busca compreender um recorte da realidade, em um determinado contexto histórico e social (Minayo, 1992).

Neste sentido, as pesquisas qualitativas partem do pressuposto que fenômenos sociais não podem ser compreendidos exclusivamente por meio da mensuração de determinadas variáveis, e que se faz necessário o aprofundamento da compreensão de determinados fenômenos e os significados a eles atribuídos.

A análise de questões do campo da saúde exige um enfoque multidisciplinar e estratégico e “requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (Minayo, 1992, p. 13).

Trata-se de uma abordagem em pesquisa no qual o pesquisador, a partir dos conhecimentos prévios, olha a realidade em busca de novas compreensões e significados, e diante das questões apresentadas, repensa o próprio conhecimento, construindo novos saberes.

A bibliografia pesquisada e comentada anteriormente aponta que o processo de trabalho das equipes de saúde é atravessado por inúmeros fatores de ordem política, social, institucional, grupal e individual. Visando compreender estes “atravessamentos” e suas relações com a compreensão de território e o processo de trabalho das equipes, optou-se pela análise de documentos

da Estratégia de Saúde da Família no município em estudo e a realização de entrevistas com profissionais das equipes de saúde da família.

As entrevistas semi-estruturadas partem

“de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as informações das respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração da pesquisa” (Triviños, 1987, p. 146).

A análise dos documentos ajuda a avaliar as influências da gestão na organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família e as entrevistas permitem vislumbrar as concepções de território dos profissionais e como estas interferem na prática cotidiana das mesmas.

Vale ressaltar que as entrevistas possibilitam uma visão parcial da realidade, pois são atravessadas pela percepção do entrevistado sobre a própria prática e pela imagem que o mesmo tem das expectativas do entrevistador. Seria interessante se o pesquisador pudesse participar de algumas atividades da unidade (reunião de equipe, de projeto terapêutico, visita domiciliar, consultas profissionais e grupos educativos) porém tais intervenções não foram possíveis na presente pesquisa.

3.2 O LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi desenvolvida no município de Jacareí, estado de São Paulo, localizado no início da Bacia do Rio Paraíba do Sul, entre os dois principais centros urbanos do país, a 80 km de São Paulo e a 350 km do Rio de Janeiro. Possui uma população de 211.214 habitantes, dividida em 103.092 homens e 108.122 mulheres, sendo 98% urbana e 2% rural.

Tem sua economia baseada no setor industrial (aproximadamente 380 indústrias), comercial e de serviços.

Sua localização e o acesso as principais rodovias do estado (Rodovia Presidente Dutra, Ayrton Senna, Carvalho Pinto e Dom Pedro I) e a proximidade dos principais aeroportos (Aeroporto Cumbica – Guarulhos e Viracopos – Campinas), e os portos de São Sebastião e Santos, favorecem o desenvolvimento industrial e de logística de transporte.

Seu parque industrial possui empresas dos setores de alimentos, papel e celulose, química, vidro, aeronáutico e metalúrgico.

O município possui saneamento básico e coleta de lixo para quase toda a população, com cobertura para coleta de esgoto de 95% e de água tratada de 98% e coleta de lixo de 95%.

O município assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde em 1998 e vem ampliando a rede de saúde de lá para cá. Hoje conta com 7 unidades de saúde da família (20% de cobertura), 5 unidades básicas de saúde, 4 unidades básicas de saúde com atendimento não programado 12 horas, unidade de pronto atendimento infantil, unidade de pronto atendimento adulto e infantil, centro de especialidades odontológicas, ambulatório de infectologia, unidade de especialidades, centro de atendimento psicossocial, centro de atendimento psicossocial álcool e drogas, laboratório municipal e centro de atendimento integral ao adolescente.

Além da rede própria conta com dois hospitais filantrópicos conveniados ao SUS.

O Hospital São Francisco de Assis oferece atendimento oncológico, maternidade, pronto atendimento obstétrico, clínica cirúrgica, clínica médica, UTI, e exames complementares.

A Santa Casa de Jacareí presta serviços de pronto socorro, clínica cirúrgica, clínica médica, UTI, clínica psiquiátrica, infectologia e exames complementares.

Frente à ampla rede de serviços do município, para a presente pesquisa, optou-se pelas Unidades de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista e São Silvestre, por apresentarem situação socioeconômica diversa, estarem localizadas em regiões diferentes do município, terem uma boa avaliação por parte da gestão municipal, contarem com equipes completas, e terem a maioria dos membros da equipe de forma contínua nos dois últimos anos, possibilitando uma melhor compreensão do processo de trabalho, havendo menor interferência produzida pela rotatividade de profissionais.

A Unidade de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista está localizada na região sul do município, é cortada pela Rodovia Nilo Máximo, que liga Jacareí a Santa Branca, e pela Rodovia Carvalho Pinto. Compreende bairros operários de classe média baixa e bairros com ampla área rural. A área rural apresenta problemas no transporte público, dificultando o acesso dos usuários à unidade de saúde.

Houve um significativo incremento populacional na região devido à construção de condomínios residenciais de baixa renda do Programa Minha Casa Minha Vida. Para estes condomínios estão sendo encaminhados moradores de outras regiões da cidade, prioritariamente de áreas de risco e de moradias precárias.

A implantação dos novos condomínios na região tem causado uma mudança no perfil socioeconômico e aumentado as situações de violência.

A Unidade de Saúde da Família São Silvestre está situada do subdistrito de mesmo nome, distante 14 km do centro. Compreende dois núcleos urbanos e ampla área rural. É cortada pelo Rio Paraíba e pela Rodovia Euryales de Jesus, que liga Jacareí à Guararema.

O subdistrito de São Silvestre se desenvolveu a partir de 1958 com a implantação da Fábrica de Papel Simão SA que necessitou de mão de obra para construção implantação e operação da fábrica. Atualmente a fábrica faz parte do grupo Fíbria e é uma das maiores indústrias de papel e celulose da América Latina, sendo a principal contratante de mão de obra da região.

A área urbana é constituída por dois núcleos distintos, um mais próximo da fábrica, que conta com ampla infraestrutura e em que a maior parte da população são operários da fábrica e outro que se desenvolveu de forma desordenada e conta com áreas com moradias precárias e maior vulnerabilidade social.

A área rural é constituída por fazendas de plantação de eucalipto e chácaras de veraneio e apresenta problemas no transporte público, dificultando o acesso da população à unidade de saúde.

3.3 TRABALHO DE CAMPO

3.3.1 Coleta De Documentos

No projeto foi proposta a análise dos seguintes documentos:

- Plano Municipal de Saúde: apresenta análise situacional da saúde pública no município e “estabelece as intenções e os resultados a serem buscados nos próximos quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (Brasil, 2009, p. 55). Neste estudo será analisado o Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013, ou seja, o plano vigente.
- Programações Anuais de Saúde (2010 e 2011): instrumento que operacionaliza as intenções definidas no Plano Municipal e

estabelece as ações, metas anuais e os recursos financeiros para operacionalização do mesmo (Brasil, 2009, p. 55);

- Relatórios Anuais de Gestão (2010 e 2011): apresenta os resultados alcançados, em relação ao Plano Anual de Saúde (Brasil, 2009, p. 56);
- Plano de Ação Local (2010 e 2011): estabelece as ações a serem desenvolvidas durante o ano pela equipe local, em consonância com as diretrizes e projetos do Plano Municipal de Saúde;
- Relatório das reuniões de equipe de saúde da família: relata as discussões e decisões definidas nas reuniões de equipes de saúde da família;
- Projeto Terapêutico Singular: “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (Brasil, 2009, p. 41);
- Escalas de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde: estabelece o cronograma de visitas dos agentes comunitários de saúde;

Durante a fase de coleta dos documentos constatou-se a inexistência de alguns dos documentos propostos.

O município não elaborou e apresentou ao Conselho Municipal de Saúde a Programação Anual de 2011, não se podendo correlacionar a programação deste ano com o Relatório de Gestão do mesmo ano.

A análise dos Planos de Ação Local das unidades Plano de Ação de 2010 na UMSF Santo Antônio da Boa Vista e o Plano de Ação de 2011/2012 na UMSF São Silvestre estudadas teve que ser restrita ao, pois os demais planos não foram elaborados. A inexistência de um padrão de planejamento

local demonstra que tal prática ainda não está consolidada, dependendo fortemente do compromisso e do interesse de cada gestor local.

Nas visitas às unidades e nas entrevistas com as supervisoras verificou-se a inexistência de relatório das reuniões de equipe de saúde da família, não se podendo assim confrontar as informações coletadas nas entrevistas com o registro das reuniões de equipe.

A análise dos registros dos Projetos Terapêuticos Singulares só pode ser realizada na UMSF São Silvestre, que anota todos os projetos discutidos em equipe em um livro. A UMSF Santo Antônio da Boa Vista não registra as discussões e os projetos terapêuticos elaborados em equipe, sendo prejudicada assim a sua análise.

As unidades não elaboram nenhum instrumento de registro das escalas de visitas, sendo anotada apenas a escala da semana em um quadro negro na sala dos agentes, não se podendo analisar assim a lógica de composição das escalas, devendo-se ater aos relatos presentes nas entrevistas.

3.3.2 Entrevistas com Profissionais das Equipes de Saúde da Família

A literatura pesquisada sobre a estratégia de saúde família demonstra que os diversos profissionais das unidades de saúde da família têm inserções diferenciadas no território. Os profissionais que atuam no contato direto com a população de uma micro área tem uma vivência das características, relações e dinâmicas do território diferente daqueles que atuam mais na lógica da produção de procedimentos ou na gestão da unidade.

Neste sentido, na presente pesquisa optou-se por dividir os profissionais das unidades de saúde da família entrevistados em três grupos, segundo sua atuação na equipe, utilizando-se diferentes roteiros de entrevista (anexo 1):

1. Os profissionais que são responsáveis pelo atendimento da população de uma micro área, com maior possibilidade de desenvolvimento de ações externas à unidade (médico generalista, enfermeiro e agente comunitário de saúde);
2. Os profissionais que atuam mais na lógica da produção de procedimentos, desenvolvendo mais ações dentro da unidade (recepcionista, psicólogo, auxiliar de enfermagem, assistente social, dentista e auxiliar de consultório dental);
3. Os supervisores (gerente) das unidades de saúde da família, que atuam em função de gestão.

Na Unidade de Saúde da Família São Silvestre, do primeiro grupo, foram entrevistados os dois médicos generalistas, dois agentes comunitários de saúde (de um total de dez agentes comunitário daquela unidade) e um enfermeiro. A segunda enfermeira se demitiu poucos dias antes do início das entrevistas. Do segundo grupo, foram entrevistadas um recepcionista, um psicólogo, um auxiliar de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório dentário, totalizando dez profissionais.

Na Unidade de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, do primeiro grupo, foram entrevistados dois médicos generalistas, dois enfermeiros e dois agentes comunitários de saúde (de um total de oito agentes comunitários daquela unidade). Do segundo grupo, foram entrevistados um recepcionista, um dentista, um auxiliar de consultório dental, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo e um assistente social totalizando doze profissionais.

A escolha dos profissionais a serem entrevistados seguiu um roteiro pré-estabelecido, de acordo com a distribuição profissional das equipes, quando o número de profissionais de uma determinada categoria era superior ao estipulado, a escolha de qual seria entrevistado ficou a cargo da supervisora, conforme disponibilidade do profissional no momento da entrevista.

Foram entrevistadas os supervisores (gerentes) das unidades de saúde da família pesquisadas (que também atuam como enfermeiros nas equipes de saúde da família). Eles responderam as questões gerais dos demais profissionais e outras específicas da supervisão.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas, pelo próprio pesquisador, nos meses de novembro e dezembro de 2012, com duração entre sete e quarenta e seis minutos, a partir de roteiros prévios, sendo incluídas novas questões quando necessário.

Todos os vinte e dois profissionais de saúde entrevistados mostraram-se abertos e disponíveis para participação na presente pesquisa, respondendo as entrevistas de forma espontânea e sem demonstrar resistências aos questionamentos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Caracterização dos entrevistados:

Profissão	Idade	Tempo de atuação na prefeitura	Tempo de atuação na unidade atual	Participou do curso introdutório*
Médico	58	19	14	Sim
Médico	50	8	8	Sim
Dentista	32	11 meses	10 meses	Não
ASM	42	23	22	Sim
ACS	42	8	8	Sim
Aux. Enf.	38	5	2	Sim
ACD	48	19	19	Sim
Psicólogo	49	5	5	Sim

Enfermeiro	49	3	3	Sim
ACS	43	2	2	Sim
Dentista	32	1	1	Sim
ACS	26	1	1	Sim
Médico	27	3 meses	2 meses	Não
Médico	54	27	6	Sim
ASM	23	2	1	Sim
Enfermeiro	37	2 meses	2 meses	Não
Psicólogo	30	1	1	Sim
Ass. Social	53	13	9 meses	Não
ACD	26	4 meses	4 meses	Não
Enfermeiro	32	5	2	Sim
ACS	35	8	2	Sim
Aux. Enf.	22	2	2	Sim

*O curso introdutório tem como finalidade informar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família-ESF para atuarem segundo os princípios norteadores da ESF.

** Foram registrados todos os profissionais como se fossem do sexo masculino (apesar de terem sido entrevistados profissionais de ambos os sexos) para dificultar sua identificação e favorecer o sigilo.

As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades, durante o horário de trabalho dos entrevistados, sempre buscando causar o menor impacto possível no funcionamento das unidades e no atendimento à população.

3.4 ANÁLISE

A análise dos documentos buscou compreender as diretrizes políticas de saúde da secretaria de saúde do município pesquisado e como estas diretrizes têm influenciado no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

A análise se deu a partir de uma lógica decrescente, partindo-se do Plano Municipal de Saúde, documento norteador das diretrizes da política de saúde para um período de quatro anos, até os Planos Locais de Saúde e o Livro de Registros dos Projetos Terapêuticos da UMSF São Silvestre.

Foi analisada a influência dos modelos assistenciais (Modelo dos Programas de Saúde, Modelo das Vigilâncias em Saúde e o Modelo em Defesa da Vida) na elaboração dos referidos documentos e na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família estudadas.

As entrevistas foram analisadas a partir das seguintes categorias analíticas:

- Compreensão do território,
- Trabalho em equipe,
- Organização do cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários,
- Vínculo com os usuários,
- Desenvolvimento de atividades extramuros,
- Responsabilização pelo cuidado integral,

Após a análise separada dos documentos e das entrevistas foi realizada a triangulação entre eles, buscando verificar as correlações entre os mesmos,

as concepções de território subjacentes e a influência dos modelos assistenciais (Modelo dos Programas de Saúde, Modelo das Vigilâncias em Saúde e o Modelo em Defesa da Vida) na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família estudadas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (anexo1) e pela Secretaria de Saúde de Jacareí (anexo 2).

Todos os entrevistados foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de livre consentimento esclarecido (anexo 3). Os entrevistados não foram submetidos a qualquer forma de coação para participar da referida pesquisa, nem sofreram qualquer constrangimento devido a sua participação e suas respostas foram mantidas em sigilo, sendo suas identidades preservadas. Foi solicitada autorização para gravação das entrevistas, que foram posteriormente transcritas (anexo 4).

Na análise das entrevistas os profissionais serão identificados como médico 1, enfermeiro 1, ACS 1... mantendo-se o sigilo quanto ao seu nome, sexo ou qualquer informação que os identifique.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Na presente pesquisa a análise documental teve como finalidade verificar quais são as diretrizes da secretaria municipal de saúde para implantação da estratégia de saúde da família, como elas se relacionam com as demais ações de saúde e como influenciaram o planejamento local e a organização do processo de trabalho das equipes estudadas.

O Plano Municipal de Saúde vigente foi elaborado por membros da equipe gestora da secretaria e representantes do Conselho Municipal de Saúde. Apresenta

“os compromissos e tarefas a serem executadas pela assistência à saúde pública SUS no município de Jacareí durante os anos de 2010 a 2013. Nele estão contidas as diretrizes, prioridades e objetivos, a estimativa de metas a serem atingidas, as estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a perspectiva do Sistema Único de Saúde” (JACAREÍ, 2009).

O plano foi dividido em três grandes tópicos: Introdução, Diagnóstico Situacional e Princípios e Diretrizes Políticas.

O tópico Diagnóstico Situacional está subdividido em seis itens:

- Aspectos físico-territoriais, que apresenta as características geográficas do município (localização, área e estradas que cortam o município);
- Aspectos demográficos, que descreve a distribuição populacional;

- Aspectos socioeconômicos, que analisa a distribuição de renda, o índice de desenvolvimento da educação, saneamento básico e infraestrutura;
- Diagnóstico epidemiológico analisa os indicadores do município a partir do olhar dos programas de saúde implantados (saúde da mulher, hipertensão e diabetes, alimentação e vida saudável, saúde da criança, saúde bucal, saúde da família, tuberculose, hanseníase e DST/HIV/AIDS).
- Diagnóstico dos serviços de saúde analisa a rede de serviços por nível de atenção, a distribuição de recursos humanos e a produção dos serviços;
- Análise dos recursos financeiros aplicados em saúde.

O tópico princípios e diretrizes traz o objetivo geral e os específicos e os nove projetos prioritários (atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar, assistência farmacêutica, informação, regulação, qualificação da gestão, vigilância à saúde e ações programáticas). Cada projeto traz um objetivo, diretrizes, estratégia, prioridades e metas.

O Plano Municipal de Saúde de Jacareí estudado apresenta inúmeras informações sobre o município porém de forma desarticulada, os dados não são correlacionados e analisados em conjunto.

A análise epidemiológica a partir da divisão em programas dá uma noção do olhar que norteia a organização de cada programa, porém dificulta a compreensão da situação epidemiológica do município.

Para análise dos dados epidemiológicos utilizaram os indicadores do quadriênio anterior (2006 a 2009).

Os dados referentes ao Programa de Saúde da Família (o plano trabalha ainda com a nomenclatura de programa, não adotando ainda a proposta do

Ministério da Saúde que propõe a definição de Estratégia de Saúde da Família), apontam que o município vem mantendo uma cobertura de 20% da população, com equipes de saúde da família em sete unidades.

O plano apresenta ainda que “a ampliação da rede PSF no município continua sendo de interesse para Jacareí, porém se mantém vinculada a efetivação da segunda fase do convênio PROESF-BIRD que irá proporcionar condições financeiras para execução” (JACAREÍ, 2009).

Tal afirmação condiciona a ampliação da estratégia de saúde da família ao aporte de recursos do Ministério da Saúde.

O Projeto 1 – Eixo Estruturante da Atenção Básica traz como objetivo “reafirmar a Atenção Básica como local prioritário de acesso e solução da maioria das necessidades de saúde da população assistida objetivando maior eficiência e eficácia, principalmente quanto à promoção, prevenção e a recuperação da saúde individual e ou coletiva, incentivando a autonomia do cuidado” (JACAREÍ, 2009).

Tal objetivo reafirma a atenção básica como locus prioritário para o cuidado em saúde, de forma ampla e resolutiva, preocupado com o cuidado individual e coletivo e com a busca da autonomia.

Neste projeto estão contempladas cinco diretrizes, que propõem a adequação física das unidades, a ampliação do número de unidades, a recomposição das equipes, a implementação do modelo Estratégia Saúde da família e a ampliação do acesso às consultas não programadas.

A diretriz referente à implementação do modelo Estratégia e Saúde da Família traz como estratégia o estabelecimento de “mecanismos e ações para a mudança do modelo técnico assistencial em consonância com a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica” (JACAREÍ, 2009), alinhando a política municipal com as diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção básica.

Apresenta como prioridades a recomposição das equipes, a implantação do apoio matricial por meio do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, educação permanente para as equipes de saúde da família e ampliação do número de equipes.

Estas prioridades apontam para o compromisso com a implementação da Estratégia Saúde da Família, fortalecendo as equipes existentes e ampliando a cobertura. O apoio matricial e a educação permanente se apresentam como estratégias de qualificação da assistência através do fortalecimento do trabalho das equipes.

O plano municipal propõe como meta 35% de cobertura da estratégia de saúde da família até o ano de 2013.

A Programação Anual e o Relatório de gestão foram organizados na mesma estrutura do Plano Municipal de Saúde, sendo divididos nos mesmos projetos, diretrizes e prioridades, porém para cada prioridade foram incluídos um conjunto de ações.

A Programação Anual de 2010, no Eixo Estruturante da Atenção Básica, propõe a reforma e aquisição de equipamentos e mobiliários de duas unidades de saúde da família, sendo uma delas a UMSF São Silvestre que faz parte desta pesquisa.

Propõe ainda a recomposição das equipes de saúde da atenção básica, e estabelece como ação para o desenvolvimento desta prioridade a realização de um estudo sobre a necessidade de profissionais para cada unidade conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a contratação dos mesmos por concurso público.

Na diretriz Implementação do Modelo de Estratégia de Saúde da Família são propostos a implantação do NASF e o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes.

O eixo das Ações Programáticas são propostas diversas ações a serem desenvolvidas pelas equipes da atenção básica, influenciando fortemente a forma de organização do processo de trabalho das equipes.

O Relatório de Gestão do mesmo ano informa que as reformas das unidades de saúde da família estavam em andamento devendo ser concluídas no ano seguinte. A justificativa apresentada para o atraso das obras são problemas com as empresas contratadas e a necessidade de inclusão de itens não previstos previamente.

Quanto à recomposição das equipes informa que foram realizados o estudo de necessidade de profissionais por unidade, concurso público e iniciadas as contratações.

O relatório informa haver sido constituída equipe específica para o NASF, adquirido mobiliário e locado um veículo para deslocamento dos profissionais, porém não apresenta a lógica de trabalho da equipe nem sua interligação com a rede. Não explicita os mecanismos utilizados nas atividades de apoio matricial às equipes de saúde da família, atendo-se apenas às questões estruturais.

O relatório apresenta ainda que foram desenvolvidas ações de educação permanente com as equipes da atenção básica de forma articulada com o Programa de Hipertensão e Diabetes, buscando melhorar a linha de cuidado a estas patologias tão prevalentes. Aponta que tais ações tiveram a finalidade de despertar as equipes para o olhar do cuidado em rede, organizadas em linhas de cuidado, definindo-se o papel de cada serviço nesta rede.

Apesar de tal ponto ser abordado de forma concisa no referido relatório apresenta uma direcionalidade para a organização da rede de serviços.

O eixo informação indica ter sido implantada a sala de situação articulando um conjunto amplo de informações do município em um mesmo setor. Estas informações subsidiaram a elaboração de um boletim epidemiológico e as

ações de planejamento do ano seguinte. As informações sistematizadas na sala de situação foram discutidas com os supervisores das unidades de saúde por região e embasaram os Planos Locais de cada unidade.

Apesar de a simples divulgação das informações para os supervisores das unidades não ter capacidade de transformação das práticas de cuidado das equipes, a apropriação das informações pelos gestores locais e sua utilização no planejamento local pode iniciar um processo de aproximação ao território em que a unidade de saúde está inserida.

As supervisoras das unidades foram orientadas a discutir as informações fornecidas pela sala de situação com as equipes e a elaborar os Planos de Ação Local com toda a equipe.

A discussão dos dados locais com a equipe e a elaboração do planejamento local de forma conjunta são estratégias que aproximam a equipe do conhecimento do território e podem contribuir para corresponsabilizar a todos com as ações a serem desenvolvidas.

O Relatório de Gestão apresenta um rol de atividades desenvolvidas no Eixo das Ações Programáticas, com um breve resumo de como elas foram realizadas. Pode se constatar que algumas ações foram desenvolvidas com as equipes da atenção básica, nas quais as coordenações dos programas e a equipe gestora central apoiaram as equipes locais para o desenvolvimento das mesmas conforme a realidade local. Porém um conjunto significativo de ações foi desenvolvido a partir de roteiros pré-estabelecidos definidos pelo nível central sem a participação das equipes locais.

A organização do processo de trabalho das equipes da atenção básica a partir de programas pré-estabelecidos é um problema apontado por Rosa e Ladate (2005), pois empobrece a compreensão do território por parte dos profissionais ao enxergarem a realidade local por apenas um foco, não possibilitando a compreensão do território de forma mais ampla e

multideterminada, como um espaço dinâmico, com diversos projetos em disputa.

O Relatório de Gestão de 2011 segue a mesma lógica do ano anterior e aponta que as reformas das unidades de saúde foram concluídas e as mesmas mobiliadas e equipadas.

Informa que a recomposição das equipes passa a ser uma ação contínua devido à alta rotatividade de profissionais na rede, demonstrando assim dificuldade de fixação profissional.

Na diretriz referente à implementação da Estratégia de Saúde da Família aponta que as equipes de saúde da família foram redimensionadas segundo necessidades do território. Porém não especifica quais foram os critérios utilizados para este redimensionamento.

Aponta ainda que devido à admissão de diversos profissionais para as equipes de saúde da família, houve oferta do módulo introdutório para a estratégia de saúde da família para sua preparação.

A capacitação dos profissionais de saúde da família logo após sua admissão é uma estratégia interessante, pois a maioria dos profissionais de saúde não tem formação específica prévia para atuação neste modelo assistencial, continuando a exercer sua prática profissional conforme o modelo hegemônico médico centrado.

Além da capacitação no módulo introdutório para as equipes de saúde da família o relatório aponta que foram realizadas diversas ações de educação permanente, sendo algumas potencializadoras de processos de mudança no modelo assistencial.

