**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GISETTI CORINA GOMES BRANDÃO

**O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE – PB**

**SÃO PAULO
2014**

GISETTI CORINA GOMES BRANDÃO

**O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE – PB**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profª Drª Maria Amélia de C. Oliveira

**SÃO PAULO
2014**

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Brandão, Gisetti Corina Gomes

O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB / Gisetti Corina Gomes Brandão. São Paulo, 2014.

175 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

Linha: Sociedade, Saúde e Enfermagem

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação permanente.
3. Educação em saúde. I. Título.

GISETTI CORINA GOMES BRANDÃO

O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
CAMPINA GRANDE - PB

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maria Amélia de C. Oliveira Instituição: EEUSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a meu esposo, Lenilson Guedes Brandão, companheiro, amigo e meu amor, que nunca mediu esforços para me apoiar em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional, e fazer-se cada vez mais presente no seio familiar em minhas ausências. Exemplo de pessoa humana, sempre perseverando na fé. Te amo!

A meus filhos Vítor, Amanda e Lenilson Filho, que mesmo sem perceber, deram-me coragem para persistir nos estudos. Amo vocês incondicionalmente!

A meus pais, Tarcísio Gomes da Silva e Marília Gisetti Carvalho Gomes, por serem exemplos de vida.

A meus irmãos, cunhados, cunhadas, sogro e sogra, que sempre verbalizaram palavras de estímulo, incentivo, confiança e perseverança, acreditando sempre em mim.

A meus sobrinhos, cuja pureza de criança leva-me a acreditar em um mundo melhor, fortalece meu caminhar na educação e na luta pela transformação dos processos de trabalho em saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força e sabedoria para chegar até aqui, depois de ter passado por tantas provas;

A minha estimada professora Maria Amélia de Campos Oliveira, minha querida Méia, por todo o apoio nos momentos difíceis vividos no decorrer do doutorado, desde a seleção até a construção da tese. Apesar da distância, fez-se presente em todos os momentos dessa trajetória. Agradeço por ter possibilitado meu aprendizado além da docência, pois aprendi que a humildade que lhe é peculiar faz a diferença em todos os espaços. Aprendi que não é preciso verbalizar o saber, basta SER. Aprendi que o trabalho é uma parte da vida e não o todo e que a construção do saber também se faz nas relações construídas. Que a simplicidade faz-nos grandes, que se ensina incluindo o saber do outro, que todo ser humano tem acúmulos e é capaz de ensinar. Que ser mulher, professora e enfermeira é acreditar que somos capazes de superar as adversidades que a vida nos impõe e ter sempre muita esperança, pois tudo dará certo, mesmo que não seja como sonhamos. Aprendi que todos nós temos defeitos e virtudes e, sobretudo, somos capazes de aprender mesmo nas dificuldades. Aprendi que sempre há luz, que existem muitas pessoas iluminadas e precisamos enxergar seu brilho. Obrigada, Méia por ser essa luz que contribuiu para meu crescimento como docente, enfermeira, pesquisadora, amiga, esposa, mãe, filha, irmã, mulher, e acima de tudo, pessoa;

Aos meus queridos alunos, Rayanne Moraes, Talita Queiroga, Jean Carlos, Antônio Ialy Ferreira e Tuanny Gonçalves Benjamim de Souza, que participaram efetivamente da construção desta pesquisa;

À professora doutora Dulce Maria Gualda, pela sensibilidade, por ter acreditado em mim, oportunizando meu ingresso no Programa Interunidades e que, com seu jeitinho simples e humano, possibilitou que eu concorresse à bolsa de estudos do CNPq;

Às professoras doutoras Márcia Regina M. Alvarenga e Carmen Caja Lopez, que tanto contribuíram para o aperfeiçoamento do projeto do doutorado no exame de qualificação;

Aos grandes amigos e professores doutores da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, João Xavier, Irinaldo Basílio e Ruth Trindade, que me apoiaram durante esta caminhada;

Às queridas amigas da UFAL, em especial Clodis Tavares, Isabel Comasseto, Lenira Wanderley e Rosimar Camilo (in memoriam), que me acolheram no grupo de estudo no período que juntas cursamos as disciplinas do doutorado;

Às queridas amigas, professoras da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Ana Elisa, Kleane Fonseca, Ana Fábila e Rejane Cartaxo, que me apoiaram em todos os momentos de minha vida pessoal e profissional ao chegar a Campina Grande - PB;

Ao Coordenador do curso de Enfermagem da UFCG / Campina Grande - PB, meu amigo Alan Dionizio Carneiro, pela sensibilidade durante a minha caminhada na construção da tese, meu muito obrigado!

Às colegas Jaqueline Correa Gaspar e Cíntia Hitomi Yamashita, que muito me ajudaram durante minha estada em São Paulo;

À Izaltina Batista Pinto, minha querida Iza, pelo carinho e acolhida cuidadosa durante a minha estada em São Paulo, obrigada por tudo, amiga;

A todos os que compõem o Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP que, apesar da pouca convivência, nunca mediram esforços para me acolher e ajudar;

Às competentes secretárias da pós-graduação, Silvana e Lúcia, pelo tratamento carinhoso e atento dispensado às alunas do Nordeste;

A todos os profissionais das Unidades de Saúde da Família: enfermeiros, médicos, agentes de saúde, dentista, assistentes sociais, recepcionistas, auxiliares de serviço, vigilantes, que permitiram minha presença no cotidiano do trabalho. Obrigada por dialogarem comigo sobre o processo que vivenciam no cotidiano do trabalho!

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, que me acolheram e disponibilizaram todos os materiais solicitados para realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Universidade de São Paulo – USP, por tantos aprendizados, construção de saberes e vínculos que farão toda a diferença em minha vida de docente e pesquisadora;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pela concessão de bolsas de estudo durante o período do doutorado;

À Universidade Federal de Alagoas - UFAL que possibilitou a minha entrada no doutorado e facilitou a minha inserção no grupo do DINTER como aluna especial para cursar os créditos;

À Universidade Federal de Campina Grande - UFCG que aceitou minha redistribuição e minhas ausências em função do doutorado, em especial ao professor Paulo de Freitas Monteiro, que acreditou em meu trabalho;

À Universidade Estadual da Paraíba – UEPB que possibilitou a minha inserção em uma turma de pós-graduação para cursar duas disciplinas, que contribuíram na análise dos resultados da pesquisa

À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, que apoiou meu trabalho e em todos os momentos da pesquisa permitiu e facilitou o processo de coleta de dados, disponibilizando o material que lhe foi solicitado;

Às Unidades de Saúde da Família do estudo, por permitirem minha entrada e acolherem minhas necessidades como docente e pesquisadora.

O algodão colorido, muito conhecido nacionalmente, é uma variação genética resultante de uma pesquisa da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA). Sua relação com Campina Grande não é por acaso, pois a produção algodoeira no local data de 1935. Marca do trabalho de sua gente, o crescimento da indústria algodoeira tornou a cidade muito conhecida. Após uma fase de declínio, no início dos anos 2000, Campina Grande voltou a apostar nessa indústria que, com a inovação do algodão colorido, hoje movimenta a economia e a geração de empregos, fortalecendo o artesanato paraibano e promovendo o sustento de muitos artesãos.

*Aqui o sol nasce primeiro
E tão desinibido
E a lua exhibe um estrelato
Com tanta beleza
Que até o algodão se empolga
E já vem colorido
Exibições inexplicáveis
Da mãe natureza
Aqui até os dinossauros
Fizeram morada
E a gente pode ao som
De Jackson pandeirear
Ouvir a voz que na bandeira
Ficou estampada
Dar frutos
Que o tempo e a história
Não vão apagar
Eu sou da paraíba é meu esse lugar
A cara desse povo tem a minha cara
Encanto de beleza que me faz sonhar
Lugar tão lindo assim pra mim é joia rara
Que bom estar no ponto mais oriental
Astrologicamente ser um ariano
Rimar como um Augusto tão angelical
Eu sou muito feliz, eu sou paraibano*

(Música: Paraíba Joia Rara - Tom Oliveira, 2011)

BRANDÃO G.C.G. **O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família de Campina Grande – PB.** 2014. Tese – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Introdução: O trabalho em saúde diferencia-se dos demais trabalhos pela complexidade de seu objeto (a pessoa e sua família, os grupos sociais ou as coletividades), pela especificidade de seu produto (ações de saúde) e pela participação dos sujeitos no processo de produção do cuidado. No Brasil, o sistema de saúde é orientado pela Atenção Primária à Saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família, depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de fortalecer as ações e favorecer o acesso da população aos serviços de saúde. O objeto deste estudo foi a prática diária dos trabalhadores de saúde, tendo como categoria de análise o processo de trabalho em saúde.

Objetivo: caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde de equipes da ESF de Campina Grande- PB. **Método:** Foi realizada uma pesquisa-ação, que teve início com a apresentação às equipes dos secundários oriundos do Programa de Avaliação da Melhoria da Qualidade da Assistência (PMAQ). Tais dados mostraram a ausência de registros sobre o acompanhamento sistemático das condições de vida e saúde dos grupos prioritários. A avaliação externa do PMAQ, por sua vez, evidenciou a realidade vivida pelos trabalhadores. Essa primeira aproximação forneceu os elementos necessários para problematizar a produção das equipes. Foram realizadas oficinas problematizadoras para identificar e problematizar os nós críticos do trabalho, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS). Participaram da investigação 38 trabalhadores das duas unidades de saúde da família do município de Campina Grande, do estado da Paraíba. Também foram realizadas entrevistas com dois gestores. O material empírico resultante foi submetido à análise de conteúdo. **Resultados:** foram identificados nós críticos relativos ao processo de trabalho, ao trabalho em equipe, ao acolhimento e ao sistema de informação em saúde. **Discussão:** A EPS permitiu aos trabalhadores ampliar sua compreensão sobre o cotidiano do trabalho contexto em que atuam e as necessidades dos usuários. Ficou evidente que existe um trabalho preso a normas, cronogramas e protocolos, na lógica do trabalho morto, que obstaculiza o trabalho vivo. **Considerações finais:** os trabalhadores envolvidos puderam ressignificar suas práticas, de modo a conciliar a normatização instituída e o que precisa ser realizado. No cotidiano do trabalho, já foram iniciados novos modos de agir onde o processo de comunicação vem se abrindo a problematização e negociação, visando à produção do entendimento e o respeito às diferenças.

Palavras-chave: Processo de trabalho em saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde.

BRANDÃO G.C.G. **The Family Health teams work process in Campina Grande - PB. 2014.** Thesis - Nursing School, São Paulo University, São Paulo.

ABSTRACT

Introduction: Health work differs from other kinds of work by the complexity of its object (the person and her/his family, the social groups or collectives), the specificity its product (health actions) and those that participate in care production process. In Brazil, the health care system is driven by Primary Health. In 1994, the Health Ministry proposed the Family Health Program, afterwards called Family Health Strategy (FHS), in order to strengthen actions and to promote people's access to health services. The object of this study was the health workers daily practice, and the analytic category was the work process in health. **Objective:** To characterize and discuss the work processes in FHS health teams in Campina Grande-PB. **Method:** An action research was performed, which began with the presentation of data of Quality of Care Improvement Assessment Program (PMAQ in Portuguese). Such data showed the absence on systematic monitoring of life and health conditions of priority groups. The PMAQ external evaluation highlighted the reality experienced by the workers. This first approach provided the necessary elements to discuss the teams' production. Workshops were held to identify and discuss the work critical nodes in the continuing healthcare education (EPS) perspective. 38 workers of two health family units participated in the investigation in the city of Campina Grande, Paraíba. Interviews were also conducted with two health managers. The resulting empirical material was submitted to content analysis. **Results:** critical problems related to the labor process, teamwork, reception and health information system were identified. **Discussion:** EPS enables the workers to improve their understanding of the everyday work context in which they operate and the users' needs. It was evident that the work process is tied to rules, schedules and protocols, in a "dead labor" logic, which hinders "living labor". **Final considerations:** the workers involved could reframe their practices in order to reconcile what is established and what is to be done. In daily work, new acting ways were initiated and the communication process is now opened to questioning and negotiation in order to produce the understanding and the respect for differences.

Keywords: Health work process, Primary Health Care, Continuing healthcare education.

BRANDÃO G.C.G. **El proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia de Campina Grande – PB.** 2014. Tesina – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, São Paulo.

RESUMEN

Introducción: El trabajo en salud se diferencia de los otros trabajos por la complejidad de su objeto (la persona y su familia, los grupos sociales o las colectividades), por la especificidad de su producto (acciones de salud) y por la participación de los sujetos en el proceso de producción del cuidado. En Brasil, el sistema de salud es orientado por la Atención Primaria a la Salud. En 1994, el Ministerio de la Salud propuso el Programa Salud de la Familia, después denominado Estrategia de Salud de la Familia (ESF), con la finalidad de fortalecer las acciones y favorecer el acceso de la población a los servicios de salud. El objeto de este estudio fue la práctica diaria de los trabajadores de salud, teniendo como categoría de análisis el proceso de trabajo en salud. **Objetivo:** caracterizar y problematizar los procesos de trabajo en salud de equipos de la ESF de Campina Grande- PB. **Método:** Pesquisa acción que tuvo inicio con la presentación a los equipos de los secundarios oriundos del Programa de Evaluación de la Mejoría de la Calidad de la Asistencia (PMAQ en Portugués). Tales datos mostraron la ausencia de registros sobre el acompañamiento sistemático de las condiciones de vida y salud de los equipos prioritarios. La evaluación externa del PMAQ, por su vez, evidenció la realidad vivida por los trabajadores. Esa primera aproximación forneció los elementos necesarios para problematizar la producción de los equipos. Fueron realizados talleres problematizadores para identificar y problematizar los puntos críticos del trabajo, en la perspectiva de la Educación Permanente en Salud (EPS). Participaron de la investigación 38 trabajadores de las dos unidades de salud de la familia del municipio de Campina Grande, del estado de Paraíba. También fueron realizadas entrevistas con dos gestores. El material empírico resultante fue sometido al análisis de contenido. **Resultados:** Fueron identificados puntos críticos relativos al proceso de trabajo, al trabajo en equipo, al acogimiento y al sistema de información en salud. **Discusión:** La EPS permitió a los trabajadores ampliar su comprensión sobre el cotidiano del trabajo contexto en que actúan y las necesidades de los usuarios. Quedó evidente que existe un trabajo preso a normas, cronogramas y protocolos, en la lógica del trabajo muerto, que obstaculiza el trabajo vivo. **Consideraciones finales:** Los trabajadores envueltos pudieron resignificar sus prácticas, de modo a conciliar la normalización instituida y lo que precisa ser realizado. En el cotidiano del trabajo, ya fueron iniciados nuevos modos de actuar donde el proceso de comunicación viene abriéndose a la problematización y a la negociación, visando la producción del entendimiento y o respeto a las diferencias.

Palabras clave: Proceso de trabajo en salud, Atención Primaria a la Salud, Educación Permanente en Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cidade de Campina Grande, PB	41
Figura 2 – Distrito Sanitário II da Cidade de Campina Grande, PB	42
Figura 3 – Distribuição dos equipamentos de saúde no Distrito Sanitário 2 de Campina Grande, PB	43
Figura 4 – Área de abrangência da UBSF 1	45
Figura 5 – Área de abrangência da UBSF 2	45
Figura 6 – Fluxograma Descritor da UBSF 1	61
Figura 7 – Fluxograma Descritor da UBSF 2	62
Figura 8 – Sala de espera UBFS 1	66
Figura 9 – Sala de espera UBSF 2	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos abordados na Unidade de UBSF 1. Campina Grande – PB, 2014	53
Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos abordados na UBSF 2. Campina Grande – PB, 2014	54
Quadro 3 – Caracterização dos gestores entrevistados. Campina Grande – PB, 2014.	55
Quadro 4 – Número de oficinas e temas trabalhados.....	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DINTER	Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem
EC	Emenda Constitucional
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização do SUS
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Programa de Educação para o Trabalho
PMAQ	Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade

PNH	Política Nacional de humanização
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBSF	Unidade Básica Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. O OBJETO DO ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO	21
1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	28
2. OBJETIVOS	36
2.1 GERAL	37
2.2 ESPECÍFICOS	37
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO	40
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	46
3.5 ETAPAS DO TRABALHO.....	46
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	49
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	50
4. RESULTADOS.....	51
4.1 O PERFIL DAS EQUIPES	52
4.2 DESCRIÇÃO DAS OFICINAS DE TRABALHO	56
4.2.1 Primeira oficina	57
4.2.2 Segunda oficina	57
4.2.3 Terceira oficina	59
4.2.4 Quarta oficina.....	60
4.2.5 Quinta oficina	62
4.2.6 Sexta oficina	67
4.3 OS TEMAS DEBATIDOS.....	68
4.3.1 O processo de trabalho das equipes no cotidiano	68
4.3.2 Fragilidades identificadas no processo de trabalho	70
4.3.3 O olhar dos gestores sobre as fragilidades do trabalho das equipes.....	71
4.3.4 Potencialidades identificadas no trabalho em equipe	71
4.3.5 O olhar dos gestores sobre as potencialidades do trabalho em equipe.....	72
4.3.6 A utilização dos dados do SIAB	73

4.3.7 O trabalho em equipe.....	74
4.3.8 O olhar dos gestores sobre o trabalho em equipe	75
4.3.9 O acolhimento.....	75
4.3.10 O olhar dos gestores sobre o acolhimento.....	77
5. DISCUSSÃO	78
5.1 AS INFORMAÇÕES ADVINDAS DO PMAQ	79
5.2 O PERFIL DOS TRABALHADORES.....	84
5.3 REFLEXÕES SOBRE OS TEMAS DEBATIDOS.....	85
5.3.1 O processo de trabalho em saúde	85
5.3.2 O trabalho em equipe.....	95
5.3.3 O Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB	105
5.3.4 O Acolhimento	114
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICES	140
APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados – Gestores	141
APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados – Trabalhadores das equipes.....	143
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	145
APÊNDICE D: Planejamento das oficinas	147
APÊNDICE E: O processo de trabalho das equipes ESF expresso no PMAQ.....	153
ANEXOS	170
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	171
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	173

APRESENTAÇÃO

A preocupação com o processo de trabalho em saúde, mais especificamente com o dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, emergiu de minha vivência profissional. Trabalhei durante 15 anos no campo da saúde pública, tendo sido enfermeira do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa Saúde da Família – PSF.

Na formação como enfermeira, fiz meus estudos na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, tendo concluído a graduação em Enfermagem em 1993. Na época, a matriz curricular do Curso era direcionada para o modelo biomédico. Éramos formados para sermos profissionais da “doença” e não da saúde, saíamos enfermeiras tecnicistas, preparadas para trabalhar em hospitais. Mas fui apresentada com meu primeiro emprego na saúde pública.

Em 1993, ano de minha formatura, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS estava se iniciando na Paraíba. Como enfermeira do PACS, participei de todas as capacitações que o Ministério da Saúde disponibilizava e, a partir daí, ocorreu minha inserção definitiva no campo da Saúde Coletiva, em que atuei como enfermeira até 2008.

Fui enfermeira assistencial em Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS. Assumi também gestão dos serviços de saúde, como Diretora de Administração de Serviços de Saúde, Secretária Municipal de Saúde e Diretora de Serviços de Referência em Diabetes e Hipertensão.

Exerço a docência desde 1995, inicialmente em uma escola técnica de Enfermagem e, posteriormente, em faculdades privadas. Em 2008 realizei concurso público e ingressei na Universidade Federal de Alagoas - UFAL e, em 2012, transferi-me para a Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, vinculada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, na área de Saúde Coletiva. Essa trajetória levou-me a refletir sobre os processos de formação e trabalho em saúde.

Enquanto atuava na gestão, constantemente me perguntava por que chegavam ao nível central tantos problemas que estavam diretamente ligados ao cotidiano da assistência. Não conseguia compreender a razão da baixa resolubilidade dos serviços e, no planejamento das ações de saúde, percebia que essas ações voltavam-se mais para os profissionais que para as necessidades de saúde dos usuários.

Quando atuei como Diretora de Serviços de Saúde de Média Complexidade, fiz um Curso de Especialização em Políticas do Cuidado em Saúde. Como se tratava de um curso teórico-prático, os especializandos tinham de realizar uma intervenção em seu campo de atuação. Assim, tive a oportunidade de efetivar um processo de Educação Permanente em Saúde no serviço em que atuava como diretora e compreendi que a reflexão sobre as práticas no próprio serviço produz resultados concretos: os profissionais de saúde podem problematizar seus processos de trabalho, com vistas a seu aprimoramento, participando efetivamente da construção do Sistema Único de Saúde.

Tal experiência sinalizou a necessidade de construção de espaços democráticos para discussão do processo de trabalho em saúde. Desde então, acredito que tais espaços e a Educação Permanente em Saúde têm potencial para transformar as práticas de uma forma dialogada, pactuada, construtiva, sem precisar de ações ditatoriais.

Nos últimos anos, atuo como docente na supervisão de estudantes que cursam a disciplina Estágio Supervisionado na Atenção Básica e, nessa função, continuo acompanhando a atuação de equipes de Saúde da Família. Constato que mesmo os problemas mais simples, que as equipes poderiam resolver, muitas vezes geram encaminhamentos do usuário para outros serviços ou para o nível central.

Acredito que os processos de trabalho dos profissionais de saúde estão mais voltados para suas próprias necessidades e não para as necessidades de saúde dos usuários do SUS. Habilidades e competências técnicas são negligenciadas ou não são claramente explicitadas para os usuários que, na maioria das vezes, acabam sendo vítimas desse sistema.

As formas tradicionais de atendimento, do tipo queixa-conduta, centradas na doença, também se sobrepõem às necessidades de saúde dos usuários que procuram os serviços esperando ser acolhidos e ouvidos. A reflexão crítica sobre a ação desenvolvida pelos profissionais é pouco oportunizada e esta talvez seja a principal razão do descompasso mencionado. No entanto, acredito que a Educação Permanente em Saúde pode transformar as práticas engessadas e biologicistas que hoje predominam nos serviços de saúde.

Continuo a me questionar sobre o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, a forma de organização dos serviços e a gestão local, que não dispõe de ferramentas que possibilitam o planejamento e a avaliação das ações de saúde. Considero que ações simples, como a escuta e o diálogo, podem proporcionar reflexões sobre os processos de trabalho em saúde, facilitando o planejamento e a avaliação do *fazer* em saúde, possibilitando a transformação das práticas direcionadas para as necessidades de saúde dos usuários e contribuindo assim para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Este estudo resulta dessas inquietações e também de minhas crenças no potencial transformador do diálogo. Pretende ser uma contribuição para o aperfeiçoamento da gestão na Atenção Básica. Sua finalidade é possibilitar a reflexão crítica sobre o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família e, por meio da Educação Permanente em Saúde, produzir novos conhecimentos com os profissionais de saúde de tal modo que possam investir na transformação da realidade local de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e as premissas da Estratégia Saúde da Família.

***1. O objeto do estudo e o
referencial teórico da
investigação***

1 O OBJETO DO ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

O trabalho em saúde é hoje majoritariamente um trabalho coletivo, institucional, com características do trabalho profissional e da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, resultante da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. É realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Em geral, envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Também é continuamente influenciado por interesses políticos e econômicos em todo o mundo, e não apenas nos países em desenvolvimento. Trata-se de:

“um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.” (PIRES, 2000, p.85).

A palavra trabalho tem sua origem latina *tripalium* - instrumento utilizado para subjugar os animais e forçar os escravos a aumentar a produção. O *tripalium* era, pois, um instrumento de tortura, algo semelhante à cruz que os cristãos adotaram como símbolo (FERREIRA, 2010). Ao longo da história, o trabalho assumiu várias formas, ora como “*atividades distintas, mais nobres, mais livres das injunções materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do “mundo do trabalho”, ora como algo pesado, sofrido, repleto de leis férreas da necessidade e distante da criatividade e da liberdade*” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.1).