Foram realizadas reuniões técnicas semanais com os profissionais de saúde mental, buscando a reorganização da rede de cuidados em saúde mental. Estas reuniões tiveram o apoio da coordenação de saúde mental e da equipe do NASF. Este processo de reflexão coletiva culminou com a

realização de um seminário municipal de saúde mental para elaboração da política municipal de saúde mental.

A construção coletiva de propostas de cuidado em rede, com a definição dos fluxos e do papel de cada serviço nesta rede, ajuda na organização do cuidado integral, rompendo em parte com a fragmentação da assistência.

Foram realizados diversos encontros com profissionais anteriormente formados como facilitadores de educação permanente em saúde. Estas reuniões envolveram quatorze profissionais de diversas unidades de saúde e tiveram como objetivo apoiar sua atuação como facilitadores nas unidades de saúde de origem.

Foram realizadas dez rodas de conversa nas unidades de saúde sobre violência, buscando sensibilizar os profissionais para a questão da violência doméstica e violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

O relatório indica ainda a realização de um Seminário sobre Gestão do Trabalho em PSF para supervisoras e enfermeiras das equipes de saúde da família, porém não especifica como foi realizado, não podendo se verificar o enfoque adotado, se prescritivo ou emancipatório.

Apesar do Plano Municipal de Saúde reafirmar a atenção básica como eixo estruturante para organização do cuidado e propor que esta se organize a partir dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica, estas diretrizes, tiveram pouca influência na forma de organização dos Planos de Ação das unidades de saúde da família pesquisadas, que foram elaborados na lógica programática, não partindo do diagnóstico da qualidade da assistência prestada à população nem dos desafios para a melhoria desta assistência.

O Plano de Ação da UMSF São Silvestre apresenta como metas implementar o Programa de Saúde da Criança, o Programa de Saúde do Adolescente, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Adulto, Programa de Saúde Bucal, desenvolver ações de saúde do trabalhador,

fortalecer o controle social e incrementar organização do processo de trabalho.

O foco está na implementação dos programas e não na assistência à saúde da população. As propostas respondem a um conjunto de ações previamente definidas pelas coordenações dos programas. Não analisam a realidade local nem a lógica de produção do cuidado.

A análise do território não aparece em nenhum momento no Plano de Ação da unidade. Parece que esta existe por si só, não tendo seus propósitos relacionados com um determinado território.

No eixo do fortalecimento do controle social são apontadas como ações o fortalecimento da parceria com a Pastoral da Saúde e a implementação de parcerias com o NEA- Núcleo de Educação Ambiental da fábrica Fibria e com os Vicentinos. Esta foi a única brecha do plano para inclusão de ações que tivessem em consideração elementos constituintes do território no processo de planejamento local.

O eixo do incremento da organização do processo de trabalho poderia se constituir como uma brecha para a análise do processo de trabalho da equipe, porém o foco continua sendo prescritivo e/ou burocrático, tendo como ações propostas a melhora das anotações nos prontuários e formulários, reorganização dos prontuários e análise dos protocolos da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde.

O Plano de Ação da UMSF Santo Antônio da Boa Vista é organizado na lógica programática, porém antes da definição das ações por programa apresenta a população atendida, a localização da unidade, a equipe da unidade e alguns dados referentes aos atendimentos por eixo programático (saúde bucal, saúde da mulher, hipertensão e saúde da criança).

Apesar de o Plano de Ação desta unidade também estar estruturado por eixo programático, as ações propostas dialogam com a análise das atividades desenvolvidas na unidade, a cobertura esperada para a

população adscrita e a quantidade de ações realizada. É um enfoque ainda de desempenho, não incluindo a análise do território em que a unidade está inserida, mas leva em conta no planejamento pelo menos o resultado alcançado no período anterior.

No Plano de Ação constam dados de morbidade na população adscrita no ano anterior, porém sem ações propostas para sua redução.

Os dois planos de ação não apontam indicam como foram construídos e trazem apenas o nome do supervisor da unidade à época de sua elaboração. Como os dois supervisores não estão mais nas unidades estudadas não se pode questiona-los sobre a forma de elaboração dos planos de ação nas entrevistas.

Os planos estudados condizem com os achados de Elia e Nascimento (2011), que estudaram a construção dos planos locais das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro, e constaram que os planos locais reduziam a prática profissional das equipes e tinham um caráter extremamente normativo.

A UMSF São Silvestre conta com um livro (tipo livro de atas) na qual anota, de forma resumida, todos os projetos terapêuticos elaborados pela equipe.

Os registros dos projetos terapêuticos, de forma geral, trazem o endereço da residência da família, o nome do agente comunitário que acompanha a mesma, um familiograma (forma de identificação gráfica, semelhante a um fluxograma, com os laços familiares dos moradores daquela família, idade dos membros e primeiro nome de cada um) que possibilita a identificação rápida da família estudada, fatores de risco e proteção e as ações a serem desenvolvidas pela equipe para minimizarem os fatores de risco e potencializarem os fatores de proteção.

A análise dos fatores de risco e proteção inclui fatores físicos, psíquicos e sociais. Na maioria dos projetos terapêuticos havia anotações sobre problemas de saúde, situações de exposição à violência, uso abusivo de

álcool e/ou drogas de algum dos membros da família, condições de vida e moradia e referentes à capacidade de se auto sustentarem. Algumas anotações contemplavam informações sobre o apoio de vizinhos e outros familiares no cuidado em saúde, referentes à localização da moradia (proximidade da unidade de saúde ou facilidade de acesso do agente comunitário) e suas características (tamanho, número de cômodos, falta de ventilação, excesso de umidade ou se há mais de uma casa no mesmo terreno).

As informações referentes aos fatores de risco e proteção eram consideradas nas ações propostas.

Nas ações propostas são consideradas intervenções da própria equipe (intensificação das visitas do agente comunitário; visitas por outros profissionais, médico, enfermeira ou psicóloga, agendamento de consulta na unidade, coleta de exames no domicílio), em outra unidade de saúde (agilizar consulta especializada junto à regulação, contato com o especialista que acompanha o usuário, encaminhar a um serviço especializado, discutir o caso com a equipe de um serviço de referência em saúde mental, encaminhamento para fisioterapia, mudança de horário em serviço especializado para facilitar o comparecimento do usuário ao atendimento e acompanhamento do usuário ao serviço de saúde mental por membro da equipe da unidade), ações junto a outros órgãos públicos ou da comunidade (contato e encaminhamento ao CRAS – Centro de Referência em Assistência Social ou ao Creas – Centro de Referência Especializada em Assistência Social, contato com o Conselho Tutelar ou Conselho da Criança e do Adolescente, contato com o NEA – Núcleo de Educação Ambiental da fábrica Fibria, encaminhamento para grupos de autoajuda, programas de formação profissional e/ou de geração de renda ou programas de transferência de renda e acompanhar usuário para retirar documentos) e realização de atividades de educação em saúde ou de prevenção e promoção da saúde (realizar palestras na escola ou na comunidade, incluir os usuários em grupos temáticos, orientação sobre cuidados com a casa e

hábitos de higiene, realizar mutirões em parceria com outras secretarias para recolhimento de lixo e objetos inservíveis, fornecimento de hipoclorito para o tratamento da água).

Alguns projetos terapêuticos fugiram do padrão abordando questões mais amplas.

Um deles traz uma descrição detalhada da zona rural na qual a residência da família está inserida, ressaltando a distância de estradas e outros pontos de localização. Aponta características do bairro, como predominância de chácaras, ausência de iluminação pública, falta de coleta de lixo e número de igrejas, total de usuários com patologias crônicas e alguns casos agudos. Frente a uma visão ampliada do território a equipe propõe ações mais amplas como: orientar a população quanto à necessidade de mobilização e reivindicação junto a órgãos públicos por melhorias no transporte público, tratamento de água e esgoto, coleta de lixo regular e elaboração de uma relação de usuários que necessitam de transporte para tratamento de saúde e encaminhamento à secretaria de saúde (setor de ambulâncias).

Outro projeto terapêutico teve como foco uma micro área e traz informações sobre a distribuição populacional e número de usuários com patologias diagnosticadas. Neste caso o foco das ações está direcionado ao conjunto de usuários e não a uma família em especial. Traz como propostas de intervenção: parceria com o NEA para inclusão dos adolescentes nos projetos desenvolvidos pelo núcleo, realização de atividades educativas junto à escola estadual sobre DST/HIV, métodos contraceptivos e drogas, reunir os líderes da comunidade para planejamento de ações coletivas e promover mutirões de vacinação.

Todos os projetos terapêuticos registrados no livro da unidade consideram elementos do território na análise das vulnerabilidades a que a família/usuários estão expostos, porém estes dois projetos em especial demonstram uma preocupação da equipe de saúde da família com a melhoria da qualidade de vida da população sob seus cuidados.

Estes dois projetos terapêuticos, ao analisarem o território de forma mais ampla e proporem intervenções que vão muito além do campo da saúde, dialogam com as proposições de Franco e Merhy, ao organizarem a atuação da equipe em processos de trabalho pautados por valores humanitários de solidariedade e reconhecimento dos direitos dos usuários (FRANCO; MERHY, 2007).

Neste caso a equipe da unidade de saúde se percebe como ator na construção de um território mais saudável. Conforme apontado por Godim et al. “é preciso enxergar o setor saúde como um ator a mais nesta arena (e não o único), com atribuições específicas, a saber, ajudar a construir ambientes saudáveis” (GONDIM. et al. , 2008, p. 17).

A compreensão do território como um espaço construído coletivamente, devendo a responsabilidade ser compartilhada pela equipe de saúde também é abordada por Santos e Rigotto ao afirmarem “o território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população; seria também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 393).

A UMSF São Silvestre apresenta uma enorme discrepância entre o instrumento de planejamento local e os registros referentes aos projetos terapêuticos. O Plano Local é fortemente influenciado pelo Plano Municipal de Saúde e pela lógica programática e os registros dos projetos terapêuticos dialogam com o processo de trabalho da equipe e com o território em que a unidade está inserida.

A análise da interferência destes instrumentos na prática das equipes será abordada em outro ponto deste trabalho.

4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

4.2.1 Concepções De Território

Os profissionais entrevistados apresentaram concepções distintas sobre o território em que atuavam.

Godim et al. ressaltam que a categoria território vem sendo utilizada com diversas finalidades no campo da saúde:

- *“Distribuir e localizar no espaço unidades de saúde, traduzidas em áreas de abrangência e acessibilidade a serviços e produtos de saúde;*
- *Compreender e analisar o processo saúde-doença, identificando os fatores determinantes em suas múltiplas dimensões – sociaeconômica política e cultural;*
- *Circunscrever e elaborar diagnóstico da situação da saúde e das condições de vida de uma população de referência;*
- *Identificar necessidades, situações-problemas e populações específicas para as intervenções em saúde;*
- *Localizar e especializar riscos à saúde e ao ambiente;*
- *Definir base populacional, o nível de agregação das variáveis (determinantes e condicionantes) e a escala de observação – base cartográfica, nos estudos epidemiológicos espaciais;*
- *Planejar e alocar recursos (físicos, financeiros, tecnológicos), inclusive pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de uma área e população específicas.” (GONDIM. et al. , 2008, p. 14).*

Estes diversos olhares sobre o território estão presentes nas entrevistas dos profissionais das duas unidades de saúde estudadas, sendo abordados em maior ou menor profundidade.

Vários profissionais trazem a compreensão do território solo, associando-o ao espaço físico, com suas características, distância da unidade, relevo, acidentes geográficos, barreiras naturais, vias de acesso, poluição, área urbana ou rural, existência de transporte coletivo, tratamento de água e esgoto e condições de moradia.

Esta forma de compreender o território foi sistematizada por Araújo e Augusto, a partir das reflexões de Mendes et al. como “um espaço físico, completo e acabado, são os critérios geopolíticos que definem um território e denomina-se território solo e é o que dá sustentação a visão topográfica-burocrática de distrito sanitário” (ARAÚJO; AUGUSTO, p.2).

Nas entrevistas alguns profissionais apontaram a delimitação espacial do território, salientando os bairros e áreas que o compõem.

“temos a parte rural, com três territórios, mais a urbana, temos também o Boa Vista e o Colônia” (assis. social 1).

“eu sei que é bem dividido entre área urbana e rural...na urbana tem dois bairros, que é o Colônia do outro lado da pista, que é muito difícil de acessar o posto e tem o Santo Antônio da Boa Vista” (dentista 1).

“Santo Antônio da Boa Vista inteiro, tirando os prédios, as casas e o Leblon”, (ACS 2).

“eu divido que temos uma área urbana, urbana mesmo, mais próxima ao postinho e uma intermediária, mais afastada” (médico 4).

“eu atuo na urbana, nas micro áreas 4 e 5, a área da Cesarina e do São Gabriel, mais próxima, mas não tão próxima, do outro lado do rio” (ACS 4).

“é dividido em urbana e rural” (enfermeiro 3).

“eu sou da urbana e da rural” (psicólogo 2).

“eu sou responsável pela parte urbana” (Dentista 2).

A médica 1 ao descrever o território em que atua, ressalta “são dois bairros bastante distintos. A gente tem o Santo Antônio, com uma população mais idosa e caseira, bem mais interiorana, pacata. No Colônia é um bairro mais novo, com uma população mais ativa e participativa”. Esta definição articula um olhar sobre a delimitação geográfica do território com características da população. Traz características geográficas mas não se atém apenas a elas, amplia o olhar sobre o território acrescentando características da população, que irão interferir na forma de ocupação do mesmo.

Santos e Rigotto apontam a necessidade de “não se pensar o território por si, mas em termos de seus contextos de uso” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 389).

Neste sentido, Godim et al. salientam a necessidade de se “conhecer o território, sua população, e os processos que aí se desenvolvem (o território usado), bem como reconhecer as múltiplas e diversas territorialidades” (GONDIM. et al. , 2008, p. 14).

Esta forma de compreender amplia o olhar do território solo para uma visão de território processo, no qual “os conflitos fazem parte do processo de conformação do território” (ARAÚJO; AUGUSTO, p.2).

Na análise das entrevistas pode se perceber algumas colocações que focam apenas o território solo, com suas características geográficas e alguns profissionais trazem um olhar mais amplo, incluindo a forma de ocupação do mesmo, com suas dinâmicas e conflitos.

Alguns dos profissionais que trazem uma compreensão do território associada às dimensões geográficas e relacionaram estas características com a facilidade ou a dificuldade de acesso à unidade de saúde e a vinculação às atividades propostas, apontando assim para seus contextos de uso.

O médico 1 aponta que “o grosso da população fica muito em volta do posto e tem acesso fácil”. Salienta ainda que “para vir do Colônia para cá tem que

atravessar a estrada. Os idosos que tinham medo de atravessar tinham que subir o morro”. Estas colocações deixam claro que o território solo e suas características geográficas interferem no acesso à unidade de saúde.

Esta visão é compartilhada com o psicólogo 1, que afirma que “a rodovia que divide nossa área de abrangência é perigosa para o idoso atravessar, a região é montanhosa, o posto fica no pico do morro”. Esta afirmação aponta a dificuldade de acesso à unidade e salienta que um determinado grupo (idosos) é mais suscetível a esta característica do território solo.

O assistente social 1 também aborda a dificuldade de acesso à unidade ao afirmar “a distância do Colônia até aqui é muito longa a percorrer e muitos chegam fragilizados”. Esta afirmação reforça a dificuldade de acesso devido à distância e acrescenta um olhar sobre o risco à saúde associado a esta questão.

Gondim et al. ao analisarem a heterogeneidade dos territórios e as formas de ocupação, salientam que o território produz “riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social” (GONDIM. et al. , 2008, p. 2).

Esta questão também é abordada pelo médico 3 ao afirmar “bem longe da unidade...tem muita dificuldade de acesso”.

O psicólogo 2 comenta “a gente percebe que para o pessoal da rural é mais difícil, por causa da distância”. Este comentário aponta que o acesso ao serviço de saúde é fortemente influenciado pela distância da unidade de saúde.

O agente comunitário de saúde 3 afirma “é longe da unidade, a minha área é a mais distante, uns 10 km e a dificuldade que eles tem lá é o transporte, é contramão, eles pegam três circulares para virem para cá”. Neste relato fica clara a dificuldade de acesso à unidade, que é agravada pela falta de transporte coletivo da área até a unidade. Salientando que as características geográficas (território solo) são influenciadas pela forma de ocupação do território (território processo).

Ainda sobre a questão do acesso, outro ponto abordado pelos entrevistados relaciona a dificuldade de acesso da equipe à população e a necessidade de adequação no processo de trabalho.

O enfermeiro 2 aponta que “a rural é mais extensa, uma casa longe da outra, toma mais tempo”. Deixando clara a dificuldade no acesso à população e a diminuição do número de visitas realizadas por dia.

O enfermeiro 1 aponta que “tem lugar que é muito longe, como a rural, que eu não consigo chegar, eu não consigo dar a assistência que eu queria”. Neste relato constata-se que há diferença na assistência prestada à população, havendo mais dificuldades para os que residem mais longe da unidade de saúde.

O médico 1 também aborda a questão, “tem lugar que leva uma hora e meia, o caminho é muito acidentado, vamos parando nas casas”. Apesar da distância e do cansaço físico ela ressalta “uma coisa que ajuda a equipe é o contato com a zona rural, é longe mais traz paz, é muito tranquilo... dá uma espairecida, desestressa”.

O médico 3 aponta que devido à distância a equipe teve que adequar o processo de trabalho, “tem muita dificuldade de acesso, por isso fazemos muitas ações de saúde nas microáreas 3 e 2, fizemos atendimento preventivo, vacina, atendemos numa igreja”.

O agente comunitário de saúde 3 também aponta a necessidade da equipe ir até o usuário da zona rural, promovendo o atendimento no bairro. Ele afirma “começamos a fazer campanhas na zona rural... na minha área vai ser a terceira vez, a gente pega uma igreja emprestada e fazemos uma campanha, atende mais pessoas que atender nas casas... vai o médico, dentista, vai, enfermagem, os agentes dão apoio”.

O enfermeiro 3 também ressalta a dificuldade de acesso e salienta “a grande dificuldade da rural é a distância, não tem transporte, eles tem que andar dois quilômetros para chegar no ponto de ônibus. É mais fácil a gente ir lá”.

O desenvolvimento de ações na zona rural, de modo mais próximo da população, facilita o acesso dos usuários e possibilita um contato mais próximo com a realidade de vida dos usuários.

O assistente de serviços municipais 2 aponta que o atendimento na recepção também é reorganizado devido a dificuldade de acesso dos usuários da zona rural. Ela afirma “zona rural, a distância, chega aqui não tem vaga certinha, diz que mora longe e a gente quebra um galho”.

A priorização do agendamento para a população da zona rural também é abordada pelo assistente de serviços municipais 1 ao afirmar “nós marcamos a parte rural, porque seria inconveniente a pessoa andar três horas para vir no posto e não ter consulta”.

Estas afirmações demonstram flexibilização no processo de agendamento para os pacientes da zona rural, apontando para a consideração do território na organização do processo de trabalho.

O médico 3 aponta que a equipe vai tentando estratégias diferentes para facilitar o acesso da população, “esse ano fizemos uma estratégia de fazer rodízio, a cada quarenta e cinco dias ficamos fixos em um ponto, geralmente uma igreja ou uma casa, armamos uma barraca e chamamos as pessoas, a ideia é fazermos novos atendimentos”.

Esta ação também é apontada como uma estratégia interessante de acesso aos usuários pelo agente comunitário de saúde 3, ele afirma “trabalho na rural tem que ser mais próximo, começamos a fazer as campanhas na rural agora, fizemos no ano passado e agora está mais intensivo. Na minha área vai ser a terceira vez, a gente pega uma igreja emprestada e fazemos uma campanha, atende mais gente, dá um sustento melhor na comunidade, aí vai médico, dentista...enfermagem, os agentes dão um apoio”.

Estes relatos demonstram uma preocupação da equipe em acessar os usuários que têm maior dificuldade de acesso e que normalmente não buscam a unidade de saúde da família. Apontam também uma flexibilização

da equipe em tentar novas estratégias para o atendimento dos usuários com menor vinculação com a unidade, porém nos relatos dos profissionais entrevistados não pode se perceber uma oferta diferenciada de cuidados direcionados para as necessidades de saúde daquela população, mantendo-se o mesmo tipo de oferta disponível na unidade.

Faria et al (2009) salientam a necessidade de se considerar as diferenças sociais e a forma de adoecimento de cada grupo social presente no território na organização dos serviços de saúde.

Este olhar aponta para uma conformação dinâmica das equipes e dos serviços de saúde, devendo variar conforme as características de cada território, neste sentido o território constitui-se como um elemento fundamental para a estruturação dos serviços de saúde.

Apesar de vários profissionais salientarem a importância do desenvolvimento de atividades na zona rural, como uma estratégia de aproximação da população que tem mais dificuldade de acesso à unidade de saúde, o enfermeiro 2 salienta que na área rural “é mais difícil fazer campanha por que não tem um lugar onde o pessoal possa se reunir, é difícil de fazer grupo” e “na urbana é mais fácil, tem igrejas que emprestam o salão”.

Este relato aponta para a falta de recursos em algumas comunidades mais distantes, dificultando assim as ações nesta região.

Alguns entrevistados abordaram as questões ambientais presentes no território. Este enfoque é mais presente nas entrevistas dos profissionais da Unidade do São Silvestre devido à presença de uma fábrica de papel e celulose na área de abrangência da unidade.

Esta questão é abordada de forma clara pelo psicólogo 2, ao afirmar “acho que a Fibria interfere bastante, tem dias que o cheiro está insuportável”.

O auxiliar de consultório dental 2 ao comparar as condições ambientais da zona rural com a urbana comenta, “de meio ambiente acho que é melhor

que a urbana, mas... não sei se tem água tratada, então para saúde não é muito bom”.

O enfermeiro 3 também aborda a questão, “a fábrica tem poluição”.

O médico 4 também aborda a questão ambiental, porém traz um olhar para processo histórico ao comentar, “quando era a Papel Simão a poluição era grande, o índice de doença respiratória era alto. A Votorantim comprou a empresa e melhorou a técnica do meio ambiente, diminuiu bastante a poluição. Ainda é um lugar considerado poluído, mas melhorou muito”.

Este comentário, além de abordar o processo de construção histórica do território, deixa clara a influência do território na saúde da população.

Santos e Rigotto apontam que “da perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores e moradores” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 395).

As reflexões sobre as interferências do ambiente no processo saúde-doença apontam para a busca da compreensão dos condicionantes e determinantes deste processo em cada território.

O material didático do Curso de Qualificação de Gestores do SUS, organizado por Gondim, Grabois e Mendes (2011), na parte que estuda as vigilâncias do campo da saúde, aponta o conceito de risco como fundamental para atuação das vigilâncias por que traz a “ação/intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida da população que faz com que as diversas vigilâncias... situem-se no campo da promoção e prevenção da saúde” tendo como objetivo “minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano” (GONDIM; GRABOIS; MENDES (org.), 2011, p. 213).

Este olhar sobre os riscos à saúde, associados aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, norteia as ações das vigilâncias no processo de territorialização.

Este enfoque fica claro nas reflexões de Gondim, Grabois e Mendes (2011) ao afirmarem “no âmbito local, o que há de comum entre as vigilâncias do campo da saúde é a finalidade específica de reconhecer os problemas de saúde locais e atender as necessidades de saúde em seu território, sejam elas sentidas ou não pela comunidade” (GONDIM; GRABOIS; MENDES (org.), 2011, p. 225).

Outro enfoque importante sobre o território está relacionado às características sociodemográficas do mesmo, questão esta abordada por diversos profissionais entrevistados.

Houve diferenças de abordagem de uma unidade para outra. A equipe da unidade Santo Antônio da Boa Vista aponta as grandes mudanças ocorridas no bairro devido à implantação de conjuntos residências do programa “Minha Casa Minha Vida”.

Vários entrevistados salientam a mudança no perfil socioeconômico e demográfico do bairro e as influências no perfil epidemiológico.

O agente comunitária de saúde 1 aborda a questão salientando “aqui teve essa mudança, com dois blocos de pessoas, então mudou um pouco a área. É uma área tranquila, era, as pessoas tem fácil aceitação no programa. Na área rural mais ainda, porque a necessidade é maior. Agora, com os que vieram, já vieram de locais com PSF, ficou mais difícil de lidar com as pessoas”.

Esta afirmação aponta a necessidade da equipe de reestruturação do seu processo de trabalho para o atendimento da nova população do bairro.

Esta visão é compartilhada pelo auxiliar de enfermagem 1 ao afirmar “no começo, quando entrei aqui, não tinha os residenciais, então a população

era mais idosa e pacata. Todos tinham acompanhamento de tantos anos com o médico 1, era tudo mais controlado. Eram mais visitas de hiperdia e controle, era um paciente ou outro que a gente tinha problema. A gente já sabia e pegava no pé para tomar medicação certa. Quando veio essa população desestruturou a unidade... é uma população com outros problemas que a gente está conhecendo, que não tinha contato”.

O auxiliar de enfermagem¹ aponta “o que eu senti é que na urbana e na rural eles são mais acolhedores, nas casinhas é um público que eles são meio receosos... nos predinhos a recusa é maior, não te dão muito acesso, os jovens das casinhas entram mais em contato com você, os dos prédios não”. Ela aponta para uma diferença na capacidade de vinculação da equipe com os moradores dos novos residenciais em relação aos moradores mais antigos do bairro.