O grau de dificuldade dessa reflexão [sobre o trabalho] aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.

O trabalho em saúde remete a essa complexidade, pois o objeto de transformação é subjetivo, porque está vinculado às necessidades de saúde das pessoas e/ou coletividade. (FARIA et al., 2009, p.21)

Existem duas ideias-força no conceito de trabalho humano, que são “*energia*” e “*transformação*”. Para acontecer, o trabalho requer o desprendimento de energia do trabalhador. O objeto do trabalho precisa estar relacionado às necessidades do sujeito e de seu grupo social, próprio de determinados contextos históricos, sociais e culturais. No processo de trabalho há a transformação do objeto, em resposta às necessidades sociais que o motivaram (MENDES-GONÇALVES, 1992).

“*Trabalho é toda transformação intencional de um objeto em produto através da aplicação de energia*”. Antes da transformação do objeto, precisa existir a intencionalidade. É quando há o planejamento da execução do trabalho, por exemplo, na escolha da matéria-prima: “*Se desejamos produzir pão, necessitamos de água e farinha, se formos produzir concreto, precisamos de cimento, areia e brita.*” O que nos leva a escolher a matéria-prima é o produto antevisto (OLIVEIRA; FONSECA, 2005, p.42).

Para conduzir a atividade é necessário que existam a intencionalidade, o objeto, a energia e a transformação desse objeto, ou seja, “*o processo de trabalho e seus elementos constituintes: objeto, meio/instrumentos, finalidade e trabalho em si.*” (OLIVEIRA; FONSECA, 2005, p.42). “*O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.*” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.8).

O processo de trabalho em saúde é muito complexo, pois além de ser permeado por diferentes finalidades que conformam diferentes projetos técnico-ético e político em constantes disputas, no mesmo cenário, também as subjetividades que perpassam as necessidades dos usuários dos serviços e dos trabalhadores de saúde influenciam diretamente o produto e o próprio trabalho.

Diferencia-se dos demais pela complexidade de seu objeto (a pessoa e sua família, os grupos sociais ou a coletividade), pela especificidade de seu produto (as ações de saúde) e a participação do sujeito no processo de produção do cuidado. Refere-se:

a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e usuário. (BRASIL, 2005, p.69)

O momento de encontro entre trabalhador e usuário exige interação e respostas imediatas, sendo portanto **trabalho vivo**, que Merhy (2003) define como o trabalho em ato no campo das tecnologias leves. Essas tecnologias têm caráter relacional, que é a forma de agir dos sujeitos (trabalhadores e usuários), individual e coletivamente implicados na produção do cuidado.

Merhy classificou as tecnologias do cuidado em saúde em duras, leve-duras e leves, sendo que as duras dizem respeito aos instrumentos ou ferramentas, máquinas, raios X, exames e prontuários, dentre outros. As tecnologias leve-duras são os saberes necessários à manipulação dos instrumentos, enquanto as tecnologias leves dizem respeito aos processos de relação entre profissional e usuário (MERHY, 2003).

Para os profissionais, o processo de trabalho cotidiano remete de imediato a duas dimensões: a tecnológica e a interativa-comunicacional. A abordagem dessa dupla dimensão do processo de trabalho em saúde retrata a ação produtiva, que é a dimensão tecnológica, enquanto a interação social é a comunicação interativa entre os sujeitos (PEDUZZI, 2007).

Ao refletir sobre os processos de produção da saúde, Merhy (1999, p.307) identificou tensões próprias dos atos produtivos em saúde, que estão presentes no interior de qualquer modelo assistencial. Chamou atenção para *a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e da produção dos procedimentos enquanto cuidado*.

Citou como exemplos a tensão nos modelos centrados em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura, a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção, o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas de alguns profissionais, como enfermeiros ou médicos, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou ainda a clínica restrita do médico, centrada em procedimentos, insuficiente para resolver os problemas de saúde da população.

A produção do cuidado nessa lógica resulta em ineficácia e pouca efetividade do trabalho em saúde na resolução das necessidades individuais e coletivas, principalmente na Atenção Básica em Saúde. A fragmentação, a imobilidade, a desarticulação entre as formas de intervenção e os sistemas de informação e também a burocratização são problemas importantes no trabalho em saúde no Brasil (CAMPOS, 1997).

O modelo assistencial em saúde vigente no Brasil nas últimas décadas, guiou-se pela ótica hegemônica neoliberal. Na prática, essa visão acabou definindo a missão dos serviços de saúde e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos (MERHY, 1999). Nesse modelo, *“há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho”* (SCHRAIBER et al., 1999, p.239).

Os resultados desse modelo baseado na especialidade e na diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas têm sido tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes. Mais sofrimento e maiores restrições são impostos aos usuários dos serviços, com perda da visão integral da pessoa que necessita de cuidados em saúde.

Os compromissos com a saúde, o saber profissional e as coletividades passaram a ser indiretos, distanciando-se das necessidades de saúde da população. A globalização, o envelhecimento da população e as novas

expectativas dos consumidores podem modificar dramaticamente as demandas sobre a força de trabalho em saúde (DAL POZ, 2013).

No intuito de fortalecer e reorientar a Atenção Básica em Saúde, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família - PSF para favorecer o acesso da população ao atendimento de qualidade. Desenvolvido por equipes multiprofissionais, fundamenta-se no desenvolvimento do vínculo, na responsabilização e no acolhimento das famílias da área de abrangência dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Entretanto, há polêmicas envolvendo o PSF desde a sua proposição, questionando se é um programa ou uma estratégia, como posteriormente foi designado. Lançado em 1994 como programa, a segunda versão oficial, publicada em 1997, já o definia como a Estratégia Saúde da Família (ESF) diferenciando-o dos demais programas verticais do MS. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia:

.... de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com formulação e *modus operandi* estabelecidos e normatizados; de outro lado, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo . (RIBEIRO; PIRES; BLANK; 2004, p.441).

As equipes são formadas minimamente por médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolubilidade e qualidade, em resposta às necessidades de saúde da população adstrita, tendo como foco a família. Para atingir tais objetivos, a ESF preconiza a abordagem multidisciplinar, os processos diagnósticos da realidade, o planejamento das ações e a organização horizontal do trabalho, o compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao controle social (BRASIL, 1997).

A proposta da ESF representa um desafio importante para o sistema de saúde brasileiro, já que propõe uma ruptura com o modelo assistencial vigente e a construção de uma nova prática, com uma importante dimensão ética. Esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica.

Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes da ESF evidenciam que a proposta apresenta um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para isso. Entre essas limitações, está o alto grau de normatividade em sua implementação. O formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados pelo Ministério da Saúde. Seu caráter prescritivo é exacerbado, pois são definidos *a priori* os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde: “(...) *infere-se que, seguindo a prescrição altamente detalhada, obter-se-á o resultado anunciado*” (FRANCO; MERHY, 1999, p.7).

Para responder às necessidades de saúde das coletividades, o trabalho das equipes da ESF deve ter como base o vínculo, a responsabilização e o acolhimento. No entanto, as queixas frequentes dos usuários sobre o atendimento da ESF e o rodízio dos profissionais de saúde nos municípios demonstram que existem fragilidades no processo de trabalho local, que dificultam a efetividade dos princípios da ESF junto à população.

As dimensões continentais do Brasil dificultam o acesso igualitário de toda população aos serviços de saúde. Outro desafio é a gestão desses serviços, que envolve questões financeiras, a precarização do trabalho, falta de infraestrutura, baixos salários e a insatisfação dos trabalhadores com os processos de trabalho. Como as verbas são repassadas pelo governo

federal aos estados e municípios, há divergências político-partidárias sobre como aplicá-la (CORDOBA, 2013).

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi designada Atenção Básica (AB), uma opção que:

.... objetiva contrapor-se a proposta política-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres e busca resgatar o caráter universalista da declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um Sistema Universal e Integrado de Atenção à Saúde que engloba diferentes setores, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013, p.159).

De acordo com Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção do adoecimento, o diagnóstico e o tratamento de doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde, sob a forma de práticas participativas, realizadas em equipe, voltadas para as populações de territórios bem delimitados, pelas quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Está voltada para o sujeito, em sua singularidade, e sua família, em sua complexidade e inserção sociocultural. Busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças ou agravos e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades individuais e familiares de viver de modo saudável e seguro (BRASIL, 2008).

Desde 1994, a ESF é a porta de acesso aos serviços de saúde. Veio reestruturar as ações de AB no País, bem como garantir maior acesso aos serviços de saúde. Pretende ser uma “*estratégia estruturante*” de um novo modelo assistencial em saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK; 2004). Esse novo modelo permite maior compreensão do processo saúde-doença de

indivíduos, famílias e grupos sociais do território, pois a proximidade com a população assistida possibilita à equipe de saúde reconhecer a determinação social do adoecimento. Tal reconhecimento favorece uma conexão mais próxima entre o trabalho em saúde e as necessidades da população (PAIM, 2008).

Decorridos 20 anos desde a implementação da ESF no Brasil, estudos mostram os pontos positivos da proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Entretanto, há problemas em relação à contratualização dos trabalhadores e às condições de trabalho.

Experiências vivenciadas por alguns municípios, a exemplo de Aracaju, SE, Betim, MG, (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999) e Campinas, SP (CAMPOS, 1999), demonstram que é possível reorganizar os serviços de saúde da AB mediante a implantação de um modelo assistencial voltado para as necessidades de saúde dos usuários. Requer, entretanto, uma forte política de qualificação dos trabalhadores para garantir a resolubilidade das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades.

Estudo realizado na cidade de São Paulo mostrou que existe necessidade de capacitação e repasse de informações para que as pessoas compreendam a busca pela melhoria de vida, a conscientização do direito a cidadania para requisitar atenção à saúde e o exercício do controle social (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Investigação conduzida em 2011 por médicos espanhóis, a pedido da Associação Brasileira de Medicina da Família, teve como objetivo avaliar as práticas desenvolvidas na ESF. Foi realizada em 19 estados do Brasil, 70 serviços de saúde, a maioria unidades básicas. Também foram visitados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidades de Saúde Mental. Vários foram os objetivos operacionais, dentre eles, analisar a prática clínica diária local para identificar acertos e erros da ESF (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Em algumas UBSF, especialmente em locais de extrema pobreza, a estrutura física mostrou-se precária, com filas enormes para atendimento da demanda. As equipes não conseguem responder às necessidades de saúde

da população por falta de profissionais e deficiências na qualificação. Urgências e emergências são encaminhadas para Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), pois o médico da AB justifica ser “*médico de saúde social*” e não clínico. Concluíram que “*a ESF é uma solução e um problema. É uma solução quando se consegue aplicá-la em sua melhor formulação. É um problema se sob o seu nome se ampara qualquer iniciativa, inclusive algumas muito errôneas analisadas nesse projeto.*” (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011, p.87).

Em face desses achados, cabe uma reflexão sobre a APS no Brasil, que passou por vários ciclos. O primeiro ocorreu no início do século XX, com os Centros de Saúde da USP; o segundo, nos anos 40, marcado pela criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); o terceiro, em meados dos anos 60, “*conservando o núcleo original sespiano*” e focalizando suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando as ações médicas no modelo orientado principalmente para as ações materno-infantil. O quarto ciclo, na década de 70, foi marcado pela conferência de Alma Ata, que lançou a Atenção Primária em Saúde, e o quinto ocorreu paralelamente à crise da Previdência Social nos anos 80, caracterizando-se pela agregação das Ações Integradas à Saúde aos centros de saúde pública e pela proposição do SUS na Constituição de 1988. No sexto ciclo houve a implantação efetiva do SUS, com a descentralização das ações de Atenção Primária à Saúde com a municipalização da gestão (MENDES, 2011).

A implantação Programa Saúde da Família (PSF) marca o sétimo ciclo, vigente até hoje. Nele “agregava-se a expansão quantitativa da APS uma dimensão qualitativa. Não se tratava de fazer mais o mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar” (MENDES, 2011, p.73).