O assistente social 1 enfoca o problema da estrutura da unidade para o aumento da demanda apontando “não temos estrutura para uma demanda que acrescentou seiscentas famílias, se for acrescentar quatro por família são mil e duzentas pessoas, a nossa estrutura não está preparada para população que temos”.

O enfermeiro 2 salienta que houve uma mudança no perfil socioeconômico e epidemiológico do bairro devido a vinda da população para os novos conjuntos residenciais, segundo ela “agora com a vinda do pessoal que veio para os conjuntos e para as casinhas, tem bastante usuário de drogas, adolescentes gestantes” e complementa “antigamente prevalecia mais idosos no bairro... depois com essa mudança vieram muitas crianças, adolescentes, usuários de drogas, falta de higiene é o que mais prevalece”.

Ela aponta uma mudança no perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico.

Esta impressão é compartilhada pelo assistente de serviços municipais 1 que afirma “antes tínhamos muitos idosos e a maior parte hoje em dia são gestantes e crianças”.

Ela aponta ainda que houve uma necessidade de mudança no processo de trabalho para atender a esta nova população, “quando entrei não tínhamos projeto, mas agora as meninas fazem campanhas, a gente vai até os locais, até os residenciais que são novos, elas vão aplicar vacina, dão palestras aqui no posto, tem bastante coisa”.

O dentista 1 aborda a questão a partir do olhar da saúde bucal, salientando “o pessoal que está chegando dos condomínios novos tem uma saúde bucal pior”. Este comentário aponta que as condições de saúde são diferentes para cada um dos grupos populacionais atendidos e que sofrem forte influência das questões socioeconômicas.

Estas colocações referentes às mudanças no perfil socioeconômico da população atendida, devido à chegada de um conjunto significativo de pessoas de uma só vez, devido à implantação de conjuntos habitacionais populares do Programa Minha Casa Minha Vida, tem forçado a equipe a se reestruturar.

Santos e Rigotto apontam que a estruturação dos serviços de saúde a partir do modelo hegemônico, médico centrado, tem

“levado à uma impotência crescente e avassaladora do sistema de saúde diante das complexas transformações nos mais diversos ambientes da vida das pessoas, advindas de graves questões relacionadas com progressivos processos de urbanização e de segregação socioespacial, sobretudo nas complexas regiões metropolitanas brasileiras e de exclusão social ou, como advogam alguns autores, de inclusão precária” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 389).

A Estratégia de Saúde da Família deveria favorecer configurações dos processos de trabalho das equipes que facilitassem as mesmas a lidarem com os processos de transformação social ocorridos no território, porém os

relatos dos profissionais desta equipe apontam para a dificuldade na reorganização dos processos de trabalho para o atendimento da nova realidade. Apesar das dificuldades em lidar com uma população com inúmeros problemas socioeconômicos, com uma grande quantidade de jovens, que tradicionalmente aderem menos aos atendimentos nas unidades de saúde, pode se perceber um movimento intenso na equipe em busca de conhecer, vincular e atender esta população.

A presença dos agentes comunitários no contato direto com os usuários, a execução de atividades nos próprios conjuntos residenciais, a flexibilidade na agenda, a discussão dos casos na reunião de equipe e a construção coletiva de projetos terapêuticos, são estratégias que tem conseguido maior aproximação com o território e a efetivação do cuidado aos usuários.

Outra questão importante a ser analisada a partir destes relatos é a necessidade do processo de territorialização ser contínuo e dinâmico. A equipe de saúde da família precisa retomar o processo de territorialização frente a cada mudança ocorrida no território.

Esta questão é abordada por Santos e Rigotto ao afirmarem que “o processo contínuo de territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território.” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 394).

Além da questão das mudanças devido à vinda dos conjuntos residenciais para o bairro, alguns profissionais abordaram as características socioeconômicas e demográficas dos moradores mais antigos do bairro.

“população de baixa renda, famílias que são guiadas pelo marido, bem machista, mulheres bem submissas, bastante problema com álcool” (psicólogo 1)

“é um povo, como se diz, um povo simples, humilde” (auxiliar de consultório dental 1)

Na unidade São Silvestre, os profissionais enfocaram as diferenças socioeconômicas das áreas urbana e rural, correlacionando estas características com o perfil epidemiológico de cada uma.

O auxiliar de enfermagem 2, que atua na área urbana, caracteriza as duas áreas de seu território como “a parte social, socioeconômica que é bem diferente, o povo não liga muito para melhorar lá, os daqui são mais trabalhadores, do lado de cá são mais operários da empresa, do lado de lá é a parte mais precária, não liga muito para procurar emprego”. Ela acrescenta “os do lado de lá dizem que não vem porque não tem dinheiro para a passagem, ou porque tem muito filho, a parte de cá tem convênio da empresa e usam bastante o convênio”.

Este comentário explicita as grandes diferenças sociais existentes no território e que estas diferenças interferem na forma de utilização da unidade de saúde, porem traz também uma visão preconceituosa ao associar as condições socioeconômicas com o comodismo e a falta de iniciativa, não aprofundando a análise dos modos de levar a vida e os fatores que interferem neste processo.

O agente comunitário de saúde 4 atua na área urbana, especificamente nas micro áreas com uma situação socioeconômica mais precária. Ela aponta que tem “bastante adolescentes, idosos, mas nem tanto mulheres, senhoras de família, tem muitos envolvidos com drogas, aidéticos, muito diversificado”. Associando assim a condição socioeconômica com um determinado perfil demográfico e epidemiológico.

O médico 4 também aborda as diferenças socioeconômicas existentes no território, salientando que a área urbana é dividida em área urbana propriamente dita e em área intermediária e ressalta que “tem uma área especialmente problemática, a Cesarina, onde tem a Chácara Marília, é uma rua que tem muito problema de tráfico, muito complicada, a gente sempre tem muito problema lá, gestantes para fazer pré-natal é difícil, temos que ir atrás”.

Ele também associa uma situação socioeconômica com um perfil demográfico e epidemiológico, apontando a dificuldade de abordagem desta população.

O dentista 2 também atua na área urbana e aponta “que é uma população participativa, com bastante adesão ao posto”.

Este dentista está atuando há dez meses na estratégia de saúde da família e salienta que mudou sua visão do serviço público, rompendo preconceitos, ela afirma “eu achava que aqui seria mais curativo que prevenção, mas a população já é bem cuidada... achei que só ia extrair dente, imaginava isso só tampar buraco e extrair dente”.

Esta colocação aponta uma visão destorcida do trabalho no serviço público, como algo não resolutivo, de baixa qualidade, visão esta muitas vezes reforçada pela mídia. Porém esta visão é desconstruída após o contato com a realidade da população atendida na unidade, reconhecendo o trabalho de cuidado em saúde desenvolvido pela equipe de saúde da família.

O enfermeiro 3 está atuando nas áreas urbana e rural devido a saída recente da enfermeira que atuava na zona rural. Ela aponta que na zona rural “tem muito caseiro, não dono da casa, é o caseiro, eles são muito simples”.

O agente comunitário de saúde 3, que também atua na zona rural, salienta que

“são caseiros na minha área, são chácaras de veraneio, os donos moram em São Paulo... a minha área é a área com bastante idosos, bastante doenças, apesar de ser pequeno o número de famílias, mas grande em extensão, tem muito hipertensão, diabético”. Ele aponta ainda que “ao menos não tem drogas, pelo menos, tem uns suspeitos, mas tráfico não tem lá. Lá tem assalto, famílias que foram assaltadas, bandidos que entraram na casa, renderam no banheiro, há violência, por serem chácaras de veraneio, as chácaras tem quadra de tênis, piscinas e tem áreas bonitas que chamam atenção dos bandidos, acabam

assaltando não só os donos, mas os que moram perto e não são tão abastados” (agente comunitário 3).

Estes profissionais apresentam a situação socioeconômica do território, o perfil demográfico, epidemiológico e as situações de exposição da população.

Gondim et al. (2008) ressaltam que no processo de territorialização a equipe de saúde da família deve definir a área de abrangência apontando as áreas de risco e as famílias mais expostas aos riscos de adoecer e morrer. Este processo se dá através do reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população.

Os autores afirmam ainda que

“a análise territorial implica em uma coleta de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções” (GONDIM. et al. , 2008, p. 15).

Esta definição traz dois conceitos importantes para a compreensão do processo de atuação das equipes de saúde da família frente a um determinado território: vulnerabilidade e necessidades de saúde.

Com o advento da epidemia de HIV/AIDS, alguns estudiosos perceberam que os conceitos tradicionais da vigilância de comportamento de risco, situação de risco e grupos de risco eram insuficientes para compreender as situações de exposição e dar subsídios às ações de prevenção, pois se baseavam em relações de causa-efeito e em estudos probabilísticos de associação entre uma causa e um efeito. O conceito de vulnerabilidade se apoia na ideia de multicausalidade e na concepção de que a forma de vida, o contexto de vida e as relações de cada um interferem no risco de adoecimento.

O conceito de vulnerabilidade possibilita uma visão dinâmica e ampliada do processo saúde-doença e a compreensão de como estas vulnerabilidades se expressam em cada território, em cada grupo social, cada indivíduo e em cada momento histórico.

Luiz Cecílio aponta quatro grandes conjuntos de necessidades de saúde

“o primeiro diz respeito a ter boas condições de vida... o outro conjunto fala da necessidade de ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida... o terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional... um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida” (CECÍLIO, 2011, p. 114).

A taxonomia de necessidades de saúde proposta por Cecílio deixa clara a complexidade das mesmas e seu imbricamento com os serviços de saúde, não se podendo analisa-las de forma individual e isolada.

Neste sentido a análise das necessidades de saúde se relaciona diretamente à compreensão do território, devendo constituir-se como um elemento norteador para a organização dos processos de trabalho da equipe de saúde da família.

Gondim et al. sistematizam esta ideia ao colocarem que

“não é incorreto afirmar que as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores imbricados em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostos cotidianamente” (GONDIM. et al. , 2008, p. 2).

Outro ponto abordado por diversos profissionais entrevistados relaciona-se com a forma de vida da população do território. Este tipo de reflexão foi trazido por profissionais das duas unidades de saúde da família.

Alguns profissionais abordaram apatia e a falta de atividade dos usuários.

O agente comunitária de saúde 2 aponta “as pessoas não tem nenhuma atividade aqui no bairro, atividade física, tem muitos aposentados, tem pessoa, alguns homens que ficam o dia inteiro em casa, alguns se ocupam, alguns são novos mas ficam em casa”. Ele ressalta ainda que “são ociosas, muitas com problema de bebida, por causa da ociosidade, de ficar sem fazer nada”. Ele associa a ociosidade à falta de equipamentos públicos para esporte e lazer no bairro, predispondo ao alcoolismo.

O médico 1 também aborda a falta de espaços para o desenvolvimento de atividades de esporte e lazer no bairro. Ela afirma “o que falta por aqui é aparelho para jovens”.

A questão da ociosidade também é apontada como um problema pelo psicólogo 1, que afirma “a ociosidade é fator primordial para a incidência de transtornos mentais, muita depressão, senhoras de meia idade principalmente, pessoas do sexo masculino envolvidas com álcool, o fato de estar ocioso contribui muito”.

Este relato associa a ociosidade como um fator de risco para o alcoolismo e transtornos mentais.

Para enfrentar em parte este problema, o psicólogo 1 desenvolveu um grupo de caminhada, que além de incentivar a atividade física, funciona como um grupo de convivência, no qual os participantes realizam atividades sociais e passeios.

O médico 1 também aborda a questão da ociosidade e falta de iniciativa da população. Ela afirma “eles são meio sossegados, não tem conflito... é um lugar meio parado, onde não há o hábito de se locomover”.

Ele associa esta característica da população ao processo histórico de formação do bairro, apontando que “eles são humildes, a gente adora o povo daqui, mas é mais parado, na história deste bairro deve ter diferença de pessoas que vieram para cá, que vieram da zona rural”.

O agente comunitário de saúde 1 também associa a questão do comodismo, falta de iniciativa e costumes ao processo de formação do bairro. Ele relata “a acomodação das pessoas com o local, a situação que vivem, se acomodam, não se atiram para outras oportunidades... tem muita gente que carrega esta cultura, pessoas de outros estados, sinto na minha área, vieram do interior de Minas Gerais”.

As afirmações acima indicam preconceito da equipe sobre população atendida e uma dificuldade de compreender os modos de levar a vida de cada usuário/família. A equipe parece perceber apenas o território de forma superficial, se atendo aos elementos do território solo, não conseguindo enxergar o território vivo e singularizado.

A correlação direta entre ociosidade, comodismo e adoecimento mental, está baseada em uma visão reducionista do processo saúde-doença, pautando-se no conceito risco das vigilâncias, dificultando a compreensão das vulnerabilidades envolvidas neste processo.

Olhar para o território de forma homogênea, considerando os fatores de risco de forma genérica, dificulta a compreensão do processo de levar a vida e de adoecimento de cada indivíduo e/ou família.

A compreensão do processo histórico e social de construção do território foi sistematizada por Araújo e Augusto ao afirmarem “o território está configurado por sistemas econômicos, políticos e sociais historicamente condicionados” (2011).

Santos e Rigotto ao abordarem a questão ressaltam a importância de se *“conhecer a história do lugar, porque ela já vai adiantar muitos elementos do que chamamos de identidade territorial, a qual está, às vezes, fortemente presente na identidade coletiva. Compreender a linha que une o passado ao presente nos permitirá acender as potencialidades, tradições, valores e hábitos, e também aos possíveis conflitos de poder, de uso e ocupação do solo, culturais, étnicos, ambientais”* (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 398).

Os entrevistados parecem não compreender o processo histórico de conformação do território, se atendo a uma visão pré-concebida do mesmo.

Alguns profissionais abordaram o estilo de vida dos usuários de maneira geral.

“o território é a população, o estilo de vida deles influencia muito, eles não aderem às coisas com facilidade, a gente tem que ir atrás” (enfermeiro 3).

Este profissional analisa o território a partir de uma percepção reducionista, associando o seu estilo de vida com a não adesão as ofertas disponibilizadas pela equipe, não problematizando a própria prática ou a produção do cuidado.

Quanto à questão da adesão e participação dos usuários houve opiniões divergentes.

O assistente de serviços municipais 2, quando questionada que fatores do território interferiam no processo de adoecimento da população, ressaltou “acho que o modo de vida deles, tem muitos que não tomam remédio de pressão”.

Nesta afirmação o profissional vincula o modo de vida com o não uso dos medicamentos. Esta vinculação se dá de forma simplista não analisando motivos que levam os usuários a não aderirem ao tratamento proposto. Parte do pressuposto que os usuários são desprovidos de vontade, sendo meros depositários das definições da equipe de saúde.

O dentista ressalta “que é uma população participativa, com bastante adesão ao posto”.

O auxiliar de enfermagem 2 aponta uma contradição na postura de alguns usuários, salienta que eles “não aceitam as visitas, diz que que agora não dá ou não precisa, diz que tem convênio, mas eles procuram bastante a unidade”.

Esta contradição apontada por estes profissionais provoca um questionamento. Qual o valor dado às visitas? Será que a população ainda vincula o atendimento em saúde à consulta médica? Será que as ofertas disponibilizadas pela equipe respondem às necessidades de saúde da população? Estas reflexões serão retomadas na discussão do processo de trabalho das equipes de saúde da família analisadas.

4.2.2 Processo De Trabalho Das Equipes

Compreender o processo de trabalho das equipes de saúde da família pesquisadas, não é uma tarefa muito simples, pois o trabalho em saúde é perpassado por inúmeros fatores. Para tanto serão analisados os seguintes fatores:

- O trabalho em equipe;
- Os projetos terapêuticos;
- A criação de desenhos organizacionais que privilegiem o vínculo;
- O acolhimento das necessidades e a ampliação da autonomia dos usuários;
- A responsabilização com o cuidado integral;
- As atividades extramuros.

Neste tópico será analisado processo de trabalho de cada uma das equipes (UMSA Santo Antônio da Boa Vista e UMSF São Silvestre), por compreender que o processo de trabalho de uma equipe é fruto da interligação do trabalho de seus membros com uma determinada população.

4.2.2.1 UMSF São Silvestre

A UMSF São Silvestre tem implantadas duas equipes de saúde da família, uma que acompanha a área rural e outra a área urbana, contando com médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, dentistas e auxiliares de consultório dental, e tendo em comum a atuação da recepção, limpeza, farmácia, vacina, curativo, inalação e psicologia.

Para compreender o processo de trabalho desta unidade será analisada a integração entre os profissionais, com seus saberes, competências, valores e interesses, e destes com os usuários assistidos, com suas necessidades, valores, saberes e interesses, em relações intersubjetivas intensas.

Os profissionais entrevistados apontam, que de forma geral, existe uma boa integração entre eles favorecendo a atuação em equipe.

A análise das entrevistas permite verificar que fatores favorecem a atuação em equipe.

Alguns entrevistados salientam o compromisso de todos com o trabalho e com o cuidado aos usuários.

“Eu acredito que as equipes hoje em São Silvestre são boas, com trabalho bom, os agentes que vieram, está uma equipe boa, tanto da urbana como da rural, são comprometidos” (agente comunitária 3).

“O pessoal é comprometido e exigente, não dá espaço, se chegar alguém novo, que nem já teve, moleza, não fica aqui, é a característica da unidade trabalhar muito. Não somos perfeitos mas todos dão o máximo” (médico 3).

“A equipe é boa de trabalhar, não tem intriga, é mais assim o pessoal querendo fazer o melhor para o paciente” (auxiliar de enfermagem 2).

“Quando tem um problema a gente tenta resolver, tem uma equipe integrada. Ainda tem coisa para ser melhorada, mas a equipe preocupa com a comunidade” (agente comunitário 4).

“É uma equipe mesmo, um ajuda o outro, sempre assim independente de qual função, sempre está te ajudando” (assistente de serviços municipais 2).

“A equipe em si no posto tem entrosamento, quando a gente precisa de alguma coisa, estão sempre ali para ajudar” (auxiliar de consultório dental 2).

“Eles são muito entusiasmados, o que a gente joga eles aceitam” (enfermeira 3).

Estas colocações apontam que o comprometimento dos profissionais com o trabalho, com o cuidado dos usuários e com a comunidade é um fator que contribui para o trabalho em equipe, pois une a todos a partir de um objetivo comum.

Outro fator que contribui para o trabalho em equipe, segundo os entrevistados, é a boa comunicação, o diálogo.

“De um modo geral eu gosto da equipe, os agentes são pessoas atuantes, a gente se entende razoavelmente bem, eles tem liberdade para me trazer problema a qualquer hora, a gente tem um diálogo bom” (médico 4).

“A gente conversa, temos dois bons médicos aqui, são acessíveis” (enfermeiro 3).

“Na unidade como um todo, o acesso de todo mundo com todo mundo é fácil” (médico 3).

“Aqui na unidade tem isso, paciente está com pressão alta e precisa fazer uma extração, vai conversa com o médico, tem aquele entrosamento de falar com o médico, tem essa flexibilidade, temos esta liberdade” (auxiliar de consultório dental 2).

A importância dos fatores comunicacionais entre os membros da equipe é apontada por Peduzzi (2007) como um dos elementos essenciais para constituição do trabalho em equipe, pois favorece as relações e a articulação das ações.

Outro fator que contribui para a integração da equipe é o convívio cotidiano. A unidade é distante do centro e sem locais próximos para almoçar, com isso, a maioria dos profissionais almoça na cozinha/copa da unidade. Este contato diário em ambiente relaxado é apontado pelo médico 4 como um fator que favorece o trabalho em equipe. Ele salienta que “no dia a dia a gente se vê na hora do almoço, acaba virando uma mini reunião de equipe. A gente acaba falando coisas que não tem tempo de falar durante o atendimento”.

Apesar de o convívio cotidiano ser apontado como um fator de favorecimento do trabalho em equipe pelo médico 4, é apontado como uma dificuldade pelo médico 3 ao afirmar “acho que como a gente fica aqui o dia todo, às vezes o relacionamento pessoal precisa ser trabalhado”. Demonstrando que os membros da equipe podem ter percepções diversas sobre um mesmo tema e que estas percepções devem ser trabalhadas nas reuniões de equipe.

Um ponto importante para análise do trabalho em equipe nesta unidade é o tempo em que os profissionais atuam juntos na mesma unidade.

Nas entrevistas constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados atua há muitos anos nesta unidade, três profissionais há mais de dez anos, três entre cinco e dez anos, três entre dois e três anos e apenas um com menos de um ano.

O convívio diário e o longo tempo de atuação na equipe são fatores importantes para a integração e o trabalho em equipe. Porém também exigem um maior cuidado com as relações, pois relações de longa permanência podem levar a um desgaste.

Em uma equipe que atua há muito tempo junto as reuniões de projeto terapêutico podem se constituir como um momento no qual os profissionais podem olhar de forma coletiva e concentrada para as famílias de maior

vulnerabilidade do território, sendo apontadas pelos entrevistados como fator que favorece o trabalho em equipe e a produção do cuidado.

Matumoto et. Al. (2011) compartilham desta opinião ao afirmarem que

“o espaço das reuniões de discussão de família, no processo de trabalho das equipes, representa potencialidade para criar projetos coletivos de atenção à saúde e de constituição deste grupo de trabalhadores enquanto equipe, à medida que efetua sua tarefa de cuidar dos usuários” (MATUMOTO. et. al. 2010, p. 604).

As reuniões de projeto acontecem quinzenalmente com a participação de todos os profissionais, tendo um revezamento dos profissionais da recepção e enfermagem para atendimento e orientação aos usuários.

A periodicidade das reuniões e a participação dos profissionais são abordadas por diversos profissionais durante as entrevistas.

“Participa a equipe toda, o pessoal da recepção participa, só que como não pode ficar sem ninguém na frente, sempre fica um da enfermagem na recepção, aí reveza ou depois repassa o que foi falado” (auxiliar de enfermagem 2).

“Participo, quando tem o projeto, presto bastante atenção, se acho algo pertinente, coloco” (psicólogo 2).

“É de quinze em quinze dias... com todo mundo das equipes” (agente comunitário 4).

“Geralmente o projeto terapêutico é cada quinze dias” (agente comunitário 3).

“Aí de quinze em quinze dias a gente tem reunião do projeto terapêutico, onde a gente passa os comunicados gerais para as duas equipes, e agora o NASF também participa” (médico 3).

“No projeto vão todos... tudo que tem que ser discutido com todos é feito no dia do projeto terapêutico ” (enfermeiro 3).

Estes comentários deixam claro que as reuniões de projeto terapêutico possibilitam o encontro de toda a equipe, constituindo-se como um importante momento de trocas entre os profissionais.

Os profissionais apontam nas entrevistas que as reuniões de projeto terapêutico iniciam com a apresentação de um caso complexo por um dos agentes comunitários, a partir de uma escala prévia, que pode ser alterada caso algum dos profissionais da equipe tenha a necessidade de discutir um caso com urgência. A escolha de qual caso será discutido fica a cargo do agente comunitário que está escalado, podendo ser influenciada por outros membros da equipe.

A forma de organização da reunião, os critérios de priorização dos casos a serem discutidos e a dinâmica das reuniões são abordados por vários profissionais durante as entrevistas.

“Nessas visitas eles vão vendo quais os casos mais complicados, que não está dando mesmo eu indo lá. Vou visitar com eles, chego lá vejo que o caso é mais complexo para o agente resolver. Ai a gente marca o projeto. Aquela situação que não tem como só eu com o agente ou uma consulta médica resolver” (enfermeiro 3)

“Normalmente o agente de saúde apresenta o caso, às vezes a gente sugere, mas quem faz o desenho na frente é o agente, para exercitar. É o que tem menos qualificação mas acaba apresentando. Se eu tenho um paciente eu falo para apresentar o projeto e a gente discute. Geralmente são os casos mais cabeludos, são aqueles clinicamente complicados, normalmente socialmente complicados” (médico 3).

“Sempre o agente conhece mais a problemática do território, qual família precisa mais, porém os médicos também indicam para a gente, por que às vezes eles têm uma percepção diferente da gente” (agente comunitário 4).

“São os agentes que vêm e apresentam o caso. Os riscos, se a pessoa é diabética, se tem problema diabético, desempregado, alcoólatra, drogado e a gente tenta achar solução para aquelas pessoas, encaminhar. Todo mundo participa, aí quando acha algo que não é legal a gente comenta. Todos têm voz de

forma igual, de falar. Todo mundo dá palpite... Todos são ouvidos, mas parece que a gente faz um plano de ação, mas tem muita coisa que não conseguimos resolver” (auxiliar de consultório dental 2).

“Geralmente quem escolhe é a gente, passa para enfermagem, passa para a médica ver qual é melhor e se está encaminhado” (agente comunitário 3).

“A questão do projeto terapêutico, geralmente quem escolhe é o agente. Ele leva para o projeto o que está angustiando mais ele, e geralmente ele tem razão, por que situações em que ele vai na casa do paciente e extrapola a capacidade dele de reverter a situação, em geral o médico também não consegue, não depende de graduação, ficam todos de mãos atadas, o clima no fim da reunião é de baixo astral, todo mundo pensando o que vai fazer. Às vezes a gente consegue, mas o índice é a baixo de 50%, problemas muito difíceis e serve para a gente entender por que a área da saúde é tão difícil” (médico 4).

“Um agente é escolhido, com uma escala e eles trazem um paciente da área deles. Expõe o problema, o que está acontecendo, quais os riscos que ele tem, que benefícios recebe, e dentro disso a gente discute o que dá para ser feito” (dentista 2).

Os relatos acima ressaltam a importância das reuniões de projeto terapêutico na organização do processo de trabalho da unidade. Constituem-se como um momento de articulação das atividades extramuros com as atividades intramuros. Neste o momento o território com toda a sua dinamicidade vem à tona para dentro da unidade. As vulnerabilidades capitadas no território são trazidas para a reflexão a partir do olhar dos agentes. O saber dos mesmos é legitimado, são reconhecidos como os profissionais que mais conhecem o território.

Os profissionais entrevistados apontam que a construção das reuniões de projeto terapêutico se dá de forma dinâmica, existe uma escala que orienta qual agente irá trazer um caso para discussão. Porém esta escala não é rígida podendo ser alterada a qualquer momento, se um dos membros da equipe apontar a necessidade de priorização de outro caso.

Geralmente os agentes comunitários que escolhem o caso a ser discutido, porém esta priorização é negociada com o médico e a enfermeira da equipe.

Esta forma de trabalho demonstra flexibilidade da equipe, que apesar de ter um instrumento de referência (escala), consegue alterar o mesmo a partir da necessidade de priorização na organização do cuidado de um usuário ou família.

Os profissionais salientam que são escolhidos para reflexão nos projetos terapêuticos os casos de maior complexidade clínica e social, sendo necessária a intervenção de toda a equipe, não apenas de uma categoria profissional, rompendo assim com modelo hegemônico no qual a consulta médica se constitui como o centro da organização do processo de trabalho da unidade, e reforçando a atuação da equipe multiprofissional.

Segundo os profissionais entrevistados as reuniões de projeto terapêutico constituem-se como um momento de troca de saberes e impressões sobre o território, os usuários e as famílias de maior vulnerabilidade, subsidiando os projetos de cuidado a serem desenvolvidos.

Neste sentido as vulnerabilidades apreendidas no território norteiam a organização do processo de trabalho da equipe.

A forma como a equipe desta unidade conduz a elaboração dos projetos terapêuticos, favorece o trabalho em equipe, pois possibilita a participação de todos, cada um contribuindo com o seu olhar sobre a situação estudada e com a proposta de intervenção. Possibilita que o território seja um elemento a ser considerado na organização do processo de trabalho da equipe.

Ao analisar os registros dos projetos terapêuticos desta unidade, constata-se que a maioria dos projetos terapêuticos trazem indicativos de ações a serem desenvolvidas pela equipe interna ou externamente.

Nas ações a serem desenvolvidas na própria unidade ressalta-se o agendamento de consultas médicas, psicológicas e odontológicas, visitas

domiciliares, inserção em grupos, orientações alimentares, de higiene, sobre a utilização da medicação prescrita.

Nas ações a serem desenvolvidas fora da unidade estão contempladas parceria com o CRAS- Centro de Referência em Assistência Social para inclusão em programas de garantia de renda, retirada de documentos, visita social, parceria com os Vicentinos para o fornecimento de cesta básica, agendamento de consultas em unidades especializadas, parceria com a Fíbria (fábrica de papel e celulose da região) para inserção em projetos desenvolvidos com menores, realização de ações educativas em escolas, igrejas e na associação de moradores.

Estes registros demonstram coerência entre as informações trazidas nas entrevistas e os registros formais no livro de anotações.

Constata-se que a equipe utiliza intensamente dos recursos da comunidade na elaboração dos projetos terapêuticos.

Apesar da riqueza das reuniões de projeto terapêutico na organização do processo de trabalho e no cuidado, a não inclusão dos usuários neste processo dificulta em muito a inclusão do olhar dos mesmos e a sua responsabilização com as propostas de cuidado.

A organização da agenda dos profissionais de saúde é um elemento importante para compreensão dos desenhos organizativos da unidade e do processo de trabalho da equipe.

Esta questão é abordada por alguns profissionais entrevistados.

“A única coisa separada é o dia de gestante, tem dois por mês. A cada quinze dias vem um convidado, uma palestra sobre um tema interessante. Isso não impede que atendamos a gestante em outro momento, é só para criar grupo. Os outros pacientes, doze pacientes de manhã, três vagas de demanda livre... se falta alguém a gente encaixa ou vê o acolhimento com a enfermeira. Às vezes é amidalite, algo social, tem que ter alguém para ouvir, que é a enfermeira” (médico 3).

“Permeável, nossos médicos são parceiros. A médica você fala que não tem jeito, ela fala para trazer aqui. O médico é a mesma coisa, consulta é fechada mas ele fala para trazer. Ele já atendeu paciente nosso. Nossos médicos são excelentes, não tem o que reclamar. Se o paciente precisa eles encaixam” (agente comunitário 4).

“A gente vai agendando enquanto tem vaga, no período aberto, nunca paro... Tem umas vagas para deficientes que não dá para esperar. Tem uns casos assim. Telefone também pode ligar” (assistente de serviços municipais 2).

“Minha agenda não sou que organizo exatamente é a coordenadora. Eu normalmente vou na recepção quando chego e anoto numa folha os pacientes da manhã ou da tarde e a medida que vou chamando eu vou riscando. Quando entra um paciente que não está marcado, imagino que entrou no lugar de alguém que desistiu, isso me ajuda por que ele tem uma certa urgência e quero saber o motivo da urgência, isso direciona a escuta. Está aqui por que está passando mal? Está ansioso? Quer mostrar um exame que é importante para ele?” (médico 4).

“São distribuídas doze vagas, tem que atender quinze de manhã e quinze à tarde. A gente faz doze vagas e três para alguma questão de última hora, uma chance para não ir para a Santa Casa (Pronto Socorro). Mesmo fora desses doze, que às vezes faltam... Nesse acolhimento são nessas vagas de quem não veio. Põe o nome no caderno e faço a triagem deles. Além de ver por que vieram, saber se da saúde deles, já vou explicando que além das vagas que a gente guarda, questão que a gente prioriza, vejo se eles podem aguardar um pouco, se der a gente encaixa. Eles são compreensivos e normalmente tem vaga, dificilmente mandamos embora” (enfermeiro 3).

“Na parte da manhã vem o pessoal das desistências, a enfermeira faz avaliação, se faltar outro paciente encaixa” (auxiliar de enfermagem 2).

“As gestantes são demanda livre. Descobriu que está grávida a enfermeira me avisa e marca consulta para ela, não tem fila de espera nem triagem. Os hipertensos, diabéticos, esses são prioridade, mas fazem parte da triagem. Como faço a triagem? Antigamente tinha uma data que a gente abria as vagas, esperava dar o número e acabou. A secretaria pediu para gente mudar isso. A gente hoje abre vaga, eu abro uma vez por mês, mas duas triagens cada, então são quarenta pacientes por mês... No dia dessa triagem, pergunto se tem algum problema de saúde, se é hipertenso, diabético, se tem algum outro tipo de doença crônica.

Esses são prioridades. Eu acabo atendendo todos os pacientes da triagem, encaixo eles na agenda. Além disso combinei com os agentes que quando tem algum paciente que eles acham que tem necessidade maior de tratamento odontológico e não dá para esperar a triagem, já insiro na agenda direto” (dentista 2).

Nestes relatos pode-se perceber que a agenda médica é organizada de forma tradicional, sendo o paciente agendado por ordem de chegada, reservando-se uma parte das vagas para demanda espontânea. Estas vagas e as vagas decorrentes da falta de pacientes agendados são preenchidas após avaliação da enfermeira.

Apesar da agenda estar organizada como em uma unidade de saúde tradicional, existe uma permeabilidade às necessidades dos usuários.

Além dos pacientes que são encaixados na agenda existe um critério prévio de priorização para usuários com doenças crônicas (hipertensão e diabetes) e portadores de deficiência.

Os médicos entrevistados, nesta unidade, demonstraram abertura para inclusão na agenda de pacientes não agendados previamente, salientando a importância da escuta de suas necessidades.

O médico 4, além da abertura para o encaixe de pacientes na agenda, salienta a importância de saber previamente ao atendimento quais pacientes foram encaixados, pois direciona sua escuta para as necessidades que levaram os usuários a buscarem o atendimento não programado.

Esta abertura para o encaixe na agenda médica e a escuta das necessidades dos usuários, segundo o enfermeiro 3, permite que alguns pacientes não precisem procurar o Pronto Socorro da Santa Casa, melhorando a resolutividade da unidade e demonstrando a responsabilização da equipe com o cuidado integral.

Segundo relato do profissional entrevistado a agenda odontológica vem sofrendo alterações, saindo da lógica de agendamento por ordem de

chegada para triagem a partir da escuta dos usuários. Ele informa ainda que disponibiliza vagas para inclusão de pacientes priorizados pelos agentes comunitários de saúde

Interessante constatar que a agenda odontológica é construída inteiramente a partir da escuta das necessidades dos usuários ou da priorização dos agentes comunitários de saúde que trazem demandas das visitas domiciliares, já a agenda médica ainda é organizada majoritariamente de forma tradicional (ordem de chegada), sendo apenas uma pequena parte em decorrência do acolhimento.

A análise da prática dos profissionais médicos em uma unidade de saúde da família traz elementos importantes para compreensão do desenho tecnoassistencial vigente. Conceito este entendido conforme apresentado no material didático do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ em parceria com o Ministério da Saúde, que afirma que “um desenho tecnoassistencial diz respeito à maneira como são organizadas e combinadas, isto é, desenhadas, numa sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença-rede de atenção” (Brasil, 2006, p.79).

Sobre sua prática profissional, o médico 3 afirmou “a gente atende o paciente e a gente se preocupa com o paciente, com a vida dele, o que ele come, não só o problema médico, é totalmente diferente. Um médico que olhar seu dedo não quer saber o que você comeu, mas a gente olha tudo e queremos melhorar a condição física, a mental e a social”.

Esta colocação traz uma visão ampliada do processo saúde-doença e do papel do médico em uma unidade de saúde da família, incluindo aspectos físicos, psíquicos e sociais, exigindo uma prática profissional que vai muito além da consulta médica, reforçando o trabalho em equipe.

Costa et. Al. (2009) apontam que

“o PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla”
(COSTA et. al., 2009, p. 4)

O médico 4, quando questionado sobre a forma de agendamento dos pacientes para o seu atendimento reclama que as vezes as recepcionistas marcam oito pacientes para o mesmo horário e afirma que isto está errado, que no PSF não pode ser assim, pois os pacientes ficam muito tempo esperando. Este comentário aponta para um compromisso com a qualidade da assistência prestada e respeito aos usuários.

Os agentes comunitários de saúde são os profissionais da equipe com maior conhecimento do território e das necessidades de saúde da população, devendo ser analisada a sua forma de interação com a equipe e o valor dado ao seu trabalho pelos demais profissionais.

O médico 4 demonstra uma grande consideração pelo trabalho destes profissionais ao afirmar “a vantagem do agente comunitário é essa, uma pessoa que veio para UBS e te ajuda a entender por que o problema é tão grave... ele tem um ponto de vista diferente do médico, tem uma intimidade com o paciente, uma conversa mais informal e o paciente acaba revelando coisas que ele tem vergonha de contar para o médico, mas isso tem ajudado. Acho que nesse sentido o programa foi um sucesso. O PSF é o agente comunitário”.

Esta visão é compartilhada por Junges et. al. (2009) ao afirmarem “o agente comunitário é um ator indispensável no PSF. Representa o elo com a comunidade, uma das bases do programa”.

A atuação dos agentes comunitários é abordada indiretamente em diversas entrevistas. Eles são apontados como os profissionais que mais conhecem as famílias e o território, porém o médico 4 é o único que aborda diretamente

a importância dos agentes comunitários para efetivação da estratégia de saúde da família.

Ainda na análise das práticas profissionais, o psicólogo 2 ressalta que a maioria da equipe não sabe qual é o papel do psicólogo na equipe e promovem encaminhamentos inadequados. Como esta questão não é abordada pelos demais profissionais, não se pode determinar se trata-se da percepção da mesma ou uma questão a ser trabalhada pela equipe.

Outro ponto importante a ser analisado para se compreender o processo de trabalho da equipe está relacionado à tomada decisão da equipe e a atuação da gestão local.

Esta questão é abordada por alguns dos profissionais entrevistados.

“Se reúne. Quando precisa, não tem reunião periódica. É para quem está interessado, já resolve, se precisa de algo mais pontual, resolve” (assistente de serviços municipais 2).

“Geralmente a enfermeira, que é a coordenadora, faz uma reunião da urbana e da rural. Ela faz uma reunião com a gente toda a semana, às vezes dá para participar, nem sempre. Ela passa algumas coisas para gente, o que vai ser feito, as visitas e também na reunião geral, ela passa para todo mundo. A enfermeira que passa” (dentista 2).

“A gente trabalha, a supervisora vem, coloca o que pode ser feito e o que a gente pode fazer e assim que vai andando, todos estão a par de tudo nessas reuniões semanais...a gente discute, não é ninguém forçado, quem não quer fica ali de figurante” (agente comunitário de saúde 4).

“É a coordenação. A nossa parte odontológica é a nossa coordenação. Fala sobre a triagem, agendamento” (auxiliar de consultório dentário 2).

“A nossa coordenação, não comigo, mas em relação aos agentes e ao pessoal da enfermagem, é meio de cima para baixo. Comigo não, não interfere no meu trabalho, claro se tiver que falar, cobrar, não é de cima para baixo. Tem muita reclamação dos agentes, do pessoal da enfermagem, e eu estou sentindo o pessoal meio desmotivado” (psicólogo 2)

Alguns entrevistados apontam que as decisões são tomadas nas reuniões de equipe, porém esta questão parece não ter consenso entre os entrevistados.

No relato de alguns profissionais dá a impressão que as reuniões são burocrático/administrativas nas quais a coordenação traz o que deve ser feito.

Esta impressão é reforçada pela fala de uma das profissionais que aponta que a gestão é centralizadora.

A compreensão de como são desenvolvidas as atividades extramuros é um elemento importante para análise do processo de trabalho da unidade de saúde da família.

As atividades extramuros são abordadas por diversos profissionais entrevistados.

“Fazemos muitas ações de saúde, nas micro áreas dois e três, fizemos atendimento preventivo, vacina, atendemos em uma igreja, e foi uma estratégia que fizemos toda terça feira, dois agentes de manhã e dois agentes a tarde, mas não é suficiente, tem aumentado muito a demanda. Esse ano fizemos uma estratégia de fazer rodízio, a cada quarenta e cinco dias ficamos fixos em um ponto, geralmente uma igreja ou uma casa. Armamos uma barraca e chamamos as pessoas, a ideia é fazermos novos atendimentos” (médico 3).

“Começamos a fazer as campanhas na rural, fizemos ano passado e agora está mais intenso. Na minha área vai ser terça feira. A gente pega uma igreja emprestada e fazemos uma campanha, atende mais pessoas que atender nas casas. Mas nessas vem mais gente, dá sustento melhor lá na comunidade. Aí vai médico, dentista, enfermagem, os agentes dão um apoio, orientar também e preencher a papelada” (agente comunitário 3).

“Da área urbana tem mais agentes comunitários, dá para fazer as visitas, a gente sai e interage mais uma área com a outra, tanto a enfermagem quanto os agentes” (auxiliar de enfermagem 2).

“Geralmente vou na frente com o motorista e os agentes vão na parte de traz da Kombi. A gente vai visitar os pacientes, às vezes vamos comentando as situações que vamos enfrentar” (médico 4).

“A gente está todo mundo ali, tem os preventivos, tem atendimento médico, o psicólogo. A gente está ali o dia inteiro, acaba participando” (auxiliar de consultório dentário 2).

“Eu estou indo informar para eles na casa deles. A gente combina uma rua, a pessoa cede a garagem, conversa com todo mundo” (enfermeiro 3).

“Cada pessoa tem uma escala e ela vai fazendo por dia, para saber que tem que ir na casa daquela pessoa, mas pode mudar. Eu tenho costume de passar na minha rua, todas eu gosto de passar. Sei as gestantes que tenho que ir, vou primeiro dia da semana e no último. Eu costumo passar duas vezes por semana, nem sempre conto como visita... Tem gente que diz que não consegue fazer dez visitas, mas eu consigo, é pontualidade. Hoje nem tanto por que é muito papel, mas eu passo nos idosos, nas crianças e nas gestantes duas vezes por semana” (agente comunitário 4).

“Eu vou em poucas visitas por que a gente fica mais no consultório” (dentista 2).

Estes relatos apontam que as equipes utilizam recursos da comunidade para desenvolverem diversas ações no território, aproximando-se da população assistida.

Estas ações possibilitam o atendimento de usuários que normalmente tem maior dificuldade de acessar a unidade de saúde.

As atividades extramuros desenvolvidas pela equipe além de possibilitarem uma maior aproximação da equipe com o território favorecem o trabalho em equipe, pois possibilitam melhor diálogo entre os profissionais, o planejamento conjunto e o uso dos diferentes saberes e conhecimentos de cada um.

As atividades extramuros tem favorecido o acesso dos usuários das regiões mais distantes ao atendimento da equipe de saúde, porém são ofertados os

mesmos atendimentos realizados na unidade, não se organizando outras ofertas a partir das necessidades de cada comunidade.

Na análise das atividades extra muros é importante a relação da equipe com os demais recursos existentes no território.

Esta questão foi abordada nas entrevistas pelo enfermeiro 3 e pelo médico 3.

“A Fibria [fábrica de papel e celulose da região] agora tem um projeto, os agentes participam das reuniões, para melhorar o contexto, querem fazer investimento na vila, projeto de esporte, curso profissionalizante” (médico 3).

“A fábrica tem poluição, eles procuram ajudar o povo daqui, para cobrir um pouco essa questão, mas eles ajudam com a associação de moradores. Chamaram agora, vieram aqui no posto para ajudarem em um projeto deles, para ver o que é melhor para o bairro, o que podemos fazer para melhorar. Eles queriam que a gente desse uma opinião. Falei que como aqui tem muito jovem que tendem a usarem drogas, tinha que ser algo a ser feito por eles. Tinha que ser algo dia inteiro para eles. Vão para a escola de manhã e a tarde ficam sem fazer nada. Não tem que deixar tempo livre. Eles oferecem curso de guitarra, de música, informática (na própria fábrica), de teatro. Aí já fui lá, temos essa parceria. Já me convidaram para fazer palestra lá sobre métodos contraceptivos, só para jovem” (enfermeiro 3).

“Nosso maior parceiro é a Fibria [fábrica de papel e celulose da região], eles cedem espaço deles eles vem com algumas pessoas... a gente formou essa parceria, eu vou lá dar palestra e vem um profissional deles aqui... também tem outras pessoas que colaboram com a gente, os Vicentinos e a Associação de Moradores liberam o espaço” (enfermeiro 3).

Os profissionais apontam uma parceria importante com a fábrica de papel e celulose existente na área de abrangência da unidade. Nesta parceria os profissionais da unidade realizam palestras para os profissionais da empresa e para os menores atendidos pelos programas desenvolvidos pela mesma e utilizam-se do espaço desta para realização de atividades educativas com a

comunidade assim como profissionais da fábrica desenvolvem ações na unidade.

O desenvolvimento de ações conjuntas para melhoria das condições de vida da população e interferência nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença constitui-se como uma estratégia importante para redução de vulnerabilidades.

Neste sentido, o projeto desenvolvido pela fábrica, com o apoio da unidade de saúde, com menores usuários ou expostos ao uso abusivo de drogas pode se constituir uma ação importante para a redução da vulnerabilidade deste segmento populacional.

Além da parceria com a fábrica, são realizadas parcerias pontuais com outras instituições existentes no território, porém nas entrevistas só é relatada a cessão do espaço para o desenvolvimento de ações com a comunidade, não sendo apontadas outras ações conjuntas.

Provavelmente estas parcerias poderiam ser potencializadas para o desenvolvimento de outras ações na comunidade.

A utilização dos recursos da comunidade e o desenvolvimento de ações intersetoriais no território se constituem como diretrizes para implantação da Estratégia de Saúde da Família, que nem sempre é plenamente desenvolvido pelas equipes.

4.2.2.2 UMSF Santo Antônio da Boa Vista

A Unidade Municipal de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista tem implantadas duas equipes de saúde da família, que contam com médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dental, e em comum a atuação da

recepção, limpeza, farmácia, vacina, curativo, inalação, serviço social e psicologia.

A unidade ficou muitos anos com apenas uma médica que atendia a todo o território. Em 2012 com o incremento populacional devido à implantação de conjuntos residenciais do Programa Minha Casa Minha Vida, foi contratada uma nova profissional e redistribuídas as famílias acompanhadas.

A distribuição das famílias entre as duas médicas não segue um critério populacional e geográfico muito claro, devido ao vínculo existente entre a primeira profissional e as famílias.

Esta questão é abordada pelo médico 1 ao firmar

“na realidade a médica 2 entrou aqui há dois meses e ela tem ficado com as pessoas novas do bairro, dos predinhos e das casinhas. Então eu tenho os pacientes que eu já acompanho há seis anos, que correspondem mais aos bairros Santo Antônio da Boa Vista e Jardim Colônia, e todos do entorno, da zona rural. A divisão não ficou igual em número, eu fiquei com cinco mil e quinhentas pessoas e ela com quatro mil e quinhentas pessoas, algumas mais distantes, esta é minha maior dificuldade, e a dela é que esta população tem um risco muito maior. A gente dividiu assim inicialmente, mas é lógico que já está trocando, ela atende umas pessoas que eu não dou conta” (médico 1).

A questão da divisão das famílias atendidas também é abordada pelo médico 2 ao firmar

“eu estou pegando mais os pacientes novos, principalmente dos predinhos, do Minha Casa Minha Vida e das casinhas também, e alguns pacientes que a médica 2 já atendia e estão vindo para mim. Então não tem assim um paciente selecionado” (médico 2).

O aumento significativo da população da região em pouco tempo também afetou o trabalho dos demais membros da equipe.

Quando questionada sobre a divisão das equipes entre os dois enfermeiros, o enfermeiro 1 afirmou que “na verdade eu não acompanho uma não, eu acompanho tudo, a gente divide o serviço, não tem uma divisão específica”.

Esta afirmação aponta que a unidade não trabalha com a divisão das equipes conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, na qual cada equipe formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde são responsáveis por um grupo de famílias.

Esta conformação, na qual as duas enfermeiras da unidade dividem todas as funções sem uma definição específica de uma equipe, deve estar relacionada à entrada recente do enfermeiro 2 (dois meses antes das entrevistas) e a necessidade de reorganização do processo de trabalho da unidade.

A atuação conjunta dos enfermeiros na unidade pode favorecer a cumplicidade e o vínculo entre as mesmas, porém deve se cuidar para que não haja uma desresponsabilização pelo cuidado e o vínculo com um conjunto de famílias específico.

A distribuição das famílias por equipe teve que ser redefinida. Este problema foi agravado pela demora na contratação de agentes comunitários.

Esta questão é abordada por alguns profissionais nas entrevistas

“Agora chegaram alguns agentes, melhorou um pouco, mas no começo eu e a outra agente da rural, quando era segunda, quarta e sexta a gente ajudava eles no cadastro do SIAB, agora deu uma desligada um pouquinho. A gente virou o agente do predinho e da casinha” (agente comunitário 1).

“Eu estou sem três agentes de saúde, já fiz pedido para a secretaria, não consegui nada. Os predinhos aqui eles não tem agente, mas a moça que faz a área de baixo, então eles captam ela. Eles ligam aqui para relatar um problema. Tem paciente de lá que sobe. Ela faz as visitas, são quatrocentas e poucas visitas, é humanamente impossível para uma pessoa só” (enfermeiro 2).

“Nós não temos estrutura para atender uma demanda que acrescentou seiscentas famílias. Se for quatro por família são mil e duzentas pessoas. A nossa estrutura está precária para a população que temos” (assistente social 1).

“Vieram a população dos predinhos e das casinhas, esperamos chegar os agentes aí cadastramos... Está faltando agente comunitário também, dois, na rural e na urbana” (enfermeiro 1).

“Com essa demanda de população, a gente não tinha médico suficiente, a médica 2 veio faz um mês. O pediatra não tinha mais consulta. A médica 1 tinha paciente que vinha de controle para renovar receita e não conseguia por que estava lotado. Tiveram dias que tinha fila desde às cinco horas da manhã, isso nunca aconteceu. E a parte dos ginecologistas também aumentou o número” (auxiliar de enfermagem 1).

Os relatos acima demonstram que o aumento abrupto da população na região gerou uma desorganização na assistência, interferindo no atendimento prestado e no processo de trabalho da equipe.

Quanto à distribuição das equipes, vale ressaltar, que apesar das auxiliares de enfermagem estarem formalmente divididas em duas equipes, na prática trabalham com uma escala na qual rodiziam todas as atividades. Esta questão é abordada pela auxiliar de enfermagem 1 ao afirmar “não sei como é a parte burocrática, mas na prática somos em quatro e a gente tem escala, cada dia uma está em uma coisa. Hoje estou na arrumação de sala e consulta, outra está em curativo e outra na vacina e esterilização”.