O PSF foi o sucessor do PACS, cuja importância residiu nas ações de prevenção e promoção da saúde, em especial na redução da mortalidade materno-infantil. A proposta segue os princípios e diretrizes do SUS e sua expansão em todo o território brasileiro é considerada “*formidável em uma*

década e meia, período curto para uma política de saúde dessa proporção” (MENDES, 2012, p.75).

Atualmente, entretanto, o PSF vem sendo questionado por sua baixa eficácia e resolutividade.

“Parece haver um sentimento mais ou menos difuso de desencanto com o PSF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo caro e pouco resolutivo. Esse sentimento expressa-se em diversas propostas de substituição ou de flexibilização do PSF” (MENDES, 2012 p.76).

Embora a AB continue sendo a principal porta de ingresso aos serviços de saúde no Brasil, “as necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e coletividades ora não são reconhecidas, ora se reduzem a demandas moduladas pelas ofertas dos serviços de saúde. A integralidade resume-se ao seu sentido individualizado, restrito à clínica” (OLIVEIRA; SILVA, 2013, p.65). Segundo Mendes (2012, p.89), “o PSF não fracassou, mas o ciclo onde ele nasceu e cresceu, esgotou-se”. É preciso então repensar o PSF como ESF, ou seja, como uma estratégia de fato, que permite que equipes multiprofissionais conheçam as necessidades e problemas de saúde, elaborem planos de ação de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias, focando na prevenção e na promoção da saúde, realizando projetos terapêuticos singulares e enfatizando a educação em saúde.

É necessário ainda rever o processo de trabalho das equipes, desde as condições de trabalho, a infraestrutura, as qualificações e a remuneração, entre os muitos “*nós críticos*” da ESF, pois redirecionar o processo de trabalho em saúde exige motivação e empenho dos profissionais de saúde.

Para o aperfeiçoamento da Estratégia, uma opção a ser considerada é a Educação Permanente em Saúde (EPS) como eixo norteador da qualificação dos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma ferramenta importante para reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, de modo a favorecer a mudança da prática taylorista-mecanicista, voltada para os procedimentos.

A EPS parte da premissa da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e propõe a transformação das práticas profissionais com base na reflexão crítica sobre o trabalho realizado na rede de serviços de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Busca superar a fragmentação do trabalho em especialidades, substituindo-o por uma prática humanizada, voltada para o reconhecimento da singularidade e da subjetividade do usuário e suas necessidades em âmbito individual e coletivo. Com a EPS o profissional de saúde reconhece que é preciso aprender a aprender e refletir sistematicamente sobre a produção do cuidado no momento em que ocorre (BRASIL, 2005).

A EPS problematiza os nós críticos do processo de trabalho em saúde com base em Freire (1987, p.41), para quem “a educação problematizadora é um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo criticamente como estão sendo no mundo com que e em que se acham”.

[...] a educação libertadora, problematizadora já não pode ser um ato de depositar ou de narrar ou de transferir ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes, a maneira da educação “bancária”, mas um ato cognoscente (FREIRE, 1987,39).

A educação problematizadora possibilita o diálogo e um olhar para os nós críticos vivenciados nos serviços de saúde, favorecendo a discussão e a construção coletiva, integrada e dialogada, em busca da efetivação do modelo de atenção à saúde preconizado para a AB.

A necessidade de transformação do modelo hegemônico em direção a um modelo que responda às necessidades de saúde dos usuários, nos âmbitos individual e coletivo, e que efetive os princípios do SUS, requer a qualificação dos profissionais de saúde. Esta deve ser pautada na realidade de cada serviço e estruturada a partir da problematização do processo de trabalho, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A EPS pode ser uma aliada da gestão, pois

favorece à reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EPS favorece a discussão, a construção e o planejamento das ações de saúde no espaço do trabalho, pois permite discutir um dado “nó crítico” e “olhar para dentro” dos processos de trabalho de forma individual e coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.51).

A Política Nacional de EPS foi lançada pela portaria GM nº 198/2004 em fevereiro de 2004, como uma ferramenta que possibilita o aprendizado das equipes da ESF a partir dos problemas vivenciados e dos desafios enfrentados, ou seja, possibilita a construção coletiva do planejamento direcionado para a resolução dos problemas, ou “*nós críticos*” identificados (BRASIL, 2004).

A EPS está amparada em duas concepções: o processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, ao mesmo tempo, a própria organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Tem como objeto a transformação das práticas de saúde, para potencializar o atendimento ao usuário, ou seja, a gestão “centrada no usuário”. Para isso, busca estreitar vínculos com gestores, trabalhadores, usuários do SUS e movimentos sociais, que atuam na perspectiva de levantar problemas, buscar resolubilidade e construir linhas de cuidado para potencializar a assistência, na promoção, prevenção, cura e reabilitação, proporcionando com isso a verdadeira efetivação do cuidado (BRASIL, 2005).

A EPS é uma estratégia de apoio institucional que vai da ação pedagógica à gestão e pode favorecer o desenvolvimento de competências para o cuidado na AB pois aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Para isso, é importante que existam espaços de discussão que permitam a formulação coletiva de alternativas para a transformação das práticas em saúde (BRASIL, 2012). Favorece a “*construção do processo de cogestão pois cria espaços de poder compartilhado e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho*”. Essa construção abre espaços

de compartilhamento, possibilitando uma aprendizagem coletiva e reflexiva dos processos de trabalho do cotidiano, favorecendo o empoderamento e, com isso, a responsabilização de todos que participam desse processo de aprendizagem dentro do processo de trabalho (BRASIL, 2005, p.131).

A transformação pretendida pela EPS “*transita no sentido contrário ao da reprodução*”. Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas socialmente aceitos (SILVA et al., 2010, p.559).

Este estudo propõe-se a caracterizar e problematizar o processo de trabalho de equipes da ESF na cidade de Campina Grande - PB e implantar a ferramenta da EPS como dispositivo para organização/reflexão do processo de trabalho em saúde, a fim de responder às seguintes questões orientadoras:

- Como ocorrem os processos de trabalho das equipes de saúde nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Campina Grande?
- Quais os nós críticos desses processos?
- Como sua problematização pode contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho em equipe?

Sua finalidade é desencadear um processo de discussão com as equipes de Saúde da Família sobre a forma de organização dos serviços, o processo de trabalho e as práticas de saúde no nível local, tendo a EPS como ferramenta para o aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde. Pretende-se conhecer a realidade local para auxiliar na reflexão sobre o processo de trabalho em saúde no nível local. A finalidade é colaborar com o fortalecimento da AB, ao proporcionar aos trabalhadores que atuam na ESF, oportunidades para a reflexão crítica sobre suas práticas. Ao apoiar os trabalhadores de saúde no serviço, otimizando a reflexão das práticas, visa-se transformá-las, de modo a operacionalizar o cuidado voltado para a qualidade de vida da população.

Apoia-se com isso a criação de um potencial disparador da mudança das práticas em saúde no Município - o Quadrilátero da EPS, que tem por

finalidade articular ensino e gestão, a atenção à saúde e o controle social para fortalecer a formação, permitindo que os futuros trabalhadores de saúde tenham uma prática voltada para o SUS. No Quadrilátero, estão reunidos *“aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados”* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.59).

O trabalho em saúde demanda escuta e interação entre profissionais e usuários que, articulados à gestão, colaborem para a efetivação dos processos decisórios e da participação social. Para isso, *a formação “não pode tomar como referência apenas a busca de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos.”*

É necessário compreender como os serviços de saúde organizam-se para responder às necessidades sociais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.43).

Como docente de uma instituição formadora que conta com os serviços de saúde da AB como campos de prática, espera-se que este estudo contribua para estreitar as parcerias existentes entre a Universidade Federal de Campina Grande, a gestão municipal de saúde, os serviços de saúde e as instâncias de controle social.

2. Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde das equipes das Unidades da ESF, na cidade de Campina Grande PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de trabalho das equipes da ESF nos serviços de saúde;
- Identificar com as equipes os nós críticos em seus processos de trabalho;
- Utilizar a EPS para problematizar os nós críticos e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde.

3. Percurso metodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo incidiu sobre o processo de trabalho em saúde, que compartilha características comuns a outros processos de trabalho existentes em outros setores da economia e deixa evidente a divisão social e técnica do trabalho, que comporta três dimensões básicas: a formação dos profissionais de saúde, a gestão e a gerência dos serviços e a produção de serviços de saúde, por meio de ações assistenciais, de prevenção do adoecimento e de promoção da saúde.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para a consecução dos objetivos deste estudo, foi realizada uma pesquisa-ação, modalidade de investigação que propicia a interação entre o pesquisador e os sujeitos do estudo. Essa escolha permitiu aos participantes maior apropriação dos problemas vivenciados no espaço local, favorecendo a discussão coletiva e a aplicação do conhecimento da EPS.

A pesquisa-ação é um modo de conhecer e organizar uma pesquisa social com finalidade prática, de acordo com as exigências próprias da atividade observada e com a participação dos agentes envolvidos na situação. Nela o pesquisador compartilha o ambiente e participa efetivamente dos estudos, que são utilizados para favorecer o próprio grupo, a construção coletiva do conhecimento, estimulando a participação efetiva dos envolvidos. Trata-se de uma pesquisa de campo, de ordem crítico-social e base empírica, que objetiva promover mudanças psicossociais e proporcionar interação ampla e explícita entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (THIOLLENT, 2009).

... a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação; a pesquisa não se limita a uma forma de ação (ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o

conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados. (THIOLLENT, 1986, p.16)

A pesquisa-ação é bastante utilizada na área da Educação. Seu uso vem crescendo na área da Saúde, especialmente na Enfermagem, por se valer de uma metodologia que focaliza os problemas existentes para transformar a realidade. Visa à construção coletiva do “conhecimento novo”, com a participação dos envolvidos.

A função do método consiste em viabilizar a obtenção dos dados a serem estudados, que servirão para o enriquecimento do conhecimento científico sobre o objeto de estudo. A proposta metodológica adotada deve ser capaz de abranger os fenômenos observados no mundo empírico, descrevê-los e explicá-los. Destina-se a relacionar as bases teóricas que serão utilizadas na análise e na avaliação dos dados observados com o conjunto de técnicas, métodos e procedimentos adotados pelo pesquisador (MINAYO, 1993).

Optou-se pela pesquisa-ação porque se tem em mente a transformação das práticas em saúde, pois “*o que é característico da pesquisa-ação é a mudança*” (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008, p.767).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, no Estado da Paraíba, o 2º maior do Estado, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,721, considerado médio, sendo o 3º maior da Paraíba, após João Pessoa e Cabedelo (IBGE, 2013). Localizado na mesorregião do agreste paraibano, o Município possui 594,182 km² de área, com densidade demográfica de 648,31 hab/km², divididos em 51 bairros, com população estimada em 400.002 no ano de 2013. Situa-se entre o alto sertão e a zona litorânea (IBGE, 2013).

Campina Grande limita-se ao norte com os municípios de Lagoa Seca, Puxinanã, Pocinhos e Massaranduba, ao sul, com Boqueirão, Caturité,

Queimadas e Fagundes; a leste com Riachão do Bacamarte e, a oeste, com Boa Vista (IBGE, 2013).

Faz parte do 3º Núcleo Regional de Saúde do Estado e encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998. A Secretaria Municipal de Saúde é dividida em seis distritos sanitários e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem cobertura populacional de 83,29%, com 92 equipes implantadas (PMCG, 2010).

Figura 1 – Cidade de Campina Grande, PB

Fonte: Google Maps, 2013.

Figura 2 – Distrito Sanitário II da Cidade de Campina Grande, PB

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB.

A equipe 1 havia cadastrado 629 famílias, com um total de 2.451 pessoas. Das famílias cadastradas, 99,1% morava em casas de tijolo/adobe, 99,2% tinha acesso à rede pública de abastecimento de água, e 96,5% dispunha de coleta pública de lixo e 99,7%, de energia elétrica. Tinha acesso à rede canalizada de esgoto 95,5% das famílias, 1,0% utilizava fossa e em 3,5% os dejetos ficavam a céu aberto.