Além da distribuição das famílias atendidas entre as duas equipes, para compreender o processo de trabalho, é importante analisar como se dá integração da equipe.

Diversos profissionais abordaram a integração da equipe nas entrevistas.

“Eu percebo que está uma equipe coesa, participativa, você vê uma preocupação muito grande com o usuário, coisa que eu não percebi em outras unidades. É legal que cada um conhece os usuários... É uma participação bastante ativa na vida

dessas pessoas. Existe um vínculo grande. A própria equipe é maravilhosa, diferente do que vemos em outras unidades” (assistente social 1).

“Aqui a gente trabalha em equipe mesmo, tanto da rural quanto a urbana... a gente procura fazer um trabalho em grupo” (enfermeiro 2).

“A gente procura sempre apegar ao máximo o paciente, até parece que somos uma família deles, tratam a gente de forma diferente. As meninas fazem visita e sempre, se precisar de algo mais urgente a gente dá um jeitinho de ajudar, sempre estamos solícitos” (assistente de serviços municipais 1).

“Existe trabalho em equipe... mas acho que falta um pouco de trabalho em equipe, mas agora temos feito mais reuniões, acho que tem melhorado” (dentista 1).

“Aqui temos uma equipe mesmo de trabalho... principalmente eu e a doutora, nos damos bem, é uma equipe muito boa e nas outras áreas também. Se precisa de outra coisa, um profissional de outra área ajuda” (auxiliar de consultório dentário 1).

“Essa equipe tem muitas qualidades, talvez pouco utilizadas o tempo todo. Tem um comprometimento acima do normal. Quando tem uma ideia eles compram” (psicólogo 1).

“Acho que a enfermagem principalmente entrosa bastante, acaba criando, envolvendo junto também o agente que fica de frente, mas envolve bastante com o paciente” (agente comunitário de saúde 1).

Nestes relatos alguns profissionais apontam que a equipe é comprometida com o com os usuários e há e coesão grupal. Porém alguns profissionais abordam a integração de pequenos grupos, dentista e auxiliar de consultório dentário, entre a enfermagem, deixando transparecer que a integração não se dá da mesma forma com toda a equipe da unidade. Uma profissional aponta a necessidade de se ampliar o trabalho em equipe.

Constata-se que o trabalho em equipe é valorizado pelos profissionais entrevistados, porém parece algo a ser aprimorado.

Para análise da integração grupal da equipe de saúde desta unidade é importante analisar o tempo que os profissionais atuam nesta equipe. O incremento populacional abrupto devido à implantação de conjuntos residenciais do Programa Minha Casa Minha Vida levou a implantação da segunda equipe.

Dos profissionais desta unidade entrevistados, dois tem mais de cinco anos na unidade, uma tem dois anos e meio, cinco entre um ano e dois anos e quatro menos de um ano.

A entrada de novos membros em uma equipe leva a novos arranjos e adaptações nas relações e nos processos de trabalho.

A mudança do perfil populacional atendido pela unidade e a entrada de novos profissionais na equipe podem explicar os apontamentos sobre maior vínculo entre profissionais de um subgrupo e a necessidade de melhoria do trabalho em equipe.

Como os vínculos são construídos por proximidade, os profissionais que atuam mais diretamente juntos, como a dentista e a auxiliar de consultório dentário, os agentes comunitários e a enfermeira, as auxiliares de enfermagem e os agentes, tendem a desenvolver o vínculo mais rapidamente e a integração entre toda a equipe demora um pouco mais.

O vínculo com os usuários e a preocupação com o cuidado dos mesmos é apontado como um fator que favorece o trabalho em equipe, pois direciona os esforços de todos para um objetivo comum.

Outro fator apontado como favorecedor do trabalho em equipe é a disponibilidade dos profissionais para propostas novas, projetos, eventos sociais.

Neste contexto de tantas mudanças as reuniões de equipe e de projeto terapêutico passam a ter um papel fundamental na integração da equipe e na organização do processo de trabalho.

São realizadas reuniões semanais de equipe e quinzenais de projetos terapêuticos.

Estas reuniões foram abordadas por vários profissionais entrevistados.

“Atualmente fazemos a cada quinze dias para discutir os projetos terapêuticos, mas nos reunimos todas as semanas e discutimos os problemas da unidade” (médico 1).

“Fazemos as reuniões semanais, e não só com a minha enfermagem, com a nossa coordenadora e a recepção, todos eles participam, fazemos uma integração juntamente com os médicos” (enfermeiro 1).

“Todas reuniões são de projeto terapêutico, que são discutidos outros casos também, outros enfoques no final. Geralmente a enfermeira 2 faz reunião de equipe, para aparar umas arestas, é importante, acertando a equipe. Às vezes ela faz com a enfermagem, com os agentes isso sempre tem mesmo” (assistente social 1).

“Tem os projetos terapêuticos toda terça feira. Na recepção como somos duas, uma sempre está participando, alternando, e as reuniões de equipe só estão mais frequentes, uma vez por mês, um mês e meio, todo mundo participa” (assistente de serviços municipais 1).

“A gente faz por necessidade, acho que não tem nenhuma reunião, a não ser o projeto terapêutico, que seja com hora marcada. Acontece por necessidade mesmo. Quando precisa reunir os agentes comunitários ou os enfermeiros. Quando saem do eixo as coisas. Agora todo mundo começou a funcionar melhor, com mais produtividade, eficiência, interesse das pessoas, está funcionando melhor” (dentista 1).

“Geralmente quando a enfermagem quer passar algo, reúne a gente e passa” (agente comunitário 2).

“Tem terça feira projeto terapêutico. Todos participam da reunião, a não ser o médico que está atendendo. Tem momentos que não dá, mas na maioria o dentista, pediatra, clínico; o ginecologista não por que não bate o horário” (agente comunitário 1).

“A gente participa... a gente coloca tudo que está de melhor, o que pode melhorar, o que está ruim. Todas as questões, até algumas coisas que acontecem aqui dentro, por parte da enfermagem, odontologia, a gente expõe como estão sendo os atendimentos, os relacionamentos e a gente tenta sempre melhorar” (auxiliar de consultório dentário 1).

“Daqui do posto só o ginecologista não participa por questão de horário. Participa a clínica, agora a gente está com duas, pediatra, alguém da enfermagem, gerente, os agentes participam, às vezes da recepção também” (psicólogo 1).

Os relatos acima demonstram incongruências sobre a periodicidade das reuniões de equipe e de projetos terapêuticos. Uns afirmam que as reuniões de equipe são semanais, outros mensais e outros que não tem data pré-definida, dependendo da necessidade.

Quanto às reuniões de projeto terapêutico há consenso que elas são pré-agendadas, porém há controvérsias se são semanais ou quinzenais.

As reuniões de equipe aparecem como um momento para resolver problemas vivenciados no cotidiano da equipe, tendo as enfermeiras o papel de corrigir a “rota” dos trabalhos da equipe.

Alguns profissionais apontam a importância das reuniões de equipe para melhora do funcionamento da unidade e da equipe e demonstram abertura para expor os problemas vivenciados no cotidiano.

As reuniões de projeto terapêutico têm como foco a discussão de casos complexos que necessitam do olhar e da contribuição de toda a equipe.

Alguns profissionais entrevistados abordam a questão:

“Toda a equipe participa, os agentes de saúde, os médicos que estiverem aqui, as enfermeiras e as auxiliares de acordo com o possível. Quando a assistente social fica até mais tarde e aí todo mundo discute. Cada um dá sua opinião. Todos dão sua opinião. Cada um se tiver algo que saiba, um ajuda o outro, por que às vezes é uma família que era de outra área. E às vezes pega naquela questão, precisa do conselho do idoso, da criança, e você não pode contar. Eles falham muito, a gente

acaba criando vínculo e fazendo o que pode por aqui mesmo” (agente comunitário 2).

“A gente põe uma família, essas que a gente fala no projeto, são essas que a gente não tem acesso. Discutimos como vamos abordar. Tem gente que precisa de psicólogo, se falar isso nem abre a porta. Tem gente que não pode dar bronca se não, não consegue ter acesso. A gente fala como abordar o paciente. Todo mundo participa. Geralmente as meninas da recepção revezam” (auxiliar de enfermagem 1).

“Os agentes comunitários fazem as visitas, eles veem qual paciente tem uma característica que é importante conversar com a equipe, e uma vez por semana, em geral terça feira à tarde, a gente se reúne e debate o caso daquele paciente; toda a equipe, inclusive a médica 1, inclusive o pediatra, como a equipe toda pode fazer para melhorar a situação daquele paciente. São pacientes, que como eu falei, são rebeldes, não vem aqui, não usam anticoncepcional, não usam preservativos. Mulheres com trinta e poucos anos e tem treze, quatorze filhos. A gente tenta orientar, ir até a casa dela, fazer medicação injetável, pelo menos essa parte de organização familiar, para a gente tentar melhorar. A gente debate o caso, o que cada um pode fazer” (médico 2).

“É o esquema do projeto, a gente vai em busca, está acostumado com a população, você faz levantamento, apresenta, discute o que pode ser feito, o que passa para frente. Geralmente dá um retorno, nos próximos projetos dá um retorno. O agente que traz que escolhe o caso” (agente comunitário 1).

“O projeto já tem um dia fixo, um horário fixo e o modelo também, às vezes dá uma mudada por que o projeto tem época que os problemas são mais sociais. Ficou muito pesado então a gente ficou com medo de desmotivar, só problema. Quando os problemas estão muito pesados a gente dá uma mesclada, aí a gente traz algo mais leve, um caso mais tranquilo. Na reunião a gente consegue conversar mais, passar um caso para o clínico, precisando que avalie uma coisa ou outra, os agentes colocam alguma coisa, tem dado muito certo nesse sentido” (psicólogo 1).

“A gente faz uma escala, cada terça feira é um agente comunitário. Eles pegam uma família mais vulnerável. O agente apresenta uma situação de risco e a gente

vê o que pode ser feito, que estratégia pode usar para sanar o problema daquela família. O agente apresenta o caso” (enfermeiro 2).

“Cada agente comunitário tem um projeto e a equipe toda discute... É exposto o caso, a família, cada um que conhece o caso vai falando, quem conhece a família ou outra visão do caso” (dentista 1).

“É separada cada semana para um agente, então se hoje é o agente X, ele escolhe uma família que ele acha que está mais em risco com dificuldade e faz um levantamento, um mapinha. A gente discute para ver se a gente consegue chegar em alguma melhora, uma sugestão para melhorar o problema... A gente alterna mas todos participam. A gente escuta primeiro a história, daí depois que a pessoa termina, cada um fala o que acha que seria adequado, até a gente chegar em um consenso de qual procedimento levar, se precisa procurar o conselho do idoso, o que é mais adequado no momento” (assistente de serviços municipais 1).

“Os agentes trazem os casos que eles têm dúvida, ou que eles precisam de ajuda, aqueles mais gritantes mesmo. Todo mundo participa de corpo presente. Eu às vezes não muito por conta do meu trabalho, mas procuro sempre participar” (assistente social 1).

“Nós definimos o projeto terapêutico com os médicos através das nossas visitas diárias. Então pegamos normalmente uma família, nas terças feiras no nosso projeto discutimos o caso, eu acompanho, a gente acompanha o caso com o NASF” (enfermeiro 1).

“A escolha às vezes surge da gente aqui, mas no geral surgem com os agentes de saúde mesmo... A maior parte da demanda sai dos agentes de saúde. Já sai com um plano de ação... Já traçamos um plano de como seria melhor para essa família... Já temos um plano de ação inicial, na próxima discutimos o que já foi feito. A cada oito reuniões, fazemos uma revisão dos casos e avaliamos o que já foi feito. Já conhecemos os casos que estão em acompanhamento, as informações mudam, nós rediscutimos” (medico 1).

Os relatos acima apontam que as reuniões de projeto terapêutico se constituem como um momento importante de encontro da equipe, favorecendo o trabalho em equipe e a organização do cuidado.

Os profissionais relatam nas entrevistas que as reuniões de projeto terapêutico iniciam com a apresentação de um caso complexo por um dos agentes comunitários, a partir de uma escala prévia. A escolha de qual caso será discutido fica a cargo do agente comunitário que está escalado, podendo ser influenciado pela equipe.

Esta dinâmica de organização da reunião de projeto terapêutico favorece a valorização do conhecimento dos agentes comunitários sobre o território e as famílias de maior vulnerabilidade, possibilitando o planejamento coletivo de ações para enfrentamento desta realidade.

O médico 1 aborda a forma de acompanhamento dos casos discutidos nas reuniões de projeto terapêutico, salientando que os mesmos são rediscutidos com a equipe periodicamente.

O acompanhamento horizontal da situação de vida das famílias e a redefinição periódica das estratégias a serem tomadas pela equipe demonstram uma preocupação da equipe com o cuidado integral e reforça a importância dos projetos terapêuticos na organização do processo de trabalho da equipe e na produção do cuidado.

Apesar de as reuniões de projeto terapêutico terem um papel importante na organização do cuidado e do processo de trabalho da equipe, a não participação dos usuários neste processo dificulta a inclusão do olhar dos mesmos sobre suas necessidades e a responsabilização com as propostas definidas pela equipe.

Outro ponto importante para a análise do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família é a forma de organização da agenda dos profissionais.

Alguns autores apontam que a manutenção da forma tradicional de agenda médica, por critérios eminentemente biológicos e a marcação por ordem de chegada, sem nenhum critério de priorização devido à vulnerabilidade individual e familiar, constitui um dos fatores que contribuem para a

manutenção do modelo hegemônico mesmo em unidades de saúde da família.

A questão da forma de organização da agenda profissional na unidade foi abordada por alguns profissionais entrevistados.

“A agenda a gente deixa aberta, vem sempre tem vaga, a não ser quando eu fique sem médico, só com a médica 1, a agenda ficou lotada, agora não, com a vinda da médica 2 a agenda está melhor, está dando para acompanhar bem, a não ser aqueles casos com mais urgência. Sempre ficam duas vagas de urgência e duas de coordenação, Às vezes quando a agenda está lotada, quando é urgência a gente atende. A mesma coisa com os agentes. Quando eles vão para visita eles veem que precisa muito uma consulta ou uma visita, eles falam comigo e a gente agenda para o outro dia. O agente pode encaixar na agenda, aí a gente vê o que pode fazer para passar em consulta. As médicas lidam com isso na boa” (enfermeiro 2).

“A gente marca doze ou vinte e quatro pacientes por dia. Nós guardamos duas vagas para emergência e todo paciente que falta tem uma lista de espera que é colocado no lugar. A prioridade é a demanda espontânea que vem no dia. Era agendado uma vez por mês e a secretaria ordenou que abrisse a agenda. Eu sempre discordei desta agenda aberta, por que você tira a fila lá de fora, mas você aumenta muito a fila. Tem uma falta muito grande e quando falta muita gente, eu acho que diminui o acesso. Faltou ponho outro no lugar. Como eu marco quatro pacientes por hora, ele espera no máximo uma hora. São quatro por hora mais uma emergência. Se vierem os quatro ele espera no máximo uma hora” (médico 1).

“Do psicólogo, os pacientes procuram direto ele, ele cuida da sua agenda e a odonto cuida da dela, a gente só cuida dos médicos. Caso de ginecologista, como a demanda de gestante é muito grande, a gente deixa dois dias no mês só para elas. Conforme vai precisando a gente alterna nos outros dias também. A gente sempre prioriza gestante e deficiente e deixa uma vaga de emergência e de coordenação, caso surja algo que precise colocar de imediato” (assistente de serviços municipais 1).

“Quando cheguei aqui tinha um caderno de lista de espera bem grande, a gente está conseguindo terminar, vai estender um pouco para 2013 por que eu estou

entrando de férias. Ficaram duas micro áreas do Colônia, as outras a gente já conseguiu atender a lista de espera. Então eu mesclava os da lista de espera que era da família, então era PSF mesmo. Cada família dava o nome para os agentes e tinha o nome anotado no caderno. Isso agora não vai ter mais. Isso descaracteriza um pouco o PSF. Agora faço agendamento comum, como uma UBS tradicional. Eu abro vinte vagas a cada vinte dias. Vai dando o nome na recepção. Faço uma triagem, chamo vinte pessoas no mesmo dia. Oriento a escovação. Eles preenchem uma ficha, veem como funciona o tratamento e aí são agendados. Os que precisam são encaminhados ao CEO [Cento de Especialidades Odontológicas]. E aí tenho adultos e crianças, de 0 a 99 anos” (dentista 1).

Os relatos acima apontam que a agenda médica é marcada de acordo com a demanda espontânea, por ordem chegada, porém com abertura para inclusão de pacientes que procuram encaixe no dia ou pela solicitação dos agentes comunitários. Apesar de a agenda estar organizada de forma tradicional, a abertura e a sensibilidade às demandas trazidas pela população e pela avaliação dos agentes comunitários, demonstra uma sensibilidade da equipe às necessidades dos usuários e as informações trazidas do território.

O médico 1 traz uma crítica a mudança no modo de agendamento, por determinação da gestão central, por entender que a nova forma de agendamento pode causar dificuldade no acesso, pois a data da consulta pode ficar para uma data muito distante. Tal afirmação é pertinente se a oferta de consultas médicas for muito inferior à necessidade da população e se não houver nenhum mecanismo de escuta de demanda e priorização dos casos de maior vulnerabilidade. Porém na presente unidade, com a implantação da segunda equipe de saúde da família, com a permeabilidade ao encaixe na agenda por indicação dos agentes comunitários e a partir da escuta da enfermeira da busca espontânea diária o acesso deve estar garantido.

O dentista 1 aponta que até o seu ingresso na equipe havia uma demanda reprimida para atendimento odontológico muito grande, que vem

conseguindo diminuir gradativamente e que no momento da entrevista se restringia a algumas micro áreas.

Ele salienta que a forma de agendamento foi alterada, por orientação da coordenação da secretaria, deixando de agendar por família, para agendar individualmente após a triagem da profissional.

Ele informa que atualmente abre triagem para vinte pacientes a cada vinte dias, e que neste dia os pacientes são orientados sobre a escovação, preenchem uma ficha sobre critérios de risco, esclarecidos sobre como será o tratamento e agendados após a priorização dos critérios de risco.

O agendamento por família possibilita um olhar para toda a família e uma compreensão melhor da dinâmica familiar, desde que haja uma escuta das condições de vida e hábitos alimentares da mesma. O simples agendamento por família sem esta escuta qualificada, conforme uma lista de espera por ordem de chegada não garante em nada uma intervenção efetiva na dinâmica familiar e na redução das vulnerabilidades que seus membros estão sujeitos. A forma como está sendo agendado o atendimento perde o olhar sobre a família, porém possibilita a constituição de momentos de orientação e de priorização a partir de critérios que consideram a vulnerabilidade individual.

O profissional não aponta nenhum critério de permeabilidade da agenda para situações de vulnerabilidade trazidas pelos agentes comunitários no contato com o território. O fato da profissional não abordar a questão não garante que esta abertura não haja, porém serve como um indicativo para uma análise mais profunda da questão.

Os relatos acima demonstram uma grande influência da gestão central na organização do processo de trabalho da equipe, podendo gerar redução da autonomia da equipe para organização do processo de trabalho a partir da escuta das necessidades dos usuários.

Além da agenda dos profissionais é importante entender o lugar e a importância atribuída aos profissionais na organização do processo de trabalho.

O médico 1 afirma que valoriza o

“agente de saúde como a pessoa mais importante da saúde da família, o que faz a diferença... Eu trabalho há vinte e sete anos na rede pública e a impressão que eu tenho é que eu joguei meu tempo fora. Eu não tinha noção do que era a casa das pessoas e ainda hoje elas contando eu não tenho toda a visão, mas eu consigo visualizar melhor” (médico 1).

Esta visão é compartilhada por Reis et. al. (2007) ao afirmarem que

“para o profissional de saúde, trabalhar no domicílio, muitas vezes, representa uma nova forma de atuação: perde-se a proteção das paredes do consultório, obrigando-o a entrar em contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividades, ao mesmo tempo em que permite maior compreensão dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado” (REIS et. al. 2007. p. 5).

O médico 3 ressalta ainda a necessidade de criarem um

“projeto de educação para a comunidade tirando do médico o foco mais importante. Eles não conseguem entender isso, recebem bem a equipe mas acham que o mais importante é a consulta. Temos que inverter isso. Não vamos fazer um programa de saúde da família enquanto não conseguirmos educar essa população. Temos algumas ferramentas. Toda vez que eu faço uma palestra sobre hipertensão, eu começo perguntando qual é a coisa mais importante para hipertensão e após algumas manifestações, concluo que é o agente comunitário de saúde, por que ele vai ver a pressão, anotar, ver se precisa de consulta ou não... o médico atende bem, faz um trabalho bom se o agente trabalha bem” (médico 1).

A profissional acima ressalta a importância de se mudar o foco da consulta médica para uma atuação mais ampla da equipe multiprofissional, porém propõe como intervenção uma estratégia de educação da população de forma prescritiva, na qual a população deveria ser educada para usar

“direito” a unidade. Apesar de o profissional perceber a necessidade de ampliação do cuidado, ele não percebe que a população só irá buscar outras ofertas se a equipe da unidade organizar o seu processo de trabalho de forma ampliada e integrada, valorizando a prática dos demais profissionais, a atuação em equipe e a organização do cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários.

O assistente social da unidade tem uma longa experiência em unidades tradicionais, está há nove meses nesta unidade de saúde da família e ressalta a importância da troca com os agentes.

“Aqui eu estou gostando mais por que você tem que ver a situação de perto. É essa troca com os agentes, essas visitas que eles fazem, eu percebo que eles têm alguma dúvida, eu tenho coisas para passar para eles que estão começando agora. Tenho essa vivência de vida mesmo” (assistente social 1).

Estas colocações apontam a importância dos agentes comunitários no cotidiano da equipe de saúde da família, pois são os profissionais que tem um maior contato com os usuários e suas vulnerabilidades. Uma equipe que valoriza o saber dos agentes comunitário tem maiores condições de trazer a dinamicidade do território para dentro da unidade.

O médico 1 apesar da valorização dos agentes aponta que a população e a equipe colocam a consulta médica como a ação saúde mais importante da unidade. Ele afirma “Até a equipe acredita que o médico é mais importante... Essas duas enfermeiras recebem muita coisa sem precisar do médico. Vai para a Santa Casa, vai chamar a ambulância, elas resolvem. Elas ajudam bastantes na fila. Mas entre os agentes de saúde, pensa-se muito que os médicos são os mais importantes, aos poucos eles vão entendendo”.

Essa colocação aponta que apesar das enfermeiras serem muito resolutivas e resolvam muitos problemas sem a presença do médico, ainda existe entre os agentes comunitários uma supervalorização do médico como figura central da equipe.

Esta questão é abordada por diversos autores como um desafio a ser superado para que se implemente a Estratégia de Saúde da Família em toda a sua potencialidade.

Um ponto importante para compreensão do processo de trabalho de uma equipe de saúde é a forma como são tomadas as decisões.

Alguns profissionais abordaram esta questão nas entrevistas.

“O pessoal sempre traz para coordenação. Eles consultam, tiram dúvida e trazem para coordenação. Tem a enfermeira 1 que dá suporte da enfermagem e a supervisora. São trazidas as questões, às vezes traz para a enfermeira 1, às vezes traz para a enfermeira 2. Tem essa interação” (assistente social 1).

“Geralmente a enfermeira chefe que tem mais contato com a gente. A gente senta em reunião e discute o que pode ser feito e o que não pode, se vai ser melhor para os agentes... Acho que a enfermeira 1 e a enfermeira 2, eu tive atrito anterior, não quero comentar isso. A gente faz de acordo com, você sabe a dificuldade que a gente tem, enfim a gente faz como dá, mas tem casos que as enfermeiras colocam e vem do superior, então não tem como ficar discutindo, principalmente papelada, cadastro, não tem como negociar, o que a gente pode negociar a gente está fazendo” (agente comunitário 1).

“As decisões são tomadas de acordo com as principais pessoas que fazem os atendimentos, os enfermeiros e os médicos. A gente conversa, a gente debate, tenta entrar em um acordo para tomar as decisões e seguir o fluxo da coisa. Eu e a médica 1 discutimos bastante, por que ela tem mais experiência que eu, pelo que ela já conhece dos pacientes. A gente toma as decisões em conjunto. Eu sigo mais o que eles sabem por que eu conheço pouco dos pacientes, mas as decisões são tomadas em um consenso geral, entre os enfermeiros, até a opinião dos agentes” (médico 2).

“As tomadas de decisão são discutidas entre a enfermeira 2 e eu, coordenadora e enfermeira da unidade. Então sempre que tem algo para ser solucionado ela chega e fala comigo ou eu chego e falo com ela. Está acontecendo isso, isso e isso e precisamos ver como fazer. Então nós sentamos, reunimos, formamos uma pauta e depois reunimos toda a equipe e discutimos e todos participam da reunião” (enfermeiro 1).

“Geralmente a enfermeira tem reuniões com a coordenação. Quem define como as vagas de emergência serão ocupadas é a coordenação. As visitas são os agentes que propõem o roteiro, aí a enfermeira e a coordenação veem se estão de acordo com as necessidades. Elas que mais organizam. Se precisa fazer um curativo, as enfermeiras que veem se dá para ir na parte da manhã ou da tarde. Entram em conjunto, não é que manda. Essa discussão acontece geralmente de manhã, antes de sair para visita. Se a enfermeira não sai para visita o agente comunitário de saúde fala o que vão fazer. Acontece de estarmos na rural e estamos distantes, aí eles que conhecem falam que precisa mudar o roteiro” (auxiliar de enfermagem 1).

“Tudo democraticamente. Não vejo brigas, é consenso mesmo. O pediatra às vezes discute, não concorda, e a gente vai ver ele tem razão, tem toda a experiência dele que ajuda. Tem um agente comunitário, que internou recentemente, que é outra pessoa que faz falta. Eu sou conciliadora e eles são críticos. As chefes também são mais conciliadoras. Mas é importante ter quem questione. Não dá problema nenhum. Eu acho que tem algumas pessoas que são tão tímidas, mas todos participam” (médico 1).

“Ficam mais por conta da gerência. Como a gente está sempre conversando, a gente tem influência nisso. Tudo o que vai fazer conversa muito com as funcionárias, mas não tem um momento que se senta para tomar decisão” (psicólogo 1).

“Tudo é com supervisora, a coordenadora, mas é tudo resolvido na hora, a gente precisa de uma coisa e é resolvido na hora, é bem ágil” (auxiliar de consultório dentário 1).

Nestes relatos fica claro que as duas enfermeiras dividem a gestão da unidade, compartilhando as decisões entre si.

Quanto à tomada de decisão alguns profissionais ressaltam que o processo é decido coletivamente e alguns que as decisões são tomadas pelas enfermeiras.

O auxiliar de consultório dentário 1 salienta que tudo é resolvido com a enfermeiro 2, de forma muito ágil.

O médico 2 afirma que as decisões são tomadas pelas principais pessoas que fazem o atendimento, denotando uma valorização diferenciada das médicas e das enfermeiras. Esta visão não é compartilhada pelo médico 1, que ressalta que as decisões são tomadas de forma coletiva. Visão esta que condiz com a valorização que dá para os demais profissionais da equipe, principalmente os agentes comunitários.

O psicólogo e o assistente social apontam que as decisões ficam por conta da coordenação, porém salientam que influenciam no processo.

As atividades extramuros também constituem um ponto importante para análise e compreensão do processo de trabalho da equipe de saúde da família.

As visitas domiciliares são umas das atividades extramuros fundamentais para organização do processo de trabalho de uma unidade de saúde da família. Alguns profissionais abordaram a questão nas entrevistas.

“Cada um tem uma microárea. As visitas a gente marca duas vezes por semana, por exemplo, a médica 1 ficou mais na rural, a gente deixa lá no quadro, na nossa sala, os dias de visita e tem o caderninho azul. A área da outra agente comunitária tem um paciente que tem aquela visita marcada. Até fiquei brava por que não estavam preenchendo o caderninho. A priorização é conjunta. Se amanhã tem visita marcada mas aparece um caso mais grave, vamos naquele também” (enfermeiro 2).

“Tentamos basear nossas visitas no que eles falam hoje de classificação de risco, que nos tem ajudado bastante. Não que tenhamos de dar atenção aos que já tinham, mas procuramos visitar e atender aqueles que a classificação de risco dá ênfase. A classificação de risco tem sido um critério de priorização” (enfermeiro 1).

“Às vezes eu faço as visitas por rua. Pegó uma e vou seguindo. Se tiver criança, gestante, faço tudo naquela rua. Se tiver alguma urgência eu vou antes, como uma gestante, principalmente se tiver medicamento para entregar, alguma guia. Prioridade são as entregas. Depois eu vou fazer as visitas, preencher os formulários” (agente comunitário 2).

“A gente vai mais na casa dos acamados e de quem tem uma vulnerabilidade maior. Já tem que ver aquela casa por que é um ambiente bastante ruim, então a gente vai. Eu tenho feito duas visitas por mês, mas eu queria fazer bem mais. Quando vim para cá imaginava que ia ficar na rua o tempo todo. Acho que não precisa, mas deveria fazer mais do que isto. Com ela aqui [médica 2] acho que vai dar para fazer mais do que isso” (médico 1).

“A gente sempre dá preferência aos hipertensos, diabéticos, mas dentro das possibilidades a gente faz as visitas, não tem como não fazer, mesmo que não seja da tabela de risco, mesmo por que tem coisa que é necessidade dos médicos e da enfermagem, mesmo que não seja da tabela de risco, não tem como não continuar fazendo” (agente comunitário 1).

Estes relatos apontam a existência de um calendário prévio de visitas com a equipe (médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes) e uma rotina de visitas dos agentes comunitários.

Segundo o enfermeiro 1 as visitas são priorizadas pelo critério de risco e o enfermeiro 2 aponta que apesar de existirem algumas visitas pré-agendadas, são incluídas outras urgentes.

Segundo Rosa e Labate (2005) a organização das visitas domiciliares segundo critérios pré-estabelecidos “simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com eles”.

Apenas por estas informações não é possível analisar se os critérios de priorização são pré-estabelecidos, promovendo um engessamento da capacidade de escuta da equipe, ou se acontece de forma dinâmica, possibilitando uma escuta mais qualificada das necessidades dos usuários.

Para uma compreensão mais ampla do processo de trabalho da equipe seria importante saber como se dá a escuta das necessidades de saúde dos usuários.

Segundo Mehry (2007) um critério importante para análise do processo de trabalho em saúde é a predominância do trabalho vivo ou do trabalho morto.

Para o autor “o momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima” e o trabalho morto como resultado do trabalho vivo anterior que o produziu, aprisionando a subjetividade do trabalhador.

Na análise dos relatos acima não é possível afirmar se há um predomínio do trabalho vivo, no qual são mais valorizadas as relações subjetivas dos trabalhadores com os usuários, através do uso de tecnologias leves (vínculo, escuta e acolhimento), ou o trabalho morto, sendo o processo de trabalho fortemente pautado pelas tecnologias duras (formulários e roteiros rígidos).

O agente comunitária 2 aponta que faz visita por rua, priorizando as casas que tem crianças e gestantes, demonstrando assim uma permeabilidade ao território em seu processo de trabalho. Porém afirma também que a prioridade é a entrega de medicamentos e guias de consultas com especialistas e de exames, demonstrando com isso uma sobreposição de atividades administrativas às questões subjetivas e as necessidades de saúde dos usuários.

O agente comunitária 1 ressalta que apesar da priorização pela tabela de priorização dos critérios de risco existem outras famílias que são visitadas periodicamente mesmo não enquadrando nos critérios de priorização. Esta forma de organização das visitas considera os critérios de risco e é flexível para a inclusão de outras famílias, demonstrando sensibilidade para as informações trazidas do território.

O médico 1 traz claramente a priorização das visitas aos pacientes acamados ou com maior vulnerabilidade, demonstrando uma sensibilidade aos elementos do território e as necessidades dos usuários.

Salienta a necessidade de realizar mais visitas domiciliares, mas que não são possíveis devido ao excesso de demanda e a falta de profissionais.

Apontam que com a vinda do médico 2 para equipe a ampliação das visitas será possível.

Além das visitas domiciliares a equipe relata nas entrevistas o desenvolvimento de outras atividades extramuros.

“A unidade agora está indo uma vez a cada quinze dias na igreja católica, tira a pressão e glicemia, palestra, atividade corriqueira. Vai toda a equipe. Eles estão gostando bastante” (médico 1).

“No Colônia, a gente consegue fazer o hiperdia de quinze em quinze dias, aí o psicólogo vai lá, a gente faz uma dinâmica. Aqui no bairro a gente não consegue. Tentamos fazer de quinze em quinze dias na igreja e não tivemos tanta adesão. Eles não vem muito na unidade. Teve aquela campanha de atualização das carteirinhas de vacinas, os que vinham eram os que estavam mais acostumados, das casas e dos prédios não vinham muito. Fomos no salão de festas para levar as vacinas e foi muita gente... Quando a gente vai lá tem mais adesão do que virem aqui, é questão de vínculo” (auxiliar de enfermagem 1).

Estes relatos apontam uma preocupação em facilitar o acesso dos usuários às ações de saúde, por meio do desenvolvimento de ações mais próximas da residência dos mesmos.

O desenvolvimento de ações de saúde no bairro do Colônia, que é mais distante da unidade, cortado por uma rodovia e que os usuários têm que subir um morro íngreme para chegar à unidade, vem se demonstrando uma estratégia efetiva de aproximação e garantia do acesso aos serviços de saúde.

Outro ponto que tem favorecido esta ação é o direcionamento ao atendimento de idosos e pacientes com patologias crônicas, que tem maior dificuldade de locomoção.

O envolvimento de toda a equipe nestas atividades potencializa a ação e favorece a adesão dos usuários e o desenvolvimento de atividades educativas. A utilização de dinâmicas nas atividades educativas propicia maior envolvimento dos usuários e a aprendizagem dos conceitos.

Por outro lado as mesmas atividades realizadas próximo da unidade não tem obtido o mesmo efeito devido à facilidade de acesso a unidade.

A atuação da equipe nas novas unidades residenciais existentes no bairro também tem se demonstrado uma ação importante com esta comunidade, pois favorece o vínculo com os usuários e o acesso aos serviços de saúde.

A realização de atividades extramuros mais próximas da população, principalmente a que mora mais distante da unidade, tem se constituído como uma estratégia interessante para melhoria do acesso, porém vale ressaltar que nas entrevistas não foram constatadas ofertas diferenciadas de acordo com a necessidade dos usuários, ofertando-se os mesmos atendimentos prestados na unidade.

Outra atividade extramuros abordada pelos profissionais nas entrevistas foi o grupo de caminhada. Este grupo foi iniciado anos atrás com o apoio da secretaria de esportes, mas não se manteve. Há pouco mais de um ano foi reiniciada pelo psicólogo da unidade com o apoio de uma agente comunitária.

Ele relata que

“Começou e parou, e no final do ano passado conversando a gente viu o que dava para fazer diferente e surgiu a ideia de fazer com a nossa equipe mesmo. Convidei uma agente, conhecíamos as pessoas daqui, falei para pegarmos um dia e fazermos o reconhecimento de onde íamos caminhar... Encontramos um lugar plano perto do posto e aí definimos o itinerário, horário. Montei um cronograma e chamamos as pessoas que já participaram, mas a adesão foi bem baixa. Fomos começando com cartazes e divulgação boca a boca. Começaram a vir as pessoas, aí virou um grupo aberto e rotativo. Tem um grupo aderindo há um ano certinho, umas dez pessoas, e espero que o grupo vai flutuar, vai flutuando. No inverno estava muito frio e mesmo assim fizeram. Caminharam muitas vezes sozinhos, mas muitas pessoas tinham o hábito de alongar e assim já fizemos algumas atividades. Fizemos um café, fomos ao parque da cidade e a gente foi em uma chácara em Igaratá. Aí posto as fotos no facebook. O grupo foi assim, eu sou jovem e sempre fiz exercício físico e pensei que podia usar isso a favor, principalmente dos idosos, que tem dificuldade de adesão. Eu faço como se fosse

outro enfoque, não tanto a parte física, apesar que melhora, meu foco mesmo é de pertencer, cooperar, ser parceiro” (psicólogo 1).

“Tem um grupo de caminhada aqui que alguns estão aderindo... Um convida o outro, é aberto, o psicólogo 1 que coordena. Fazem caminhada aqui embaixo, já deu um tempo, e o pessoal está voltando de novo, é questão de atividade mesmo” (agente comunitário 2).

“O trabalho recente do psicólogo com o grupo da caminhada, que antes não deu certo. Foi tentado várias vezes, mas pela formação dele ele conseguiu comprometer melhor as pessoas” (médico 1).

O grupo de caminhada surge a partir da percepção do psicólogo da necessidade dos usuários de terem uma atividade que favorecesse a convivência, principalmente dos idosos, e da abertura do mesmo para o desenvolvimento de atividades que vão além da atuação tradicional do profissional em consultório.

O desenvolvimento deste grupo surge como uma resposta à percepção do profissional que “a ociosidade é fator primordial para a incidência de transtornos mentais, muita depressão, senhoras de meia idade principalmente, pessoas do sexo masculino envolvidas com álcool” (psicólogo 1).

A percepção de fatores que aumentam a vulnerabilidade às doenças mentais de determinado grupo populacional e o desenvolvimento de ações concretas que possam minimizar estes fatores demonstram alto grau de sensibilidade às questões relevantes do território e as necessidades dos usuários.

A forma de trabalho do profissional de psicologia no PSF foi abordada pelo psicólogo 1.

“Eu diria que eu não tive dificuldades, mas digamos assim, eu me formei não faz muito tempo e PSF era uma coisa que tinham de matéria, mas até hoje não tem nada estipulando exatamente o que é o trabalho do psicólogo do PSF. Fala-se muito no trabalho no território. Aqui antes, quando eu cheguei, tinha outra gerência que falava para eu fazer o que eu quisesse. Desde o início fui montando

minha maneira, usando criatividade para fazer uma coisa fora, mas o trabalho continua sendo mais atendimento clínico” (psicólogo 1).

A definição do papel dos profissionais que não compõem o núcleo central da Estratégia de Saúde da Família (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) parece ser um grande desafio a ser superado para a implementação efetiva da estratégia, pois os demais profissionais não são formados para atuarem neste lócus de trabalho e dependem de capacitação da instituição em que estão inseridos e/ou de sua própria capacidade de reinventar sua prática profissional.

Peduzzi (2007) ao analisar o processo de trabalho em saúde salienta que

“embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de constrangimentos e limites, os trabalhadores... não estão inevitavelmente fadados à configuração dominante do projeto de trabalho, mas podem imprimir-lhes mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho” (PEDUZZI, 2007, p. 24).

O psicólogo desta unidade aponta em seu relato a fragilidade da graduação e da gestão local em auxiliarem na definição da sua forma de atuação e dá um exemplo de flexibilidade e abertura para novas formas de atuação profissional, valorizando o vínculo, o território em que está inserido e as necessidades de saúde dos usuários por ele atendidos.

4.2.3 Interferências Externas Na Equipe

Diversos fatores externos interferem no processo de trabalho da equipe e na forma de produção do cuidado. Neste item serão analisadas como estas questões interferem no processo de trabalho das equipes estudadas.

Serão analisados os fatores que interferem positivamente e negativamente na organização das equipes de saúde da família estudadas.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF é apontado como um fator de apoio às equipes.

“A gente acompanha o caso com o NASF, se for caso para a psiquiatra discutimos com ela, se for para nutricionista, discutimos com ela” (enfermeiro 1).

“Tem algumas reuniões com o NASF, o pessoal da psiquiatria a gente pega a opinião da psiquiatra. Tem muito paciente aqui que usa medicação psicotrópica, alguns são acompanhados aqui. Então quando a gente tem dúvida sobre o uso de medicamentos, se esta melhorando ou piorando. A gente faz algumas reuniões. A gente tem feito semanalmente com eles. Aí a gente passa o caso e aí como especialistas. Quando a gente não consegue acompanhar, a gente encaminha para especialidade” (médico 2).

“Agora o NASF tem dado uma colaboração. Eles têm interagido e participado, fisioterapeuta, fonoaudióloga, eles têm dado um bom respaldo para a gente. A psiquiatra tem discutido os casos medicamentosos com as clínicas. Esse suporte do NASF tem feito a diferença. Às vezes temos uns casos que não dá. Às vezes temos que encurtar o caminho eles dão suporte para a gente” (assistente social 1).

“A gente não tem psiquiatra aqui, agora começou o trabalho com a psiquiatra do NASF. Não consigo imaginar quantos casos surgiram, é incrível e com resolução. Conseguimos fazer alguma coisa” (médico 3).

“Às vezes tem reunião do NASF, da secretaria e acaba atrapalhando o trabalho” (psicólogo 1).

Os profissionais apontam que o NASF tem dado suporte para o atendimento dos usuários.

Ressaltam que o apoio matricial da psiquiatra do NASF tem, possibilitado ampliação no manejo clínico medicamentoso dos pacientes com transtornos mentais, porem, nas entrevistas não foi possível constatar uma ampliação na

capacidade de cuidado destes usuários, mantendo-se a medicalização sofrimento psíquico como a principal intervenção.

Apesar da maioria dos profissionais apontar o NASF como uma interferência positiva, um dos profissionais ressalta que o excesso de reuniões com o NASF ou na secretaria, tem interferido negativamente no processo de trabalho da equipe.

O apoio da coordenação odontológica também foi apontado como uma interferência externa positiva, pois auxilia na organização da prática deste profissional na equipe de saúde da família. Apesar de o profissional apontar como positivo o apoio da coordenação odontológica na sua prática, verifica-se uma influência significativa desta coordenação na organização do processo de trabalho dos profissionais, reduzindo sua autonomia na organização do processo de cuidado.

O assistente social 1 aponta o apoio do CRAS - Centro de Referência em Assistência Social como algo relevante. Segundo ele “o CRAS tem participado ativamente, o CRAS centro. Tem participado muito das questões. Temos trocado muito, a gente sente que eles têm interesse. Quando eu preciso ou eles precisam. Já vieram aqui, fizemos reuniões, está legal. Existe uma parceria”.

O desenvolvimento de ações Intersetoriais no território é uma das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e aumenta a potência da equipe para a solução de casos complexos, sendo a fundamental a articulação com as unidades do Sistema Único de Assistência Social-SUAS, para o manejo dos casos de maior vulnerabilidade social.

A central de regulação é apontada como uma interferência negativa por alguns profissionais, pois gera demandas de última hora, devido à desorganização do setor, obrigando os agentes a reorganizar a escala de visitas.

O agente comunitário 3 afirma que “atualmente está difícil, com muita demanda. Chega muita consulta em cima da hora, tem atrapalhado meu serviço”.

O médico 3 salienta que “a regulação é um nó... é uma falta de comunicação, não sabe quem entrou e quem saiu. A regulação é uma coisa que precisa melhorar, isso gera descrença e descontentamento no paciente... a regulação está muito ruim”.

Os entrevistados apontam a interferência das questões administrativas no processo de trabalho.

“Estamos atualizando para colocar o grupo de risco para gente avaliar e vamos ter que dar uma repassada, e o que eu falei para a enfermeira 2 é que o grupo de risco que estamos avaliando com a tabela não bate com o grupo da nossa visão. Você tem uma visão que tem contato o tempo todo dentro daquilo, não bate. A tabela não dá conta, então colocamos um asterisco por que o risco dele não bate” (agente comunitário 1).

“Agora a gente está revendo tudo por que vai entrar o sistema informatizado e a gente vai ter que cadastrar todos os pacientes por família. Estamos fazendo então aquela avaliação de risco. A gente vai acompanhar, digitar para a gente acompanhar as famílias de maior risco e depois vamos ver o que prevalece aqui, o que mais vamos trabalhar. Estamos fazendo com todas as famílias” (enfermeiro 2).

“É muita cobrança da parte central eles querem números, não conseguem avaliar a qualidade, isso não é de hoje. Não conseguem avaliar a extensão do objetivo do programa e acaba complicando. Aí nas reuniões de regionais eles falam que a produção está baixa. Eu nem ligo mais. No início sim, por que assim, tem muita coisa que tem que ser avaliada, onde é a área, se venho no dia, não consigo fazer trinta atendimentos de casa em casa, não consigo naquele dia, óbvio que vai ser quinze ou dezesseis, uma defasagem de quatorze pacientes... Acho que toda secretaria da saúde tem alguém que analisa se o trabalho está resolvendo bem. Então tem que pegar os hipertensos estão controlados, se estão sendo internados na Santa Casa. É assim que avalia, não se estou atendendo vinte ou dez no dia. Eu tenho que melhorar a saúde da população. Quando cria a estratégia e a

secretaria municipal implanta o programa, tem que ter essa capacidade de avaliar a qualidade do serviço, não a quantidade” (médico 3).

Os profissionais entrevistados apontam nestes relatos que as mudanças nos instrumentos de coleta de dados e de classificação de risco interferem diretamente no processo de trabalho das equipes.

A implantação de uma nova tabela de classificação de risco familiar e a informatização dos dados tem obrigado a equipe a recadastrar todas as famílias, desestruturando a rotina de trabalhos.

A informatização dos dados por família pode ser uma ferramenta importante para o acompanhamento das famílias no cotidiano da equipe, porém a fase de implantação exige uma reestruturação do processo de trabalho.

O agente comunitária 1 aponta que o instrumento novo utilizado para classificação de risco familiar não é compatível com a realidade das famílias acompanhadas por ela, não possibilitando a inclusão de outros critérios de risco percebidos no território.

A implantação de um novo instrumento de classificação de risco familiar não pode se dar de forma burocrática, impedindo a inserção da percepção dos profissionais sobre fatores determinantes da vulnerabilidade individual e familiar. Neste caso a possibilidade de inclusão de um código (asterisco) que aponte esta incongruência parece ser uma alternativa interessante para inclusão da percepção do profissional.

A forma como está sendo implantado o referido instrumento de avaliação de risco parece assegurar, em parte, que o trabalho vivo em ato, ou seja, a relação subjetiva do profissional com o usuário não seja aprisionado pelo trabalho morto, o instrumento formal de coleta de dados.

O médico 3 salienta a incongruência entre os instrumentos de avaliação da gestão central com a lógica de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Ressalta que a gestão central da secretaria tem focado a avaliação das

unidades e dos profissionais na produção, e não nos resultados obtidos. Aponta a necessidade de construção de instrumentos de avaliação que se baseiem nos resultados alcançados, como a redução das taxas de internação de doentes crônicos.

A cobrança do cumprimento de metas quantitativas de produção, desconectadas da realidade local, desconsiderando fatores como distância, dificuldade de acesso, aponta para a desvalorização do território como um elemento importante na organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família. Tal postura por parte da gestão central gera uma interferência negativa na organização do processo de trabalho da equipe e na produção do cuidado.

Esta forma de gestão condiz com modelo clássico de gestão que se baseia na teoria geral da administração e tem foco no controle do processo de trabalho e se contrapõe a gestão participativa que tem como foco a ampliação da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilização dos trabalhadores com o processo de gestão, conforme apontado por Figueiredo et.al. (2010).

Outro fator que interfere negativamente no processo de trabalho da equipe, segundo os entrevistados, é a falta de apoio de instituições como o Conselho Tutelar, Conselho do Idoso e Conselho da Criança e Adolescente. Tais instituições deveriam ter o papel de promover ações de garantia de direitos destes grupos populacionais. A não atuação efetiva dos mesmos deixa as equipes muito solitárias no enfrentamento de situações de violência ou abandono de crianças, adolescentes e idosos, grupos que normalmente tem maior vulnerabilidade em nossa sociedade.

A falta de integração com outras secretarias e o não estabelecimento de protocolos conjuntos também são apontados como uma interferência negativa pelo médico 4.

Ele relata que teve uma usuária

“que veio aqui, o prontuário estava aqui solicitando encaminhamento para o cardiologista para fazer hidroginástica e eu tinha dado atestado para ela uma semana antes. Não sei por que ela achou que não era suficiente. Fui na recepção e ela é conhecida. Ela falou que o professor pediu, mas ainda não existe esse fluxo de professor exigir avaliação do cardiologista. Se a secretaria vai destinar algumas vagas de cardiologista para os professores de ginástica pedirem avaliação, nem precisa passar no postinho. Conheço todo o caso da paciente e sei que ela não é cardiopata, não tem que encaminhar para o cardiologista porque o professor acha que precisa” (médico 4).

Situações como essa apontam para uma falta de integração entre as secretarias e entre as equipes. A Secretaria de Esportes criou um protocolo que exigia avaliação cardiológica para ingressantes nas atividades da mesma. Tal definição deveria ser construída de forma conjunta e não unilateralmente.

Este tipo de situação gera conflito entre os usuários e a equipe e entre as equipes.

No caso em questão o saber do médico foi desconsiderado e o vínculo e a responsabilização pelo cuidado também, causando revolta e um sentimento de desvalorização do seu trabalho.

5. SÍNTESE DA TRIANGULAÇÃO

Após a leitura bibliográfica, o processo de análise dos documentos e das entrevistas e da correlação entre eles, se fez apoiado na pergunta de partida: “Como as equipes de Saúde da Família consideram o território em seu processo de trabalho?”

A bibliografia estudada, principalmente o artigo de Gil (2006), aponta para três modelos teóricos que embasam a Estratégia de Saúde da Família. O modelo da Vigilância à Saúde, que se baseia na produção social do processo saúde/doença e busca compreender os determinantes e condicionantes que interferem neste processo. O modelo dos Programas de Saúde, que se baseia na epidemiologia, e propõe a organização de programas padronizados para as patologias de maior prevalência. O modelo em Defesa da Vida, que se baseia na organização dos processos de trabalho a partir das necessidades de saúde dos usuários, privilegiando as relações subjetivas entre usuários e trabalhadores no trabalho vivo em ato.

Nas entrevistas e nos documentos analisados constata-se a influência dos três modelos, principalmente da Vigilância à Saúde e dos Programas de Saúde.

Nas entrevistas constata-se concepções relacionadas às características geopolíticas do território solo, aos determinantes e condicionantes da produção social da saúde e características epidemiológicas da população.

Os documentos analisados são fortemente influenciados pelo modelo dos Programas de Saúde, organizando as ações em programas a partir da análise epidemiológica do município.

As equipes de saúde da família estudadas demonstraram sensibilidade para a compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, porém algumas vezes de forma estanque, não

correlacionando com o modo de vida e com as necessidades de saúde dos usuários.