A equipe 2 era responsável por 605 famílias ou 2.335 pessoas, sendo que 98,7% morava em casa de tijolo/adobe, 98,2% tinha acesso à rede pública de abastecimento de água, 93,2% contava com coleta pública de lixo e 99,7%, com energia elétrica. Tinha acesso à rede canalizada de esgoto 86,61% das famílias, 1,3% utilizava fossa e, em 12,1% os dejetos permaneciam a céu aberto.

A UBSF 2 também contava com duas equipes. Segundo o consolidado do SIAB de outubro de 2012, na equipe 1, havia 797 famílias cadastradas com um total de 3.335 pessoas. No tocante à moradia, 55,6% das famílias morava em casa de tijolo/adobe, 92,6% contava com abastecimento de água da rede pública, 92,6% tinha acesso à coleta pública de lixo e 95,4%; à rede de energia elétrica. Quanto ao acesso à rede de esgoto, apenas 55,6% das famílias estavam cobertas, 33,9% utilizava fossa e 10,5% descartava os dejetos a céu aberto. A equipe 2 havia cadastrado um total de 705 famílias, com 2.957 pessoas, sendo que 71,8% residia em casa de tijolo/adobe, 71,8% tinha acesso à rede pública de água e 96,97% contava com energia elétrica. Entretanto, somente 69,1% dispunha de rede de esgoto canalizada; 1,5% utilizava fossa e 29,4% descartava os dejetos a céu aberto.

Embora se trate de uma região periférica da cidade, a maioria das ruas é pavimentada, há acesso à rede pública de água e energia e, em geral, as moradias são de tijolos. As casas são simples, sem acabamento, algumas compartilhadas por mais de uma família. Há outras com apenas uma pessoa, geralmente idosa e aposentada. O acesso é bom, exceto quando chove muito, pois há ruas não pavimentadas. Há vários recursos sociais: escolas, clube de mães, igrejas, mercados e associação de bairro.

Figura 4 – Área de abrangência da UBSF 1

Fonte: Arquivo próprio

Figura 5 – Área de abrangência da UBSF 2

Fonte: Arquivo próprio

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelos trabalhadores das equipes das duas Unidades da ESF do Distrito Sanitário II e a amostra foi constituída por aqueles que concordaram em participar do estudo. Participaram ainda a Coordenadora do Distrito Sanitário II e a Gerente da Atenção Básica. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A realização da pesquisa necessitou da autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande. A coleta de dados somente foi iniciada após o projeto ser apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG e o encaminhamento de ofício à instituição parceira, ou seja, à SMS. Em seguida, as Unidades escolhidas foram convidadas a participar do estudo, as técnicas para coleta do estudo estão descritas nas etapas a seguir.

3.5 ETAPAS DO TRABALHO

Primeira etapa: Descrição do processo de trabalho das equipes ESF

A investigação foi desenvolvida em quatro etapas, sendo a primeira destinada à descrição do processo de trabalho das equipes da ESF. Para isso foram utilizados dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, uma metodologia de gestão interna ou autogestão que tem como propósito a melhoria sistemática e contínua no processo de trabalho das equipes da ESF, buscando a melhoria da qualidade da assistência e do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012). Tais dados encontram-se reunidos no Apêndice E.

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, produto de um importante processo de pactuação das três esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2012)

Visa avaliar a qualidade dos serviços, permitir a tomada de decisão, fortalecer o compromisso com a melhoria das ações de saúde e aprimorar as ações de planejamento e avaliação da gestão. Implica repasse financeiro à Unidades, vinculado à melhoria do acesso e da qualidade da assistência oferecida pelas equipes da ESF (BRASIL, 2012). Tal avaliação representa uma mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ é organizado em quatro etapas: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização. A primeira é a adesão formal ao programa, acontece mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes da AB e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012).

A segunda etapa consiste no desenvolvimento das ações exploradas pelas equipes da Atenção Básica, gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde, com a finalidade de promover transformações na prática, melhorando a acessibilidade e a qualidade das ações nesse nível de atenção.

A terceira é a avaliação externa em que se realiza um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da AB participantes do Programa. Finalmente, a quarta etapa é a recontratualização (Brasil, 2012). Esse novo ciclo irá exigir um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo que tem sua dimensão local de repactuação de regras favorecendo os movimentos de mudança (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para conhecer o processo de gestão, foram feitas entrevistas individuais em profundidade com a coordenadora do Distrito Sanitário II e a

Gerente da AB para captar suas perspectivas sobre o trabalho das equipes ESF (Apêndice B). Na primeira oficina realizada foi aplicado um questionário com os trabalhadores de saúde . (Apêndice B)

Para tanto, foi elaborado um roteiro semiestruturado de entrevista, para caracterização do perfil profissional dos gestores e sua percepção sobre a gestão e o processo de trabalho das equipes (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo.

Segunda etapa: Validação e problematização dos achados da primeira fase e apresentação da ferramenta da EPS

Após a consolidação do material empírico, os achados da etapa diagnóstica foram apresentados às equipes para validação e problematização. Para isso, foram realizadas oficinas de trabalho, tendo em vista a garantia de um espaço democrático instituído para a realização de debates, reflexão e construção de conhecimentos e propostas para transformação das práticas em saúde . (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

São um recurso metodológico em que se utiliza um objeto intermediário concreto como recurso facilitador da reflexão e expressão, permitindo a discussão de temas tanto no que diz respeito aos condicionantes sociais como aos aspectos subjetivos relativos às vivências. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p.40)

As oficinas fazem uso de técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas de grupo (THIOLLENT, 1986), o que possibilitou trabalhar concomitantemente e de modo articulado aos nós críticos apresentado os aspectos cognitivos, as atitudes e as práticas. A finalidade das oficinas foi sensibilizar os trabalhadores de saúde das UBSF para a importância da reflexão/ação por meio da ação educativa e ampliar sua compreensão sobre os problemas vivenciados no processo de trabalho. (Apêndice D – Planejamento das Oficinas)

Todos os integrantes das equipes foram convidados a participar e a EPS foi-lhes apresentada como ferramenta de aperfeiçoamento da gestão.

O prosseguimento do trabalho foi pactuado com os gerentes e os trabalhadores. O momento de pactuação foi realizado após a apresentação da síntese dos dados objetivos do PMAQ apresentada aos participantes. Uma agenda de reuniões foi definida com o objetivo de operacionalizar o uso da EPS, pautada nas necessidades do grupo. Também houve definição dos conteúdos a serem trabalhados, que emergiram das necessidades das Unidades de Saúde. O único tema sugerido pela pesquisadora foi o da primeira oficina. Os demais foram indicados pelos trabalhadores das equipes.

Terceira etapa: Implementação da EPS como ferramenta de aperfeiçoamento da gestão

O processo de EPS teve início mediante a adesão dos gerentes e trabalhadores das equipes, entendendo que essa prática só acontece com a anuência e a participação ativa do grupo que operacionaliza a EPS, no dia a dia. O comprometimento das gerentes foi essencial, pois a EPS requer uma nova visão no contexto do trabalho e da educação em saúde.

Quarta etapa: Avaliação do processo de EPS

A avaliação do resultado da EPS incidiu sobre os nós críticos trabalhados nas oficinas de trabalho. Questões específicas do instrumento PMAQ foram usadas para revisitar aspectos considerados críticos na avaliação inicial.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram submetidos a procedimentos de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011). A intenção da análise de conteúdo é fazer inferências sobre conhecimentos relativos às condições de produção ou, eventualmente, de recepção dos discursos.

“... há duas práticas científicas ligadas à análise de conteúdo: a linguística e as práticas documentais. A linguística e análise de conteúdo têm o mesmo objeto e a análise documental é uma fase preliminar da constituição de

um serviço de documentação ou de um banco de dados.” (BARDIN, 2011, p.49).

A análise qualitativa apresenta características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma determinada variável de inferência e não se presta a inferências gerais. O que caracteriza a análise qualitativa é que, em cada comunicação individual, a inferência é fundada na presença de um índice, que pode ser um tema, uma palavra, um personagem etc., e não na frequência de sua aparição (BARDIN, 2011, p.145-6).

O processo de análise iniciou-se com a transcrição das entrevistas, seguida de leituras flutuantes, “... uma atividade que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.” (BARDIN, 2011, p.126). Foram feitas várias leituras de cada consolidado das oficinas de trabalho para interpretar de forma mais próxima o que foi falado pelos sujeitos e também o fichamento de cada oficina, correlacionando as falas aos temas abordados, de acordo com cada pergunta e problema previamente formulado e dos novos temas que surgiram ao longo da análise.

Os discursos foram então recompostos no processo de construção e consolidação dos temas que configuravam categorias empíricas construídas a partir dos relatos dos sujeitos, objetivando a organização do conteúdo. A análise de conteúdo foi organizada de acordo com os temas abordados nas oficinas de trabalho, quais sejam: o processo de trabalho das equipes no cotidiano; a utilização dos dados do SIAB; o trabalho em equipe e o acolhimento.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as normas preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitadas. Os sujeitos da pesquisa foram abordados obedecendo aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

4. Resultados

4 RESULTADOS

4.1 O PERFIL DAS EQUIPES

Participaram da pesquisa 40 sujeitos, 21 trabalhadores da UBSF 1, 17 da UBSF 2 e 2 gestores. A maior parte dos entrevistados (98,5%) era do sexo feminino. Na UBSF 1, participaram duas enfermeiras, dois médicos, duas técnicas de enfermagem, 11 ACS, uma recepcionista, uma dentista, uma atendente de consultório dentário (ACD) e um auxiliar de serviços gerais. Na UBSF 2, os participantes foram duas enfermeiras, dois médicos, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, sete ACS, duas recepcionistas. Uma das gestoras era enfermeira e outra, assistente social.

A média de idade dos participantes do estudo foi de 36,1 e média do tempo de atuação na ESF foi de 7,8 anos. Os médicos eram os mais jovens, o que mostra que ingressaram na ESF ao sair da Universidade, por meio do PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais na AB, idealizada pelo MS para estimular a formação médica voltada para as necessidades da população brasileira e levar o profissional médico para localidades com maior carência de serviços de saúde.

Quanto à formação, dos 40 sujeitos da pesquisa, 12 haviam concluído o curso superior, 16 completaram o ensino médio, 11 o ensino fundamental e apenas um tinha somente o ensino fundamental incompleto. Dentre os profissionais de nível superior, o tempo de formação variou de menos de um ano a nove anos para os trabalhadores das UBSF. As gestoras haviam se formado havia mais de 15 anos e ambas haviam cursado especialização. Dos trabalhadores da ESF apenas dois cursaram especialização. Dos 16 de nível médio, 12 realizaram capacitação na área de atuação.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, os médicos e uma das enfermeiras ali atuavam há menos de um ano, enquanto que os ACS apresentavam maior tempo de trabalho na ESF, variando de cinco a 19 anos. O tempo de atuação das gestoras foi de mais de 15 anos.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos abordados na Unidade de UBSF 1. Campina Grande – PB, 2014

SUJEITOS	IDADE	SEXO	PROFISSÃO/ FORMAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF	ESPECIALIZAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	OUTRA GRADUAÇÃO
S1	33	F	Enfermeira / Ensino Superior	9 anos	9 anos	Sim	SP	Não
S2	25	F	Enfermeira / Ensino Superior	6 anos	5 anos	Sim	S.Fam. e SP	Não
S3	27	F	Técnica de Enf. / Ensino Médio	3 anos	3 anos	Sim	Não	Não
S4	33	F	Técnico de Enf. / Ensino Médio		7 anos	Não	Não	Não
S5	31	F	Médica / Ensino Superior	< 1 ano	3 meses	Não	Não	Não
S6	25	M	Médico /Ensino Superior	< 1 ano	< 1 ano	Não	Não	Não
S7	35	M	Agente de Saúde/ Ensino Médio		14 anos	Capacitação	Não	Não
S8	35	M	Agente de Saúde / E. Fund.		4 anos	Não	Não	Não
S9	39	F	Agente de Saúde / E. Médio		14anos	Capacitação	Não	Não
S10	37	F	Agente de Saúde / E. Médio		11 anos	Capacitação	Não	Não
S11	46	F	Agente de Saúde / E. Fund. Inc.		14 anos	Não	Não	Não
S12	46	F	Agente de Saúde / E. Fund.		18 anos	Capacitação	Não	Não
S13	35	F	Agente de Saúde/ Técnica de Enf./Ensino Médio		5 anos	Não	Não	Não
S14	24	F	Recepcionista / E. Fund.		< 1 ano	Não	Não	Não
S15	36	F	Agente de Saúde / E. Fund.		8 anos	Capacitação	Não	Não
S16	35	F	Agente de Saúde / E. Fund.		11anos	Capacitação	Não	Não
S17	42	F	Agente de Saúde / E. Fund.		18 anos	Capacitação	Não	Não
S18	42	F	Agente de Saúde / E. Fund.		18 anos	Não	Não	Não
S19	50	F	Auxiliar de Serviço/E. Fund.		9 anos	Não	Não	Não
S20	42	F	Dentista / Ensino Superior	16	8 anos	Sim	Auditoria - Secr. Saúde	Não
S21	50	F	Auxiliar C. Dentário/ E. Médio		5 anos	Não	Não	Não