Alguns profissionais trouxeram uma visão compatível com o conceito de vulnerabilidade, pois correlacionaram os fatores socioeconômicos com o modo dos indivíduos de levar a vida.

A percepção dos fatores socioeconômicos e ambientais que influenciam no processo saúde/doença é fundamental para compreensão do território e para organização do processo de trabalho das equipes, porém são insuficientes para compreensão das necessidades de saúde dos usuários de um determinado território. Neste sentido o modelo em Defesa da Vida, que se baseia na organização dos processos de trabalho em saúde a partir do acolhimento das necessidades de saúde dos usuários em um determinado território e na responsabilização da equipe pelo cuidado integral desta população, parece ser mais efetivo para inclusão do território como um elemento constitutivo do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Nesta fase do presente trabalho serão analisadas as formas de organização da equipe a partir das influências dos modelos conceituais acima, com enfoque prioritário para arranjos institucionais que privilegiem as relações intersubjetivas na produção do cuidado em saúde.

Os instrumentos de planejamento estudados trazem forte orientação para organização da rede a partir de programas de saúde, demonstrando influência dos documentos do Ministério da Saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família.

O planejamento local das equipes segue a lógica do eixo das Ações Programáticas do Plano Municipal de Saúde e das Programações Anuais, propondo o desenvolvimento de ações em programas pré-estabelecidos (saúde da mulher, da criança, hipertensão e diabetes, do Adolescente, do Adulto e Saúde Bucal).

Nas entrevistas constatou-se que as visitas domiciliares e a agenda dos profissionais estão organizadas a partir de ações programáticas pré-definidas. São priorizadas as consultas médicas e odontológicas de usuários com hipertensão e diabetes, patologias crônicas com alta prevalência no município. Nas visitas domiciliares também se prioriza os usuários com estas patologias.

A priorização do atendimento de usuários com patologias com alta prevalência e com impacto direto nos coeficientes de morbimortalidade é uma estratégia interessante para a interferência nestes índices, porém a simples priorização do atendimento e das visitas não assegura por si uma melhoria nas condições de saúde destes usuários. É necessário se ampliar o olhar sobre o processo saúde /doença, incluindo as condições de vida que os mesmos estão submetidos e a forma de viver a vida de cada um.

Rosa e Labate (2005) apresentam uma crítica à organização das visitas domiciliares a partir de programas pré-estabelecidos, salientando que

“nas visitas às famílias, a atenção fica dirigida aos programas pré-estabelecidos, como amamentação, hipertensão, cuidado preventivo com determinada doença endêmica na região, etc. Se por um lado a padronização facilita a expansão do Programa, por outro lado, simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com eles. As tarefas pré-estabelecidas sem relações vinculares mais amplas têm interferido na intervenção às reais necessidades de saúde da população, sem impacto na mudança da qualidade de vida e humanização da assistência” (ROSA. LABATE, 2005, p. 5).

Tal direcionalidade favorece a priorização do atendimento para estas patologias, porém dificulta um escuta espontânea das necessidades de saúde dos usuários.

A coleta de dados para alimentação do SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica também se dá a partir de patologias ou situações (gestação) pré-estabelecidas.

Além da organização das práticas da equipe a partir de programas pré-estabelecidos, pode se constatar por meio das entrevistas e do livro de registros dos projetos terapêuticos da UMSF São Silvestre uma forte influência do modelo de Vigilância à Saúde no olhar das equipes sobre o território, valorizando na análise das situações de vida dos usuários os condicionantes e determinantes do processo de saúde doença.

Os profissionais entrevistados, ao caracterizarem o território em que atuam e que fatores influenciam na saúde dos usuários, ressaltam as condições de moradia, as condições socioeconômicas, a ociosidade, as características geográficas, a violência, o uso abusivo de álcool e drogas, a falta de oferta de esporte e lazer, o perfil populacional, as questões culturais, a vinda de conjuntos populacionais para o território, a escolaridade, a facilidade ou dificuldade de acesso à unidade de saúde, o trabalho, o acesso ao transporte coletivo, a existência de sistema de tratamento água e coleta de esgoto, as questões ambientais, as condições de higiene e a gravidez na adolescência como fatores a serem considerados.

Neste sentido Gondim et. al. Ressaltam que

“a análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e seleção de problemas prioritários para as intervenções” (GONDIM et al. , 2008, p. 15).

Santos e Rigotto (2011) salientam que a apreensão e compreensão do território permitem analisar o impacto das ações de saúde sobre os níveis de saúde da população e o planejamento de ações a partir do cenário real de vida da população.

Os autores salientam a importância de se capturar de forma sistemática os fatores que interferem no processo saúde/doença de uma determinada

população e utiliza-los como base para o planejamento das ações da equipe de saúde.

Estes fatores são considerados, em maior ou menor grau, na organização das duas unidades estudadas.

As questões relacionadas à dificuldade de acesso, características geográficas, condições socioeconômicas e o acesso ao transporte coletivo nortearam as ações extramuros.

Ambas as unidades relataram o desenvolvimento de atividades extramuros na zona rural e urbana, porém a UMSF São Silvestre desenvolve estas atividades de forma mais ampla e sistemática.

A partir das entrevistas pode se constatar que as atividades extramuros foram um fator de aproximação da equipe com o território, possibilitando o atendimento de uma parcela da população com maior dificuldade de acesso à unidade.

De forma geral estas atividades foram desenvolvidas por vários membros da equipe (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, dentistas, auxiliares de consultório dentário e assistente social) e utilizaram recursos existentes no território (igrejas, residências, salão dos conjuntos residenciais do Programa Minha Casa Minha Vida, associação de moradores e o Núcleo de Educação Ambiental da fábrica de papel e celulose), favorecendo a aproximação dos profissionais com o território e o trabalho em equipe multiprofissional. Apesar das atividades extramuros facilitarem o acesso aos atendimentos em saúde, as ofertas disponibilizadas nestes momentos reproduziram, de forma geral, as mesmas ofertas existentes na unidade, não proporcionando novas ofertas a partir das necessidades de cada grupo populacional.

Outro momento em que os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença são considerados no processo de trabalho das equipes são as reuniões de projeto terapêutico.

A construção projetos terapêuticos singulares para famílias ou indivíduos com maior vulnerabilidade é uma estratégia importante para organização do cuidado a partir das necessidades dos usuários. Estas reuniões são momentos em que os olhares se complementam, a percepção das condições de vida dos usuários se articula com as necessidades de saúde percebidas pela equipe, sendo construídos projetos de atuação da equipe para minimizarem os fatores que interferem na saúde dos usuários e para o aumento da autonomia dos mesmos.

Mishima et. al. (2010) ressaltam que a discussão coletiva sobre as famílias possibilita enxergar para além da classificação de risco engessada, permitindo a constituição de novas possibilidades de cuidado, a partir das relações subjetivas entre usuários e trabalhadores, em uma multiplicidade de formas de cuidar.

Junges et. al. (2009) salientam que o olhar multiprofissional permite a implantação de uma clínica ampliada, que agrega os diferentes olhares e saberes profissionais e possibilita uma intervenção criativa rompendo com procedimentos pré-estabelecidos e permitindo novos arranjos no processo de cuidado.

Pode se considerar que nas reuniões de projeto terapêutico se somam a influência do modelo da Vigilância à Saúde com o modelo em Defesa da Vida.

Nas duas unidades pesquisadas os casos discutidos pela equipe são apresentados pelos agentes comunitários a partir de uma escala prévia, que pode ser alterada frente à necessidade de intervenção em uma família ou usuário com maior necessidade no momento.

A mesma forma de organização das reuniões de projeto terapêutico nas duas unidades de saúde da família, aponta para uma influência da gestão central nesta forma de organização do processo de trabalho da equipe.

A apresentação dos casos pelos agentes comunitários valoriza o seu conhecimento do território e sua relação com a comunidade. Apesar de haver, de forma geral, uma valorização do saber dos agentes comunitários sobre o território, nas entrevistas também foi apontado que estes são o que tem menos capacitação, associando o saber ao conhecimento científico, desvalorizando o saber popular destes profissionais sobre o território.

Destas reuniões participam todos os profissionais da equipe, com exceção de um profissional da recepção e da enfermagem que revezam no atendimento e orientação dos usuários.

A participação de toda equipe possibilita a inclusão dos diversos olhares e saberes profissionais, favorecendo o rompimento com a predominância do saber médico, como ocorre nas unidades de saúde tradicionais.

A análise do livro de anotação dos projetos terapêuticos da UMSF São Silvestre possibilitou verificar a direcionalidade dada pela equipe nos projetos terapêuticos. Apesar de os projetos terapêuticos seguirem um padrão semelhante na maioria dos casos, pode se constatar que em cada um havia um olhar diferenciado, considerando as necessidades de saúde de cada usuário ou família.

Nos projetos terapêuticos havia intervenções na própria unidade (agendamento de consultas médicas, odontológicas, psicológicas e de enfermagem, visitas domiciliares, inserção dos usuários em grupos e orientações sobre cuidados de saúde, alimentação e higiene) e externas à unidade (encaminhamento para serviços especializados, agilizar as consultas com especialistas, inclusão em programas de geração de renda, contato com instituições como os Vicentinos para o fornecimento de cestas

básicas e inserção em projetos para menores desenvolvidos pela fábrica de papel e celulose existente no território).

A amplitude das ações planejadas contemplam as questões biológicas, psíquicas e sociais, demonstrando que a equipe se baseia em uma concepção ampliada do processo saúde/doença.

Franco e Merhy (2007) apontam a importância das equipes de saúde da família promoverem a oferta de um conjunto de ações amplas que respondam as diversas necessidades dos usuários, rompendo com a lógica hegemônica na qual a principal oferta de cuidado se dá por meio da consulta médica.

Esta oferta ampliada de ações de cuidado que se constatou na análise dos registros dos projetos terapêuticos da UMSF São Silvestre, com o envolvimento do conjunto de profissionais da unidade, de outras unidades de saúde e recursos existentes no território, amplia o processo de produção do cuidado e tende a romper com o modelo hegemônico médico centrado.

Dois projetos terapêuticos foram organizados com o foco em uma comunidade e não em usuários e famílias, e propunham ações de mobilização social e comunitária em busca de direitos básicos como iluminação pública, transporte público e fornecimento de água tratada e a captação de esgoto.

Estes projetos terapêuticos em especial demonstram uma preocupação da equipe com a melhoria das condições de vida da população, sendo influenciadas pelo modelo da Vigilância à Saúde, porém também salienta o vínculo da equipe com os usuários e a responsabilização pelo cuidado integral, princípios norteadores do modelo em Defesa da Vida.

Esta forma de compreender e intervir no território se aproxima da compreensão de Santos e Rigotto (2011) e de Gondim et. al. (2008) que salientam a importância das equipes de saúde da família conhecerem o

território de forma ampliada, captando sua dinamicidade e os fatores que interferem nas relações dos usuários com o espaço, transformando-o em um espaço singularizado, e possibilitando intervenções no mesmo que irão interferir positivamente na saúde da população.

Apesar da riqueza dos projetos terapêuticos e da centralidade dos mesmos na organização do processo de trabalho da equipe e na ruptura do modelo hegemônico médico centrado, não há o envolvimento dos usuários no processo de construção dos mesmos. Prática esta que auxiliaria na inclusão do olhar do usuário sobre sua vida e no aumento da autonomia dos mesmos com o modo de levar a vida.

O não envolvimento dos usuários na elaboração dos projetos terapêuticos é um problema apontado por Reis et. al. (2007) estando relacionado à desvalorização do saber popular e limitando a adesão dos mesmos ao tratamento.

Outro ponto que poderia potencializar ainda mais os projetos terapêuticos desenvolvidos por estas equipes é a constituição de profissionais de referência na operacionalização dos mesmos.

Franco e Merhy (2007) apontam que os projetos terapêuticos individuais deveriam ser operados por

“um profissional de referência implicado no cuidado àquele usuário, que então ficaria com a função de gestor do cuidado. Este profissional assume as funções de um administrador das relações com os vários de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando o papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem o agir em saúde” (FRANCO, MERHY, 2007, p.110).

A constituição de profissionais de referência para a gestão do cuidado facilitaria a operacionalização dos projetos terapêuticos construídos coletivamente e a articulação com os demais serviços e recursos existentes no território.

A constituição de profissionais de referência já é uma prática consolidada nos serviços de saúde mental de base comunitária (CAPS), que elegem como referência o profissional com melhor vínculo com o usuário.

Nas equipes estudadas este papel é desenvolvido prioritariamente pelas enfermeiras, causando-lhes um acúmulo de funções, além de não se aproveitar para esta função outros profissionais com vínculo significativo com o usuário.

Nas entrevistas verificou-se que a equipe da UMSF Santo Antônio da Boa Vista adotou este conceito na abordagem de um usuário de saúde mental, sem ter nomeado como profissional de referência.

Um profissional relatou que havia um usuário com transtorno mental severo que necessitava realizar o tratamento de uma patologia clínica em que ele precisava ir inúmeras vezes à unidade. Inicialmente este usuário só tinha vínculo no início com o psicólogo da unidade. A partir desse vínculo foi elaborado o projeto terapêutico coletivamente, e o profissional de referência (psicólogo) foi introduzindo gradativamente toda a equipe, inclusive os profissionais da recepção e da limpeza que tinham o primeiro contato com ele na chegada à unidade. Com este processo foi ampliado gradativamente o vínculo com o psicólogo para toda a equipe e conseguiram realizar o tratamento da patologia clínica, sem ser necessária a internação do usuário.

Este relato demonstra a potência da articulação de dois recursos terapêuticos importantes, o projeto terapêutico individual com o profissional de referência.

Se houvesse uma supervisão institucional que atuasse no apoio desta equipe, este caso poderia ser utilizado como disparador para a implantação do conceito de profissional de referência para todos os projetos terapêuticos.

Outro momento do processo de trabalho das equipes influenciado pelos princípios do modelo em Defesa da Vida se dá no acolhimento da demanda

espontânea por consultas médicas, no qual as enfermeiras realizam uma escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários e encaixam na agenda médica de acordo com os critérios de vulnerabilidade de cada um.

A escuta das necessidades do usuário no agendamento das consultas médicas não programadas constitui-se como uma estratégia importante para vinculação dos mesmos na unidade de saúde, porém, por si só, não consegue romper com o modelo hegemônico se a única oferta para as demandas for o agendamento de consultas médicas. Nas unidades estudadas constata-se uma boa permeabilidade para as demandas espontâneas, porém a consulta médica continua sendo a principal oferta à população que busca a unidade.

Na UMSF São João da Boa Vista além do encaixe na agenda médica após escuta da enfermeira, também são incluídos usuários a partir da percepção dos agentes comunitários de situações de vulnerabilidade durante as visitas domiciliares, demonstrando a valorização dos agentes comunitários como os profissionais que mais conhecem o território e as condições de vida da população.

A abertura para a demanda espontânea é um fator fundamental para a vinculação dos usuários com a unidade e para a redução da busca pelos serviços de urgência e emergência como primeira opção para o atendimento de situações agudas não emergenciais.

Esta questão foi abordada por Barros e Sá (2010), ao analisarem os motivos que levavam os usuários de uma cidade do interior do Rio de Janeiro a buscarem um serviço de emergência com demandas ambulatoriais em vez de irem à unidade de saúde da família, apontaram como o principal motivo a não abertura para o atendimento da demanda espontânea não agendada.

Outro ponto a ser analisado é o compromisso das equipes com o cuidado integral dos usuários de sua área de abrangência.

As equipes estudadas salientaram como um fator que favorece o trabalho em equipe é o compromisso com o cuidado integral dos usuários e com a melhoria da qualidade de vida da população.

Este compromisso coletivo de uma equipe com o cuidado integral é apontado por Campos (2007) como um fator fundamental para a mudança do modelo hegemônico médico centrado. Pois possibilita a ruptura do trabalho fragmentado resgatando a construção de uma “obra coletiva”, fruto do depósito das subjetividades, saberes e práticas de todos os trabalhadores da equipe. Obra esta que resgata a subjetividade dos trabalhadores na relação com os usuários, rompendo-se com a lógica das teorias da administração tradicional que buscam o máximo controle do trabalho dos profissionais, transformando-os em objetos.

Campos afirma que

“a principal forma de comprometer os trabalhadores com a produção de valores de uso (ou seja, de necessidades sociais de outros Sujeitos) estaria não em controlá-los, aproximando-os da condição de objetos, mas em estender-lhes poder, de maneira que a tarefa de produzir Valores de Uso se transformasse também em obra deles próprios” (CAMPOS, 2007, p. 134).

Esta colocação de Campos traz em si a ideia de que o trabalho em saúde deve responder a necessidades sociais dos usuários, devendo-se romper com a lógica de organização do processo de trabalho das equipes a partir da produção de inúmeros procedimentos, migrando para a organização do processo de trabalho produtores de valores de uso.

Apesar de os profissionais de ambas as unidades apontarem o compromisso com o cuidado dos usuários como um fator importante, na prática cotidiana das equipes o processo de trabalho se dá de forma diferente em cada uma das unidades.

A UMSF São Silvestre trabalha com duas equipes bem definidas que são responsáveis pelo cuidado de uma determinada população. Esta forma de

organização favorece a responsabilização dos profissionais com o processo de cuidado em saúde da população de sua área de abrangência e com o planejamento de atividades extramuros específicas para cada grupo populacional.

Esta unidade apresentou melhor coesão grupal, associada ao longo tempo que a maioria dos profissionais atua na mesma unidade, o convívio diário em espaços informais (a maior parte da equipe almoça na unidade devido a distância do centro e a falta de opções de alimentação no bairro) e as trocas realizadas nas reuniões de equipe e de projeto terapêutico.

A UMSF Santo Antônio da Boa Vista não tem uma divisão clara das equipes, havendo sobreposição da atuação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários. Esta forma de organização se dá devido à entrada gradativa dos profissionais da segunda equipe impossibilitando uma divisão mais clara entre elas. Este arranjo favorece a integração entre as duas enfermeiras, que atuam na gestão da unidade de forma compartilhada, porém dificulta a organização de ações específicas para cada uma das regiões de abrangência da unidade. Mesmo assim a unidade desenvolve ações extramuros na zona rural e nos novos condomínios do Programa Minha Casa Minha Vida.

A equipe desta unidade ainda está constituindo sua grupalidade devido à maioria dos profissionais da unidade estar há pouco tempo na mesma.

Percebe-se nas entrevistas de alguns profissionais desta unidade uma maior valorização do saber dos enfermeiros e dos médicos em detrimento das outras categorias profissionais. Apesar disso constata-se uma busca pela melhoria do processo de trabalho e das relações dos profissionais, sendo as reuniões de equipe e de projeto terapêutico momentos importantes neste processo de construção de coesão grupal.

A UMSF São Silvestre parece ter um modelo de saúde da família mais consolidado e a UMSF Santo Antônio da Boa Vista em processo de construção.

A análise da forma de gestão das unidades também é fundamental para a compreensão do modo de funcionamento das mesmas.

Constataram-se diferenças na forma de gestão das duas unidades.

A UMSF Santo Antônio da Boa Vista tem sua gestão centralizada nos dois enfermeiros, com o apoio dos médicos da unidade.

A UMSF São Silvestre tem um modelo de gestão mais compartilhada, apesar da supervisora ser uma figura central na equipe, as reuniões de equipe e de projeto terapêutico possibilitam a troca de informações e a valorização do saber de todos os profissionais. Apesar de não se constituir uma cogestão as decisões são mais compartilhadas e construídas coletivamente. Os dois médicos e alguns agentes comunitários com muito tempo de equipe são muito considerados nos processos de tomada de decisão.

A participação dos médicos nos processos de tomada de decisão nas unidades de saúde estudadas contradiz os achados de Lavado et. al. (2007), no qual os médicos não se envolviam com o processo de gestão da unidade.

Os estudos de Figueiredo et. al. (2010) chegam a constatações semelhantes ao presente estudo quanto à forma de gestão. Elas apontam que nos doze municípios estudados encontraram dois modelos de gestão, um mais tradicional, na qual a prática de gestão se dava de forma centralizada e controladora e outra que se baseava na lógica da cogestão, na qual os profissionais eram envolvidos nos processos de tomada de decisão.

Neto e Sampaio (2008) afirmam que o modelo de gestão participativa é o mais adequado para a Estratégia de Saúde da Família, pois valoriza a comunicação e a participação de todos no processo de decisão.

Outro ponto a ser analisado é o grau de autonomia que os profissionais têm em sua prática cotidiana e na relação com os usuários.

Percebe-se que apesar de os instrumentos de planejamento, a forma da gestão central da secretaria, o arcabouço burocrático da Estratégia de Saúde da Família e a organização do processo de trabalho a partir de programas pré-estabelecidos exercer forte pressão para o enquadramento do exercício profissional, a autonomia se manifesta de forma diferente em cada uma das categoriais profissionais.

Os agentes comunitários são pressionados pelo cumprimento de um número pré-estabelecido de visitas, pela enorme quantidade de dados a serem alimentados no SIAB, pela priorização de determinados grupos populacionais (hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, acamados e crianças) e na entrega de guias de exames e de consultas especializadas, porém mesmo com toda esta pressão conseguem ter autonomia razoável na definição do roteiro de visitas, na forma de realização das mesmas e na relação direta com os usuários. Eles apontam que a atuação ineficaz da central de regulação obrigando a reorganização do roteiro de visitas e a entregas de guias de última hora exerce uma pressão muito grande sobre sua prática cotidiana, dificultando a priorização de usuários e famílias com maior vulnerabilidade e a escuta efetiva das necessidades de saúde dos usuários.

Os médicos sofrem pressão para o cumprimento de metas quantitativas de consultas dificultando as atividades extramuros, porém conseguem priorizar o atendimento de usuários e famílias já em acompanhamento ou trazidos por outros profissionais da equipe com situações de maior vulnerabilidade. Demonstram uma abertura significativa para o encaixe de consultas na

agenda e para a consideração das informações trazidas pelos demais profissionais da equipe.

Os três médicos entrevistados mais experientes na Estratégia de Saúde da Família demonstram uma visão ampliada do processo saúde/doença, incluindo em sua prática o olhar para as questões físicas, psíquicas e sociais. O médico recém-admitido na UMSF Santo Antônio da Boa Vista apresenta um olhar mais restrito, mas se coloca em uma postura aberta para aprender com o outro médico da unidade e com os enfermeiros.

Os médicos apontam uma incongruência entre os mecanismos de avaliação e monitoramento do nível central da secretaria, que se baseiam em dados quantitativos, e a proposta da Estratégia de Saúde da Família, que se baseia na melhoria da saúde e da qualidade de vida dos usuários.

Esta crítica trazida pelos médicos das unidades estudadas é abordada por Junges et. al. (2009) ao afirmarem que

“a cobrança quantitativa é possível no hospital porque o olhar está centrado no diagnóstico, os procedimentos estão definidos e os resultados são esperados em curto prazo. Na atenção básica o olhar clínico é ampliado pela escuta da subjetividade, dificultando sua transformação em dados quantitativos” (JUNGES et. al., 2009, p. 943).

Os enfermeiros são fortemente pressionados pelas questões burocráticas, pelo cumprimento de metas quantitativas, pelo acompanhamento de grupos específicos, pela gestão da unidade, pelo número significativo de reuniões no nível central da secretaria, pela escuta da demanda espontânea que procura a unidade, pela solução de conflitos na equipe, estando presentes na maioria dos processos e trabalho da equipe, tendo pouco tempo para o desenvolvimento de todas estas atividades, perdendo um pouco de sua autonomia em sua prática cotidiana e atuando algumas vezes na manutenção do modelo hegemônico médico centrado.

Os psicólogos relataram não haver uma orientação clara e uma compreensão efetiva do seu papel na equipe. Um dos profissionais aponta que quando entrou na equipe a supervisora da unidade da época disse que não sabia o que ele deveria fazer e que organizasse seu atendimento como quisesse. O mesmo relata que a formação não o instrumentalizou para a atuação na Estratégia de Saúde da Família e teve que construir sua prática no contato com os usuários e com os demais profissionais da equipe.

Estes profissionais apresentam alta autonomia por terem seu trabalho pautado nas relações intersubjetivas e terem poucas amarras pré-estabelecidas, porém tem que construir a própria prática.

Um dos profissionais entrevistados usou desta abertura e de sua sensibilidade para captação das necessidades dos usuários no desenvolvimento de um grupo de caminhada com idosos e usuários de meia idade. Este grupo teve como motivação a percepção do profissional que não existiam espaços de convivência no território e que a ociosidade era um fator que influenciava na incidência de doenças mentais e alcoolismo, tendo como objetivo principal a constituição de um espaço para socialização destes usuários e como objetivo secundário o desenvolvimento de atividades físicas. Esta atividade é apontada por vários profissionais da equipe como uma ação efetiva para melhoria da saúde destes usuários.

Constata-se que esta atividade articula um olhar para os condicionantes e determinantes do processo saúde/doença com uma escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários, possibilitando a compreensão das vulnerabilidades constituídas a partir dos modos de levar a vida de cada um.