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos abordados na UBSF 2. Campina Grande – PB, 2014

SUJEITO	IDADE	SEXO	PROFISSÃO/FORMAÇÃO	TEMPO FORM. ACADÊMICA	TEMPO ATUA ESF	ESPECIALIZAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	OUTRA GRAD.
S1	28	F	Enfermeira / Ensino Superior	1 ano	1 ano	Sim	Saúde Família	Não
S2	32	F	Enfermeira / Ensino Superior	9 anos	8 anos	Sim	Saúde Família	Não
S3	27	M	Médico / Ensino Superior	Um ano	Um ano	Não	Não	Não
S4	27	F	Médica / Ensino Superior	< 1 ano	< 1 ano	Não	Não	Não
S5	33	F	Assistente Social /E. Superior	9 anos	6 anos	Sim	Saúde Pública	Não
S6	37	F	Técnica de Enf./ E. Médio		< 1 ano	Não	Não	Não
S7	56	F	Atendente / Ensino Médio		6anos	Não	Não	Não
S8	35	F	Recepcionista / E. Fund.		< 1 ano	Não	Não	Não
S9	33	F	Agente de Saúde /E. Médio		19 anos	Capacitação	Não	Não
S10	33	F	Agente de Saúde/ E. Médio		11 anos	Capacitação	Não	Não
S11	30	F	Agente de Saúde /E. Médio		11 anos	Capacitação	Não	Não
S12	45	F	Agente de Saúde /E. Médio		12 anos	Não	Não	Não
S13	42	F	Agente de Saúde / E. Médio		11 anos	Capacitação	Não	Não
S14	30	F	Agente de Saúde / E. Médio		10 anos	Não	Não	Não
S15	31	F	Agente de Saúde / E. Médio		5 anos	Não	Não	Não
S16	46	F	Auxiliar de Serviço/ E. Fund.		5 anos	Não	Não	Não
S 17	40	F	Auxiliar de Serviço/ E. Fund.		7 anos	Não	Não	Não

Fonte: elaboração própria

Quadro 3 – Caracterização dos gestores entrevistados. Campina Grande – PB, 2014.

SUJEITO	IDADE	SEXO	PROFISSÃO/FORMAÇÃO	TEMPO FORM. ACADÊMICA	TEMPO ATUA NA GESTÃO	ESPECIALIZAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	OUTRA GRAD.
S1	38	F	Enfermeira / Ensino Superior	15 anos	8 anos	Sim	Saúde Família	Não
S2	46	F	Assistente Social / Ensino Superior	24 anos	20 anos	Sim	Saúde Família	Não

Fonte: elaboração própria

4.2 DESCRIÇÃO DAS OFICINAS DE TRABALHO

A coleta de dados teve início no mês de novembro de 2012, momento em que Campina Grande vivia o processo eleitoral para prefeito. Durante esse período a realização das oficinas foi muito difícil, devido à grande expectativa e ansiedade dos profissionais com a eleição. Nos encontros, os participantes verbalizavam muita insatisfação com conjuntura política e foi preciso insistir para que mantivessem o foco da discussão que, embora diretamente vinculado ao processo de trabalho na Unidade, acabava sendo preterido, pois a política partidária monopolizava as atenções. Até o final de 2012, foram realizados duas oficinas em cada uma das UBSF do estudo, uma em novembro e outra em dezembro.

Ao iniciar o ano de 2013, já sob nova gestão municipal, foram realizadas três oficinas na UBSF 1 (fevereiro, março e maio) e quatro na UBSF 2 (fevereiro, março, maio e outubro). Nos encontros, os participantes expressavam grande insatisfação com relação às condições de trabalho e queriam soluções imediatas para problemas existentes. A rotatividade dos profissionais que ocorreu nos dois primeiros meses do ano e a falta de insumos nas Unidades também geraram polêmica.

Quadro 4 – Número de oficinas e temas trabalhados

UBSF	OFICINAS	TEMAS
1 e 2	1º	PROCESSO DE TRABALHO
1	2º	SIAB
2	2º	TRABALHO EM EQUIPE
1 e 2	3º	ACOLHIMENTO
1 e 2	4º	APRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DESCRITOR
1 e 2	5º	FLUXOGRAMA DESCRITOR Discutir a organização do serviço e a construção da agenda para implantação
2	6º	FLUXOGRAMA DESCRITOR Discutir e sanar dúvidas surgidas no dia a dia, como o agendamento de consultas médicas.

Fonte: Construção própria

4.2.1 Primeira oficina

UBSF 1 e 2

As oficinas tiveram início com uma dinâmica de apresentação que permitiu conhecer os participantes. Em seguida, foi apresentado o projeto de pesquisa, com intuito de dar ciência às equipes sobre a investigação-ação, a fim de obter sua adesão à proposta. Após terem sido informados sobre os objetivos da pesquisa e o andamento dos trabalhos, os participantes assinaram o TCLE e preencheram individualmente o formulário de caracterização.

Em subgrupos (equipes A e B), responderam as perguntas norteadoras para, em seguida, participarem da plenária em que foram apresentadas as respostas de cada grupo, que foram debatidas visando à construção coletiva da síntese da oficina de trabalho. As discussões foram bem participativas e os profissionais mostraram interesse no estudo, entenderam a dinâmica e participaram ativamente da construção da síntese. Ao final, foi solicitado que escolhessem a próxima temática a ser discutida. Na UBSF 1, foi unânime entre as duas equipes a necessidade de discutir o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, enquanto na UBSF 2 os trabalhadores escolheram debater o processo de trabalho em equipe.

4.2.2 Segunda oficina

UBSF 1

Ainda em 2012, no mês de dezembro, foi realizada a segunda oficina na UBSF 1, que teve início com a apresentação da síntese elaborada na primeira. Foram exibidas fotos dos participantes trabalhando em grupos, produzindo o material que retratava a discussão grupal, o que os levou a verbalizar a satisfação de se verem retratados. O trabalho em subgrupos (equipes A e B) recaiu sobre o consolidado do SIAB, uma série histórica de janeiro a outubro de 2012, para que fossem avaliadas as informações e respondidas as questões norteadoras, com o objetivo de refletir sobre os nós críticos encontrados.

A avaliação iniciou-se com a leitura dos dados consolidados. Para isso, foram entregues às equipes os relatórios SSA2 e PMA4 que reuniam as informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área e a produção mensal de serviços, além de ocorrências de doenças ou situações consideradas marcadores por área (BRASIL, 2000).

Os relatórios apresentavam discrepâncias e os resultados não condiziam com a realidade. Havia aproximadamente um ano que uma microárea estava sem cobertura de ACS, pois a anterior havia se aposentado. Com isso, não havia registros das famílias, pois o cadastro estava desatualizado e tampouco havia acompanhamentos das pessoas com doenças crônicas. A falta de ACS influenciava diretamente o acesso das pessoas da referida microárea ao serviço de saúde, com impactos em suas condições de vida. Ao final dos trabalhos, foi mencionada a necessidade de efetuar o cadastramento das famílias da microárea descoberta, pois a substituição da ACS iria demorar. Os participantes também escolheram a temática a ser debatida no próximo encontro: o acolhimento.

Diante do resultado e como um desdobramento da oficina, foi realizada uma ação em parceria com UFCG, envolvendo estudantes do 3º período do curso de Enfermagem que cursavam a disciplina Saúde Coletiva II. Durante uma semana do mês de novembro foi feito o cadastramento das famílias e a atualização do SIAB na microárea descoberta. Participaram professores e acadêmicos de Enfermagem da UFCG divididos em subgrupos sob a responsabilidade de um professor. Foram realizadas visitas domiciliárias e o cadastramento das famílias utilizando a ficha A. Nas casas em que havia gestantes e pessoas com doenças crônicas e as condições especificadas, realizou-se também seu cadastro.

UBSF 2

A segunda oficina na UBSF 2 ocorreu no dia 20 de dezembro de 2012. Teve início com a apresentação do consolidado da primeira oficina. Em

seguida, os presentes foram divididos em subgrupos (equipes 1 e 2) e o tempo para a realização da atividade foi pactuado. Foi-lhes entregue o material didático necessário para a elaboração das respostas e foi formulada a questão orientadora: Como vocês trabalham em equipe?

Cada equipe elaborou uma resposta, apresentada em plenária. O debate foi bastante proveitoso, possibilitando discussões sobre os processos de trabalho das duas equipes, que relataram que não tinham espaços coletivos para isso. Ao final, foi realizada a leitura coletiva e reflexiva do texto *O Trabalho em Equipe* (PIANCASTELI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

Após a leitura, a sessão foi finalizada com a mensagem *Sapateado*, que retrata a importância do trabalho em equipe focado em compromisso, respeito e solidariedade. A temática escolhida pela equipe para a próxima oficina também foi o acolhimento.

4.2.3 Terceira oficina

UBSF 1 e 2

A terceira oficina aconteceu no mês de fevereiro de 2013, já no início de uma nova gestão na prefeitura municipal de Campina Grande. Com a mudança do prefeito, mudaram também o Secretário Municipal da Saúde e o Coordenador da Atenção Básica. Como havia transcorrido algum tempo desde o último encontro, foi necessário reapresentar o projeto de investigação.

Uma mesma temática havia sido escolhida por ambas UBSF, de modo que as oficinas foram semelhantes na forma. Utilizou-se a mesma dinâmica de trabalho nos subgrupos (equipes A e B de ambas as UBSF), cuja tarefa foi responder as perguntas disparadoras da discussão. Como a temática foi o acolhimento, as perguntas foram direcionadas à reflexão sobre as práticas: É possível organizar nossa demanda? Como podemos organizar o acolhimento em nossa Unidade?

Após discussões nas equipes, a forma como o trabalho era organizado na Unidade foi apresentada em plenária. Para aprofundamento do tema, foi realizada uma explanação dialogada sobre a política do acolhimento emanada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Muitos não conheciam a política mais profundamente e a participação foi bastante grande durante a apresentação.

Após esse momento, foi acordado que no decorrer da semana todos iriam ler o artigo “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil”, de Franco, Bueno e Merhy (1999), e construir uma proposta de fluxograma descritor, ferramenta que contribui para organização da demanda e do acolhimento.

4.2.4 Quarta oficina

UBSF 1 e 2

No primeiro momento da quarta oficina, as equipes apresentaram a proposta do fluxograma descritor, da forma como o entenderam. Apesar de haver duas equipes em cada Unidade, os participantes decidiram construir um único fluxograma para organização das demandas nas Unidades.

Fluxograma descritor da UBSF 1

No fluxograma descritor da UBSF 1, a recepção é retratada como primeira instância da Unidade a receber o usuário, que já está com consulta agendada, previamente, com base no cronograma de atividades. Representando o SIM, o usuário é encaminhado para a pré-consulta, na qual são aferidos os sinais vitais e registrados no seu prontuário familiar. Após essa etapa, o usuário é encaminhado para consulta e, de acordo com as orientações realizadas, na consulta, percorre o fluxo de atendimento de acordo com sua necessidade e o encaminhamento feito pelo profissional de saúde que o atendeu, até a saída.

Quando o usuário não tem consulta agendada previamente, ele faz parte da demanda espontânea, situação em que a recepção realiza seu

“acolhimento” com a necessidade de saúde. O encaminhamento é feito para o setor de procedimentos (curativos, retiradas de pontos, aferição de sinais vitais, dentre outros), para uma consulta eventual ou é feito o agendamento para uma atividade programada.

Figura 6 – Fluxograma Descritor da UBSF 1

Fonte: Elaborado pelas equipes da UBSF 1.

Fluxograma descritor da UBSF 2

O fluxograma descritor da UBSF2 mostra que esta adota uma dinâmica diferente para os usuários com atendimentos ou consultas agendadas e a demanda espontânea. Ao ingressar no serviço, o usuário que tem um

atendimento agendado passa pela recepção, que levanta seu prontuário e encaminha-o para aferição dos sinais vitais.

O fluxo depende do tipo de atendimento (consulta médica ou de enfermagem). No caso de demanda espontânea, o ingresso é feito pelo acolhimento e o profissional incumbido dessa atividade analisa as necessidades e, de acordo com o risco, o usuário é encaminhado para a consulta médica ou de enfermagem. Sempre que possível, é realizado o agendamento de consultas subsequentes, se necessário.

Figura 7 – Fluxograma Descritor da UBSF 2

Fonte: Elaborado pelas equipes da UBSF 2.

4.2.5 Quinta oficina

UBSF 1 e 2

A quinta oficina aconteceu no mês de maio, com o objetivo de apresentar e discutir os fluxogramas descritores construídos pelas equipes

das duas Unidades, visto que ambas haviam trabalhado a mesma temática: o fluxograma descritor e sua aplicabilidade prática no serviço de saúde.

As equipes, juntamente com a pesquisadora e os estudantes colaboradores, construíram uma estratégia para implantação do fluxograma: a pesquisadora e os estudantes ficaram incumbidos de acompanhar a implantação durante uma semana, realizando rodas de conversas com os usuários, informando o novo fluxo dos usuários no serviço e sensibilizando-os para a importância da efetividade do Acolhimento, apoiando os profissionais de saúde em suas necessidades no processo de implantação e implementação da ferramenta fluxograma descritor e do Acolhimento. Esse acompanhamento foi necessário para fortalecer o vínculo com as equipes de saúde, fomentando o processo de EPS.

Pactuada a estratégia, foi definida a agenda de trabalho com cinco encontros, três no mês de agosto e dois no mês de setembro, para ambas as Unidades. Os encontros foram agendados por telefone com a enfermeira uma semana antes da realização. Nesses momentos junto às equipes e à coletividade, foram observadas facilidades e dificuldades na implantação e implementação do fluxograma descritor, com características diferentes nas duas Unidades de Saúde.

UBSF 1

Durante o mês de junho a maioria dos profissionais estava de férias, alguns contatos foram feitos com as enfermeiras que sugeriram que o fluxograma descritor fosse implantado entre o mês de julho e agosto. No final de julho, entretanto, teve início uma greve nos serviços de saúde do Município, que se prolongou até o mês de setembro.

Encontros haviam sido agendados por telefone com uma das enfermeiras da Unidade, mas ela aderiu à greve. A segunda enfermeira estava em licença maternidade. Ainda assim, a pesquisadora e os estudantes colaboradores compareceram à Unidade nos dias agendados para apoiar os demais trabalhadores na apresentação das propostas de fluxograma e acolhimento aos usuários.

A greve contou com a adesão da maioria dos profissionais: médicos, enfermeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem. Na Unidade, continuou a ocorrer o agendamento de consultas médicas pelas recepcionistas, pois os médicos do PROVAB continuaram a atender duas vezes por semana. Também foi mantida a dispensação de medicamentos realizada pela técnica de farmácia e o atendimento odontológico, pois a dentista e a auxiliar de consultório dentário continuaram a trabalhar.

Na sala de espera, a pesquisadora e os estudantes colaboradores explicavam o fluxograma descritor para os usuários que aguardavam a consulta odontológica, com a presença dos funcionários, que participavam muito. Foi possível notar que os usuários não acreditavam que a equipe iria realizar mudanças, alegando que os trabalhadores da Unidade “*não têm compromisso*”. Os comentários dos profissionais tampouco eram animadores, pois referiam que “*é difícil, pois não existe trabalho em equipe, cada um faz o seu e vai embora, isso quando eles vêm trabalhar*”. Falas como essas mostraram a dificuldade das equipes em repensar seu processo de trabalho.

UBSF 2

As férias dos profissionais e a greve foram comuns às duas Unidades, que estavam vivendo um momento político novo, com o prefeito recém-eleito, muitas expectativas em torno dos acordos não cumpridos que haviam desencadeado a greve.

Na UBSF 2, entretanto, os profissionais não pararam totalmente. A enfermeira concursada aderiu parcialmente ao movimento grevista, decidindo trabalhar três dias na semana, enquanto a que não era concursada não aderiu à paralização. Ambas negociaram com ACS para não pararem totalmente, cumprindo um horário especial de trabalho. Os médicos do PROVAB também atenderam normalmente e os demais funcionários também fizeram um “horário de greve”, sendo assim, a unidade não interrompeu seu funcionamento.

É importante relatar que as enfermeiras dessa Unidade participam do PET-Rede de Atenção e são preceptoras do Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem, ambos da UFCG. Esse fato contribuiu para que não aderissem totalmente à greve, pois o compromisso assumidos com a Universidade, pois recebem bolsa do PET para fazer o acompanhamento dos estagiários da UFCG. Sua permanência mobilizou as equipes a não parar.

O funcionamento da Unidade assegurou maior adesão à implantação do fluxograma descritor. Com a presença dos profissionais foram realizados cinco encontros com os usuários do serviço. A pesquisadora esteve presente em sete dias e, nos momentos em que não pode comparecer, foi substituída pelas estudantes de enfermagem do 9º período, que cursavam a disciplina Estágio Supervisionado I, tendo a própria pesquisadora como docente coordenadora. Juntamente com a enfermeira, a médica e os agentes de saúde, dirigiam-se à sala de espera para explicar o fluxograma e a nova política de acolhimento. A presença das enfermeiras e das estudantes de enfermagem em todos os encontros estimulou a adesão dos usuários às propostas.

Finda a fase de divulgação do fluxograma e do acolhimento, teve início a operacionalização. A equipe solicitou que fosse agendado outra oficina de trabalho para discutir, estudar e sanar algumas dúvidas que emergiram no dia a dia, como resultado da aplicação fluxograma realizado em 7/10/2013.

Figura 8 – Sala de espera UBFS 1

Fonte: Arquivo próprio

Figura 9 – Sala de espera UBSF 2

Fonte: Arquivo próprio

4.2.6 Sexta oficina

UBSF 2

Na sexta oficina, no primeiro momento, foi retomado o fluxograma descritor objetivando discutir e sanar as dúvidas surgidas no dia a dia, a exemplo do agendamento para consultas médicas. Essa dúvida surgiu em virtude de pedidos dos médicos que atuam na Unidade, que estipularam as sextas-feiras como sendo os dias de agendamento das consultas da semana subsequente. Essa nova “determinação” desorganizou o que vinha sendo trabalhado por meio do fluxograma, que havia estabelecido quais seriam os procedimentos para a demanda programada e a espontânea.

Houve ampla discussão sobre os problemas causados por essa alteração, como a formação de filas na sexta-feira, pessoas chegando às cinco horas da manhã, outras marcando consulta sem necessidade, para reservar vagas, enquanto outras com necessidade não conseguiam o agendamento.

Verificou-se que o fluxograma só estava sendo utilizado pelas enfermeiras, resultando em fragmentação do trabalho em equipe e, conseqüentemente, do modelo de atenção. A situação suscitou uma reflexão sobre os modelos de atenção à saúde, tendo em vista o retrocesso ocasionado pela marcação das consultas médicas apenas às sextas-feiras, gerando redundância na marcação com o fluxograma descritor.

Após a discussão, decidiu-se que o fluxograma descritor iria ser aplicado no processo de trabalho da equipe, incluindo todos os profissionais. A pactuação foi fácil, pois havia apenas dois médicos na Unidade e os demais integrantes das equipes não estavam satisfeitos com novo agendamento. Na “roda de conversa”, os presentes decidiram votar e houve uma única abstenção, de um médico. Com isso, encerrou-se a marcação de consultas médicas e a Unidade decidiu utilizar o fluxograma descritor e o acolhimento.

4.3 OS TEMAS DEBATIDOS

Foram realizados cinco oficinas na UBSF 1 e seis na UBSF 2, totalizando onze encontros, tendo sido trabalhados os temas: Processo de Trabalho em Saúde, Sistema de Informação, Trabalho em equipe, Acolhimento e Fluxograma.

Na **primeira oficina** realizada nas duas UBSF foi discutida a mesma temática: *Processo de Trabalho em Saúde*. Foram utilizadas as seguintes questões disparadoras da discussão: Falem-me sobre um dia típico nesta Unidade. Como é organizado o trabalho da equipe? Quais as fragilidades você identifica no trabalho de sua equipe? E quais as potencialidades que você identifica? As equipes discutiam seu processo de trabalho e respondiam as perguntas supracitadas.

4.3.1 O processo de trabalho das equipes no cotidiano

As equipes de saúde da família costumam definir um cronograma próprio de atividades que direcionam o processo de trabalho em saúde. Um dia típico na rotina do serviço envolve o acompanhamento principalmente de gestantes, hipertensos e diabéticos e atividades como pré-natal, planejamento familiar, puericultura, vacinação, visita domiciliária, além do atendimento à demanda espontânea.

“No dia a dia a gente tem pré-natal, bolsa família, HiperDia, visita domiciliar, vacinação, citologia, puericultura, odontologia, planejamento familiar e atendimento na farmácia” (Equipe 1).

“O típico é urgência e emergência. Quando não tem 7 ou 8 pessoas com dor pedindo amoxicilina e ibuprofeno, para a gente é anormal. Agora, quando abre o agendamento, sobra vaga e aquela pessoa da dor ela nunca vem marcar.” (Equipe 2).

“A recepcionista recebe a população tanto a demanda marcada como a demanda livre, além daqueles pacientes

que vêm à Unidade só para marcar um exame, pegar o remédio e faz os encaminhamentos. Tem também aqueles pacientes que vêm para vacinar, fazer curativos, ir à farmácia. A técnica ou a enfermeira faz o acolhimento e tenta da resolutividade àquela demanda que não está marcada. E tem aqueles pacientes que vêm só olhar pressão. No geral um dia típico é assim.” (Equipe 3)

“O usuário encaminha-se à recepção, que retira seu prontuário... As outras demandas são encaminhadas para auxiliar de enfermagem ou mesmo para a própria enfermeira. Vacina, curativo, algum encaminhamento, a porta de entrada vai ser a recepção. Mesmo sem o profissional médico, a gente tenta fazer um encaminhamento para que aquela pessoa não saia sem resposta.” (Equipe 4)

As equipes realizam reunião mensal de planejamento e definem os dias e horários de atendimento para as diferentes demandas, de acordo com os grupos prioritários, consolidam o sistema de informação e discutem o processo de trabalho em saúde, priorizando as necessidades dos usuários.