Os dentistas sofrem influência da coordenação odontológica na forma de organização de sua prática cotidiana, tendo autonomia na unidade para organização de sua agenda, porém tendo que cumprir metas pré-estabelecidas pela coordenação odontológica. Apesar de participarem de algumas ações extramuros, das reuniões de equipe e de projeto terapêutico,

são os profissionais com o menor envolvimento nas ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Como sua prática cotidiana é fortemente pautada pela realização de procedimentos tem menor autonomia para a utilização de tecnologias leves em relações intersubjetivas com os usuários. Relatam que recebem mais apoio da coordenação odontológica do que da unidade.

O auxiliares de enfermagem tem sua prática profissional submetida à prática dos enfermeiros, tendo menor autonomia para o desenvolvimento das suas atividades. Nas entrevistas não pode se constatar como se dá a relação dos mesmos com os usuários, não podendo se avaliar se sua prática é pautada em tecnologias duras e leve duras ou se são utilizadas tecnologias leves nesta relação.

O assistente social possui alto grau de autonomia para seu exercício profissional, tendo poucas amarras e atuando em conjunto com as enfermeiras, agentes comunitários e médicos.

Peduzzi (2007) ao abordar a questão do constrangimento das práticas profissionais e a sua capacidade de produzir mudanças afirma

“os profissionais de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las como buscar criar espaços de mudança em que possam engendrar novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da intersubjetividade da saúde. Assim embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de constrangimentos e limites, os trabalhadores de saúde... não estão inevitavelmente fadados à configuração dominante do projeto e do processo de trabalho, mas podem imprimir-lhes mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho” (PEDUZZI, 2007, p. 24).

Quanto ao potencial de mudança das práticas dos profissionais da saúde da família Franco e Merhy afirmam que

“os trabalhadores de saúde, incluindo os médicos, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário constituir uma nova ética entre os mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torna da assistência à saúde” (FRANCO, MERHY, 2007, p. 55).

As afirmações de Franco e Merhy e Peduzzi deixam claro que a prática cotidiana dos profissionais da equipe de saúde da família na relação direta com os usuários tem potência para produção de mudanças no modelo assistencial, rompendo com as amarras impostas pela normatividade.

Na análise das equipes estudadas percebe-se que em diversos momentos a prática cotidiana dos profissionais tem produzido fissuras no modelo, abrindo brechas para mudanças, porém em outros momentos estes mesmos profissionais reforçam práticas hegemônicas de produção do cuidado.

Pode se constatar que os momentos com maior potencial para produção de mudanças no modelo hegemônico, são aqueles em que prevalece o trabalho vivo em ato, na relação direta com os usuários e/ou na atuação em equipe multiprofissional.

Nas entrevistas pode se verificar que os profissionais atuam com sua potência máxima na relação direta com os usuários (nas visitas domiciliares, nas consultas profissionais, nas atividades extramuros, no grupo de caminhada, nos grupos temáticos e no acolhimento realizado pelos enfermeiros) e nas reuniões de projeto terapêutico, nas quais toda a equipe dispunha seu saber e suas experiências na elaboração de projetos de cuidado.

Os momentos em que a prática profissional é aprisionada pelo trabalho morto (preenchimento dos formulários do SIAB, no agendamento burocrático de consultas profissionais sem escuta das necessidades dos usuários, nas atividades educativas prescritivas e na produção de procedimentos

desvinculados de um projeto de cuidado mais amplo), tendem a manutenção do modelo hegemônico médico centrado.

Apesar de os momentos de contato direto com o usuário sejam pautados, em grande medida, pelo trabalho vivo em ato, em algumas entrevistas contatou-se uma postura prescritiva e preconceituosa por parte dos profissionais das equipes de saúde da família estudadas. Esta postura dificulta a escuta das reais necessidades dos usuários e aprisiona a subjetividade dos profissionais e usuários.

Segundo Franco e Merhy (2007) esta forma de se relacionar com os usuários está pautada por uma postura higienista, característica do modelo da Vigilância à Saúde.

A ruptura com esta lógica de trabalho exige a organização de um modelo usuário-centrado, no qual as necessidades dos usuários orientam a prática dos profissionais das equipes de saúde da família.

Para o desenvolvimento de um modelo assistencial que tenha como eixo estruturante as necessidades dos usuários é necessária a reorganização dos processos de trabalho, rompendo com as práticas profissionais estanques e favorecendo o trabalho em equipe.

Outro ponto importante para a organização do modelo assistencial nesta lógica é a articulação efetiva da unidade de saúde da família com as demais unidades de saúde do sistema, em uma malha de cuidados ininterruptos, na qual o usuário tenha suas necessidades atendidas em diversos pontos deste sistema.

Neste ponto os profissionais apontam que há muito a ser melhorado, pois existe uma baixa articulação com os demais serviços de saúde e muitas dificuldades com a central de regulação.

O apoio matricial das equipes de saúde da família por profissionais especialistas pode ser uma ação importante para a ampliação de sua capacidade de cuidar.

Nas entrevistas e nos Relatórios de Gestão estudados o apoio matricial do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família é apontado como uma estratégia interessante na ampliação da potência da equipe.

Diversos profissionais apontam que o apoio da psiquiatra do NASF na condução de usuários com transtornos mentais tem conseguido ampliar a capacidade de cuidado destes usuários e dar maior segurança para os profissionais, principalmente médicos e psicólogos, na condução destes casos.

Apesar de os profissionais apontarem a importância do apoio matricial do NASF na condução de casos mais graves de saúde mental, não foi possível verificar nas entrevistas uma ampliação efetiva da capacidade de cuidar, pois a principal resposta para o sofrimento psíquico ainda é a medicalização.

Constata-se que o apoio do NASF auxiliou os médicos das equipes no manejo e na utilização dos medicamentos psicotrópicos, porém não pode se perceber uma ampliação na capacidade de escuta e continência do sofrimento psíquico, apontando para uma necessidade de instrumentalização das equipes para o uso das tecnologias leves no manejo destes casos.

A parceria com o CRAS também é apontada como uma estratégia importante para o cuidado de usuários com alto grau de vulnerabilidade social.

O desenvolvimento de rodas de educação permanente em saúde é uma questão apontada nos Relatórios de Gestão analisados que não aparece no relato dos profissionais entrevistados. O não apontamento destas rodas

pode indicar a suspensão das mesmas ou que não tiveram importância para as equipes estudadas.

As rodas de educação permanente são apontadas por diversos autores como uma estratégia interessante para produção de mudanças no modelo assistencial, pois possibilitam a análise coletiva dos processos de trabalho da equipe e a construção coletiva de estratégias para o enfrentamento dos problemas levantados, favorecendo a co-responsabilização pelo processo de cuidado em saúde.

Os Relatórios de Gestão estudados apontam terem sido capacitados diversos profissionais como facilitadores de educação permanente em saúde e rodas de educação permanente em algumas unidades de saúde. Neste processo de consolidação da Estratégia de Saúde da Família no município como uma aposta da gestão na mudança do modelo hegemônico médico centrado, a retomada das rodas de educação permanente nas unidades de saúde da família parece ser uma estratégia interessante de apoio às equipes de saúde da família.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise das entrevistas e dos documentos estudados pode se constatar o território como elemento constituinte em diversos momentos do seu processo de trabalho.

Os elementos do território são considerados no agendamento de consultas, na priorização da demanda espontânea, nas visitas domiciliares, nas atividades extramuros e nas reuniões de projeto terapêutico.

Nestes momentos são consideradas principalmente as questões relacionadas com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, a partir da concepção da produção social da saúde do modelo da Vigilância à Saúde.

Percebe-se também uma forte influência do modelo dos Programas de Saúde nos documentos de planejamento estudados e na priorização das ações de alguns profissionais (na agenda médica, odontológica, nas visitas domiciliares, nos instrumentos de coleta de informação e nos grupos temáticos).

Esta forma de organização do processo de trabalho a partir do modelo dos Programas de Saúde favorece a captação e o acompanhamento de algumas patologias e situações pré-estabelecidas, porém contribui para o aprisionamento da subjetividade dos profissionais e dificulta a escuta efetiva das necessidades de saúde dos usuários.

Constata-se que os arranjos que privilegiam o vínculo, o acolhimento e a responsabilização pelo cuidado integral tem maior potência para escuta das necessidades de saúde dos usuários, indo além da visão da determinação social da saúde, possibilitando um olhar para as vulnerabilidades dos usuários e famílias.

Vulnerabilidades estas compreendidas como a relação entre a realidade em que o indivíduo está inserido e sua forma de viver a vida.

Esta visão mais dinâmica do processo saúde-doença possibilita a implantação de uma clínica ampliada, que considera os fatores bio-psico-sociais do processo saúde-doença de forma singularizada.

Neste sentido o usuário não é visto como fruto do meio em que vive, mas como co-autor da sua saúde e da realidade em que vive.

Nesse contexto os profissionais de saúde emprestam seu saber para os usuários e auxiliam os mesmos na construção de estratégias que ampliem sua autonomia e favoreçam seu modo caminhar a vida, rompendo com a visão prescritiva e higienista, no qual os profissionais são os detentores de todo o saber e os usuários são desprovidos de saber. Passa-se a considerar os saberes e desejos dos usuários no processo de produção do cuidado e no processo de trabalho em saúde.

Nas unidades estudadas percebe-se que alguns processos de trabalho consideram as necessidades de saúde dos usuários e atuam a partir do vínculo, acolhimento e responsabilização pelo cuidado integral e outros são organizados de forma burocrática e pré-estabelecida.

As consultas médicas e psicológicas, o acolhimento das demandas espontâneas pelas enfermeiras, as visitas domiciliares, algumas atividades extramuros e as reuniões de projeto terapêutico são momentos em que a subjetividade e as necessidades de saúde dos usuários têm maior possibilidade de serem consideradas no processo de trabalho das equipes.

As reuniões de projeto terapêutico se constituem como um momento crucial para o trabalho das equipes de saúde da família estudadas, promovendo o sentido de obra entre os profissionais, através do compartilhamento de experiências, percepções e saberes dos diversos profissionais na construção coletiva de projetos de produção de cuidado.

A ampla oferta de ações de saúde contempladas nos projetos terapêuticos favorece a implantação de uma clínica ampliada, que rompe com a hegemonia das consultas médicas como a única possibilidade de intervenção em saúde.

Estes momentos poderiam ser potencializados ainda mais com a introdução de profissionais de referência para a gestão dos projetos terapêuticos e com a inclusão dos usuários na elaboração dos referidos projetos terapêuticos.

A valorização da criatividade dos profissionais na construção de outras formas de atuação, a partir das necessidades dos usuários, parece ser uma estratégia fundamental para mudança do modelo hegemônico.

Em contrapartida o aprisionamento da subjetividade dos profissionais em ações pautadas pelo trabalho morto, empobrece sua capacidade do cuidado e reforça a lógica hegemônica de produção de procedimentos desvinculados das reais necessidades de saúde dos usuários.

Nas entrevistas constatou-se que alguns profissionais tinham uma visão pré-concebida dos usuários e do território em que atuavam, tendo dificuldade em compreender os modos de levar a vida dos mesmos e suas necessidades de saúde. Esta visão distorcida da realidade se somava a uma postura prescritiva que desconsiderava os saberes, os valores e os interesses dos mesmos, dificultando o vínculo e o acolhimento, pautando o processo de trabalho na realização de procedimentos desvinculados das reais necessidades dos usuários.

Outro ponto a ser considerado é a necessidade de adequação dos instrumentos de gestão, monitoramento e avaliação das equipes de saúde da família, rompendo com a visão quantitativa para uma visão qualitativa, que tenha como foco principal a melhoria da qualidade de saúde e de vida da população assistida e o aumento da autonomia dos usuários na condução da própria vida.

A gestão local também deve ser trabalhada de forma mais democrática, favorecendo a co-gestão e a co-responsabilização pelo cuidado integral.

Neste sentido constata-se que uma unidade está mais próxima deste modelo do que a outra que ainda tem a gestão fortemente centrada na atuação das enfermeiras.

Outra questão que se apreende das entrevistas é a necessidade da ampliação das estratégias de apoio matricial, pois estas aumentam a potência da equipe no manejo de casos complexos.

Neste sentido ampliação da atuação do NASF e a implantação de rodas de educação permanente com profissionais que atuem como facilitadores da análise dos processos de trabalho das equipes, buscando a construção coletiva de novas formas de cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários, poderiam se constituir como estratégias importantes para o empoderamento e responsabilização das equipes com o cuidado integral em saúde.

Os profissionais entrevistados trouxeram concepções sobre o território compatíveis com as trazidas por Araújo e Augusto (s/d). Alguns apresentaram concepções vinculadas ao território solo, que enfoca as características geopolíticas e demográficas do território de forma estanque e acabada e outros compreendem o território como processo, como algo dinâmico, fruto da interação dos diversos atores com o ambiente. Apesar de a concepção do território processo amplie a noção de território, possibilitando a compreensão da relação do homem com o meio de forma singularizada, parece ser ainda insuficiente para superação do olhar de risco, presente no modelo da vigilância, e inclusão do olhar sobre as vulnerabilidades. Se faz necessário aprofundar este conceito, possibilitando a compreensão do território a partir das vulnerabilidades individuais e familiares.

Conclui-se que as equipes estudadas consideram parcialmente o território na organização do processo de trabalho, porém é necessária a ampliação do olhar sobre as vulnerabilidades existentes no processo saúde-doença, favorecendo uma clínica ampliada, mediante de arranjos institucionais pautados no vínculo, acolhimento e responsabilização da equipe com o cuidado integral em saúde, a partir das necessidades de saúde dos usuários.

7. FONTES PESQUISADAS

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Projeto de expansão do Programa de Saúde da Família**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2003.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Projeto para implantação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2008.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Livro de registros dos projetos terapêuticos da UMSF São Silvestre**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2009 a 2012.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2010 a 2013**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2009.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde - 2010**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2009.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Serviços de Saúde. Unidade Municipal de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista. **Plano de Ação - 2010**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2009.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Serviços de Saúde. Unidade Municipal de Saúde da Família São Silvestre. **Plano de Ação – 2011/2012**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2010.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão - 2010**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2011.

JACAREÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão - 2011**. Jacareí: Prefeitura Municipal, 2012.

8. REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. H.; AUGUSTO, L. G. S.; **Conceito de território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável**. Salvador, BA, Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/guiadotrabalhador/conceitos_de_territorio_e_implicacoes_para_saude.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2011.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. **Processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência**. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v.15, n. 5, p. 2473-2482, ago. 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 04 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em 4 de dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. 2 Ed. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. **Modelos de atenção à saúde a organização de equipes de referência na rede básica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, MG**. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, abr/jun. 2000.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos, G. W. S. e Guerreiro, V. P. (org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. Cap. 4, p. 105-133.

CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.de L. da S.M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, C.C. **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. Revista brasileira de enfermagem, Brasília, DF, v. 62, n. 1, jan./fev. 2009.

ELIA, P. C.; Nascimento, M. C. **A construção do plano local como atribuição das equipes de saúde da família: a experiência de três áreas programáticas do município do Rio de Janeiro**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, vol. 21, n. 2, 2010.

FIGUEIREDO, P. P. de; CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, F. S.; SENA, J.; SILVEIRA, L. **Processo de trabalho da estratégia de saúde da família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, vol. 20, n. 1, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional**. Saúde em debate, Rio de Janeiro, RJ, ano 27, v. 27, set/dez. 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (org.). **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 3, p. 55-124.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 6, jun. 2006.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; GRACIE, R. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (org.) **Qualificação de gestores do SUS**. 2. Ed. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2011.

JUNGES, J. R.; SELLI, L.; SOARES, N. A.; FERNANDES, R. B. P.; SCHECK, M. **Processos de trabalho no programa de saúde da família: atravessamentos e transversalidades**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

LAVADO, M. M.; BENITO, G. A. V.; BITDINGER, C.; SOARES, C. L. S.; SILVA, T. A. V. da. **Avaliação do processo de trabalho médico no programa de saúde da família: uma ferramenta para educação permanente**. Arquivos catarinenses de medicina, Florianópolis, SC, v. 36, n. 2, p. 75-81, 2007.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, C. P. **Discussão de famílias na estratégia de saúde da família: processo de trabalho em construção**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, v. 45, n. 3, p. 603-610, 2011.

MARQUI, A. B. T.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. dos S.; ROSA, N de; ZANON, T. **Caracterização das equipes da saúde da família e seu processo de trabalho**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, v. 44, n. 4, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NETO, F. R. G. X.; SAMPAIO, J. J. C.; **Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia de Saúde da Família**. Revista brasileira da enfermagem, Brasília, DF, v. 61, n. 1, jan./fev. 2008.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** 2007. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2007.

PUCCINI, P. T. **Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica.** 2005. 128 F. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública/USP, 2005.

REIS, M. A. S. dos; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.** Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 11, n. 23, set/dez. 2007.

RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. **Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional.** Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, SC, v. 14, p. 109-115, 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D; BLANK, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família.** Cadernos dessaúde pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 2, mar/abr. 2004.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde.** Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, de serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TRINIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP					
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA					
Título da Pesquisa: O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios					
Pesquisador: Eduardo Guadagnin					
Área Temática:					
Versão: 1					
CAAE: 06955612.4.0000.5421					
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP					
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio					
DADOS DA NOTIFICAÇÃO					
Tipo de Notificação: Nova versão TCLE					
Detalhe:					
Justificativa:					
Data do Envio: 27/11/2012					
Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado					
DADOS DO PARECER					
Número do Parecer: 193.273					
Data da Relatoria: 01/02/2013					
Apresentação da Notificação: ndn					
Objetivo da Notificação: ndn					
Avaliação dos Riscos e Benefícios: ndn					
Comentários e Considerações sobre a Notificação: ndn					
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: ndn					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715 Bairro: Cerqueira Cesar UF: SP Município: SAO PAULO </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: right;"> CEP: 01.248-904 </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742 </td> <td style="border: none; text-align: right;"> E-mail: coep@fsp.usp.br </td> </tr> </table>		Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715 Bairro: Cerqueira Cesar UF: SP Município: SAO PAULO	CEP: 01.248-904	Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742	E-mail: coep@fsp.usp.br
Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715 Bairro: Cerqueira Cesar UF: SP Município: SAO PAULO	CEP: 01.248-904				
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742	E-mail: coep@fsp.usp.br				

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Recomendações:

ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 05 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.248-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7742 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO MUNICÍPIO DE JACAREÍ

Prefeitura Municipal de Jacareí

Secretaria de Saúde

Memorando nº 239/2012 – S.S.

Jacareí, 07 de novembro de 2012.

Ao Sr.
Antonio de Paula Soares
Secretário de Saúde

Solicito autorização para o início das atividades de campo do projeto de pesquisa “O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da família: relevâncias e desafios”.

O presente projeto faz parte do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Informo que o presente projeto foi aprovado no exame de qualificação em 31 de maio de 2012 e pelo Comitê de Ética Médica em 01 de novembro de 2012, atendendo os padrões técnicos e éticos desta renomada instituição.

Vale ressaltar que o tema da presente pesquisa é de interesse desta secretaria pois tem como objetivo compreender como as concepções de território dos profissionais das equipes de saúde da família configuram elemento constitutivo nos processos de trabalho das equipes, e seus resultados irão auxiliar no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família no município.

Atenciosamente,

EDUARDO GUADAGNIN
Assessor Técnico

aprovado

Secretaria de Saúde-PMJ
Tatiane Rufino Aprobato
Gerente Administrativo
07/11/2012

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto “O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios”.

Pesquisador responsável: Eduardo Guadagnin, aluno do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Este projeto tem como objetivo compreender como o território se apresenta como elemento constituinte do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Para isso, você será entrevistado sobre sua prática profissional na equipe de saúde da família que atua e sua relação com o território em que esta está inserida.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e você é livre para se recusar a participar ou interromper a participação a qualquer momento.

As informações obtidas durante esta pesquisa serão utilizadas de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais.

Durante a execução deste projeto de pesquisa foram previstos procedimentos que gerem riscos mínimos aos participantes. As entrevistas serão gravadas e transcritas, ficando sob a responsabilidade do pesquisador a preservação da privacidade dos participantes e utilização dos conteúdos das entrevistas estritamente para os objetivos da pesquisa. O contato com o pesquisador poderá ser feito em qualquer momento da pesquisa, para o esclarecimento de dúvidas no telefone (12) 9110-4548.

Para obter mais informações sobre esta pesquisa, também pode se procurar a Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins, orientadora desta pesquisa, no telefone (11) 3061-7719 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP (11) 3061-1779, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira Cesar, São Paulo – SP.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa:

Nome: _____ Assinatura: _____

Eu, abaixo assino, expliquei ao participante voluntário da pesquisa os seus objetivos, os procedimentos e métodos para a coleta de informações, sendo que o mesmo assinou esse Termo de Consentimento voluntariamente.

Data: ____/____/____

Pesquisador: _____

ANEXO 4 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PARA OS GRUPOS 1 E 2

Identificação:

Nome:

Idade:

Profissão:

Especialização:

Tempo de atuação no município:

Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família:

Tempo de atuação na atual equipe:

Participou de curso introdutório? Quando?

Participou de outros processos de capacitação no município? Quando? Qual o tema?

Questões:

- 1) Qual o território em que você atua?
- 2) Quais são as principais características deste território?
- 3) Como este território influencia na saúde da população?
- 4) Sua equipe tem um modo de trabalhar diferente das demais equipes? Qual seria?
- 5) Este modo próprio de trabalho está ligado ao território em que estão inseridos? Como?
- 6) Como são tomadas as decisões na equipe?
- 7) Existem reuniões de equipe? Quem participa? Como são definidos os assuntos a serem discutidos na reunião?
- 8) Que informações a equipe utiliza para organizar o processo de trabalho?

ANEXO 5 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PARA O GRUPO 3

Identificação:

Nome:

Idade:

Profissão:

Especialização:

Tempo de atuação no município:

Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família:

Tempo de atuação na atual equipe:

Tempo de atuação como supervisor da unidade:

Teve outras experiências de gestão? Quais?

Participou de curso introdutório? Quando?

Participou de outros processos de capacitação no município? Quando? Qual o tema?

Questões:

- 1) Qual o território da unidade de saúde da família que você atua como gestor? Quais suas Características?
- 2) Como o território interfere na organização do processo de trabalho da equipe sua unidade?
- 3) Você percebe diferentes formas de se relacionar com o território por parte dos diversos profissionais da equipe?
- 4) Como você articula as demandas da gestão central com as demandas da equipe e as provenientes da comunidade?

ANEXO 6 - CURRÍCULO LATTES DO PESQUISADOR

09/11/13		Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Eduardo Guadagnin)
Eduardo Guadagnin Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7080672514140876 Última atualização do currículo em 09/11/2013	
<p>Possui graduação em Licenciatura em psicologia pela Universidade de Taubaté (1992) e graduação em Psicologia pela Universidade de Taubaté (1993). Atualmente é psicólogo da Prefeitura Municipal de Jacareí, tutor pesquisador da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE, atuando principalmente nos seguintes temas: educação permanente, saúde pública, atenção básica, psicologia, equipe e controle social. (Texto informado pelo autor)</p>			
Identificação			
Nome	Eduardo Guadagnin
Nome em citações bibliográficas	GUADAGNIN, E.		
Endereço			
Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de Jacareí. Avenida Major Acácio Ferreira 854 Jardim Paraiba 12327-530 - Jacareí, SP - Brasil Telefone: (012) 39559637 Fax: (012) 39510224		
Formação acadêmica/titulação			
2011	Mestrado em andamento em Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP. Título: O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios, Orientador: Cleide Lavieri Martins. Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Básica; Território. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: SAÚDE DA FAMÍLIA. Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.		
2008 - 2010	Especialização em Curso de especialização em gestão pública em saúde. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil. Título: A educação permanente em saúde como estratégia para efetivação da gestão compartilhada nas equipes locais de saúde. Orientador: Cleide Lavieri Martins.		
1999 - 1999	Especialização em Curso de especialização modalidade pós-graduação I. (Carga Horária: 690h). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: não realizada.		
2005 - 2006	Aperfeiçoamento em Curso de aperfeiçoamento de formação de facilitado. (Carga Horária: 190h). escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Título: não realizada. Ano de finalização: 2006.		

ANEXO 7 - CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

09/11/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Cleide Lavieri Martins)

Cleide Lavieri Martins

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9490605608485130>
 Última atualização do currículo em 05/09/2013

possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1976), Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980), Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo (1977), mestrado (1990) e doutorado (1999) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: formação em saúde, avaliação de serviços de saúde, saúde da família, e controle da tuberculose. É editora do periódico Saúde e Sociedade. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Cleide Lavieri Martins
Nome em citações bibliográficas MARTINS, C. L.; MARTINS, CLEIDE LAVIERI

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
 Av Dr Arnaldo 715
 Cerqueira Cesar
 01246904 - São Paulo, SP - Brasil
 Telefone: (11) 30617719
 Fax: (11) 30617835
 URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1999 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: Desvelando a identidade da Pós-Graduação em Saúde Pública, Ano de obtenção: 1999.
 Orientador: Fernando Lefèvre.
 Palavras-chave: formação em saúde pública; pós-graduação; recursos humanos em saúde.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

1983 - 1990 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: O modo de ser da Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no período de 1980 a 1987, Ano de Obtenção: 1990.
 Orientador: Nilce Piva Adami.
 Palavras-chave: formação em saúde pública; ensino de enfermagem; recursos humanos em saúde.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
 Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.

1981 - 1981 Especialização em Saúde Pública para Graduados em Enfermagem. (Carga Horária: 1014h).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.