“A enfermeira tem um cronograma fixo, todo dia já tem atendimento certo, visita com a ACS as pessoas agendadas. Segunda-feira, puericultura (5 a 6 atendimentos) e pré-natal (5 a 6 atendimentos); Terça-feira, pré-natal e planejamento familiar; Quarta- feira, puericultura e HiperDia; Quinta, visita e citologia (5 a 6 atendimentos). A demanda espontânea é pedir uma requisição, fazer uma receita de medicamentos controlados e levar para a Secretaria de Saúde assinar ou os medicamentos de cartilhas [protocolos padronizados]. A visita domiciliária é agendada de acordo com a necessidade da comunidade através do ACS. (Equipe 1)

“O agendamento. Está sendo implantando o levantamento epidemiológico, mas ainda não foi feito. E o horário de atendimento é atípico, de 07h30min a 11h30min e 13h00min a 15h30min. É inviável, porque [a Odontologia] só tem 9 bandejas e atende 12 pessoas. Não tem material para todos e a autoclave demora 1:30 h pra fazer a esterilização. Dessa forma, à tarde só se faz urgência e emergência [na Odontologia]. (Equipe 2)

“Nós fazemos um planejamento mensal, dia 20, para programar dias específicos. Segunda: Pré-natal, ver exames de ginecológico e outros; Terça: HiperDia e puericultura; Quarta: Folga e planejamento familiar; Quinta: Folga e puericultura; Sexta: Bolsa família e coleta de citológico.” (Equipe 3)

“Todo dia 20, sentamos para fazer o levantamento do que foi feito durante o mês. São organizados os planejamentos mensais do enfermeiro e o cronograma. Segunda: folga; Terça: HiperDia e pré-natal; Quarta: puericultura e planejamento familiar; Quinta: puericultura e citológico; Sexta: visita domiciliar e pré-natal. Também são programados aqueles grupos do mês e as visitas domiciliares de acordo com as necessidade da área. Não necessariamente a gente só discute os problemas no dia 20.” (Equipe 4)

4.3.2 Fragilidades identificadas no processo de trabalho

As fragilidades apontadas pelos profissionais das equipes de saúde da família são: falta do profissional médico nas equipes de saúde da família, seguida da falta de material/insumos e falta de diálogo entre os profissionais das equipes, esta atribuída a poucas reuniões. Apenas uma vez ao mês.

“Falta de atendimento médico e abertura da farmácia em tempo integral, faltam insumos e material, vacina, impressos, caderno, lápis, fita. Resumindo: falta tudo.” (Equipe 1)

“Falta médico, material, instrumental, o horário de atendimento é um complicador para a odontologia, falta acessibilidade à farmácia, falta de reuniões para o planejamento da equipe, falta redistribuição de áreas descobertas para os ACS. Há marginalidade na comunidade, insatisfação dos usuários que dizem que os ACS não passam nas casas, falta de referência e contrarreferência.” (Equipe 2)

“Falta diálogo entre a equipe, porque a gente não tem tempo de se reunir. Mas na verdade a gente chegou a um consenso que é porque a gente não prioriza, porque a gente

não está aqui sentado, discutindo. E eu acho que muitos dos problemas a gente não dá resolutividade devido à falta de comunicação. (Equipe 3)

“Falta médico, há rotatividade de profissionais, licença da enfermeira (no primeiro momento a Secretária colocou que não viria substituta, depois chegou).” (Equipe 4)

4.3.3 O olhar dos gestores sobre as fragilidades do trabalho das equipes

“Mesmo com essas fragilidades de falta de médicos nas equipes, [uma das unidades], pelo perfil dos profissionais que lá estão, conseguiu andar dentro do que realmente preconiza a Estratégia, já a outra, não. Então, hoje, no meu olhar, [essa unidade] tem um perfil ‘medicalocêntrico’. Não é nem ‘hospitalocêntrico’, é pautado no médico, na receita e no remédio. E é uma população muito difícil. Tivemos dois profissionais que lá passaram quatro anos tentando trabalhar o que é Saúde da Família, tentando resgatar o que tinha e saíram por não conseguirem... Hoje, meu calcanhar de Aquiles não é mais só o usuário, que já é problemático, são os próprios funcionários que lá estão e o perfil que, no nosso olhar, diverge do que é Estratégia da Saúde da Família”. (Gestor 1)

“O processo de trabalho nessa UBSF é muito fragilizado, eles apresentam bastante dificuldades em relação às ações. Me parece ser uma coisa assim do cumprir: ‘Eu vou cumprir porque tenho que cumprir’. Em muitas coisas a gente não observa a criatividade, o envolvimento deles para que a gente possa sair do micro e ir para o macro”. (Gestor 2)

4.3.4 Potencialidades identificadas no trabalho em equipe

As equipes julgam que perseverança e o compromisso com o trabalho fazem acontecer as ações focadas na prevenção, prioritárias na ESF.

“A visita domiciliária, pois a gente pode ir até o paciente, e a boa interação entre a equipe e entre a equipe e a comunidade.” (Equipe 1)

“A prevenção. Prevenção no atendimento. O elo, a boa comunicação do ACS com a comunidade, levando informações dos profissionais para os usuários e vice-versa.” (Equipe 2)

“A persistência. Mesmo diante de tanta dificuldade, a gente consegue fazer um grupo de HiperDia, a gente consegue fazer a glicemia capilar de todos os diabéticos, consegue acompanhar os hipertensos, diabéticos e as gestantes e consegue dar resolutividade principalmente aos problemas clínicos que precisariam de um profissional médico. A gente liga para um conhecido, corre atrás, os ACS correm atrás, a secretária tenta marcar do jeito dela.” (Equipe 3)

“A gente é muito persistente, mesmo diante de toda dificuldade a gente consegue da resolutividade aos problemas, compromisso, gostar do que tá fazendo”. (Equipe 4)

4.3.5 O olhar dos gestores sobre as potencialidades do trabalho em equipe

“Dentro dessa UBSF eu sinceramente não consigo ver potencialidades nas equipes... Essa questão de transformar o olhar, eu vejo na equipe de apoio, nos demais profissionais eu não consigo ver. Já na outra UBSF, vejo que tem tudo lá: você tem o profissional inteirado, você tem o profissional integrado, tem o profissional que quer fazer e que não coloca obstáculo por maior que seja a barreira enfrentada. Então, eu digo que dentro do nosso universo, [há] o côncavo e o convexo. (Gestor 1)

Eu acho que o envolvimento com os problemas, a equipe dessa UBSF é muito mais envolvida como as questões dos problemas dos usuários. Não me refiro a todos os integrantes da equipe, mas é uma questão que eu falei de criatividade, de busca... Uma me apresenta mais isso, está sempre com a perspectiva de buscar alguma solução. A

outra eu vejo como uma coisa mais devagar, aquela coisa meio lenta no processo de trabalho. (Gestor 2)

Na **segunda oficina**, as temáticas divergiram entre as UBSF. Na UBSF1, foi discutido o Sistema de Informação da Atenção Primária, enquanto na segunda optou-se por discutir o Trabalho em Equipe. No primeiro caso, a pergunta disparadora referente à temática Sistema de Informação: Como vocês trabalham com o Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB)?

4.3.6 A utilização dos dados do SIAB

O SIAB é uma ferramenta importante para avaliação e planejamento das ações de saúde. No entanto, o pequeno número de reuniões das equipes inviabiliza a avaliação dos dados coletados através do SIAB e consequentemente o planejamento das ações de forma mais complexa.

“No momento nossa equipe não está parando para planejar a avaliação dos dados, porque antes o posto fechava dois dias no mês e agora só podemos fechar um dia. Apesar disso, cada ACS é questionado na coleta de dados sobre a informação que está dando, mas reconhecemos falta de avaliação dos dados. Em relação aos dados, analisamos o seguinte: escolhemos dois dados, um indicador que estava bom e um que estava ruim. O que achamos melhor aqui foi o pré-natal; está com boa cobertura, pois os ACS fazem a busca ativa, as gestantes não faltam nas consultas e temos o material necessário. O que está ruim é a vacinação, a cobertura está baixa, pois está faltando muita vacina atualmente, após a introdução da pentavalente e da pólio inativada, as mães ficam desmotivadas para retornar ao posto.” (Equipe 1)

“Após sua entrega, os dados são avaliados com os respectivos ACS. É mais ou menos como a enfermeira da equipe 1 falou: quando eles vão dando os dados a gente já discute. Em odontologia não é possível avaliar dados porque não tenho.” (Equipe 2)

4.3.7 O trabalho em equipe

O trabalho em equipe é importante para realização das ações de forma harmônica, integrando as ações específicas de cada trabalhador. Trata-se de um importante recurso conferir maior efetividade e qualidade ao trabalho e fortalecer os vínculos entre os profissionais de saúde. A pergunta disparadora referente à temática do trabalho em equipe foi: Como vocês trabalham em equipe?

“Na verdade, discutimos mais pela parte só de integração da equipe, integração essa que abrange todos os profissionais, tanto limpeza, recepção, todos. Conversamos em equipe e uma coisa que a gente acha bem positiva na nossa equipe é o planejamento, pois sem o planejamento, [o trabalho] realmente é falho. Mesmo que seja falho alguma vez ou outra, graça à DEUS dá sempre certo. Sem o planejamento a gente viveria no escuro, era um tiro à direita, outro à esquerda. Mas o planejamento é um coisa que é bem positiva na nossa equipe. É a correria de todos da equipe, um tópico que colocamos, porque cada profissional no seu dia a dia, cada um tem o que fazer, só que ao final a correria é tão grande que termina que o que está faltando um pouco na nossa equipe é o diálogo.” (Equipe 3)

“Cada um realizando a sua função de forma produtiva e sempre procurando, ter o topo da comunicação. Nossa equipe trabalha de forma complementar através dos ACS, tendo as informações colhidas sobre os pacientes. Por isso, a importância dos ACS morarem na comunidade, porque facilita o conhecimento da população visitada. Eles observam as necessidades individuais, ambientais e educacionais dos pacientes, ou seja, olham o paciente como um todo. Após os ACS obterem esta informação e vendo a necessidade de cada indivíduo, ele traz para a Unidade onde é marcada a consulta para tentar solucionar o problema”. (Equipe 4)

4.3.8 O olhar dos gestores sobre o trabalho em equipe

Nós tivemos reuniões pontuais e vimos que parecia que íamos para uma batalha do Vietnã, pela colocação que a equipe havia feito, [dizendo] que os ACS estavam revoltados. E então fomos. Quando chegamos lá, nada daquilo que tanto diziam para a gente foi visto. O que a gente viu foi ACS que querem ser valorizados, reconhecidos e inseridos na equipe. Ali não é equipe, é “euquipe”. (Gestor 1)

Tem um único remédio que eu vejo para essa UBSF... É a mudança geral ali, deixar só a estrutura física e partir do zero. Mas você pode dizer - E os ACS? São trabalhosos? São danados? Não! Eles precisam de alguém que queira fazer com eles e não só mande eles fazerem, mas chegue junto para fazer. (Gestor 2)

4.3.9 O acolhimento

Outro tema comum para as duas Unidades foi o Acolhimento, que assegura ao usuário uma escuta individual e qualificada, com uma resposta positiva ao seu problema de saúde. Para problematizar as discussões da **quarta oficina** referente ao processo de trabalho das equipes no Acolhimento, foram utilizadas duas questões: É possível organizar a demanda? Como podemos organizar o Acolhimento na Unidade?

Em reuniões de equipe dá para melhorar algumas coisas, porque a gente vai ter de esperar até que chegue uma parceria. Às vezes vem e, como você disse, não senta pra saber as necessidades da equipe. Mas tem umas coisinhas que dá pra gente organizar enquanto isso não chega. Eu acredito que nossa equipe ainda vai sentar e definir o calendário do ano e dentro disso a gente vai melhorar o máximo possível a vida dos usuários. Às vezes eles xingam, reclamam tanto, mas por não ter conhecimento de onde está a raiz do problema. E por eles virem aqui, acham que o problema está aqui. (Equipe 1)

Concluimos que sim, a partir do melhoramento da triagem no momento da marcação. Exemplo: em dia de clínica

médica chegam os hipertensos, ocupando vagas de outras pessoas, e em dias de grupos de hipertensos, sobram vagas. Gestantes marcam [a consulta] no dia da marcação [geral], quando poderiam agendar assim que saem do atendimento da enfermeira ou do médico. (Equipe 1)

O acolhimento está organizado dentro da nossa governabilidade e a equipe tem seus limites. Exemplo: horário da farmácia. A explicação que a gente pode dar ao usuário, a gente dá. O atendimento – verificar uma pressão quando se tem o aparelho; puericultura em crianças – não estão sendo medidas porque está sem régua. A gente está trabalhando dentro da nossa governabilidade, mas é difícil porque muitas vezes o usuário chega procurando uma vacina e está faltando, está faltando material de curativo, procuram medicamentos e não tem ou a farmácia está fechada. Então, dentro da nossa governabilidade, estamos fazendo a sala de espera, a triagem, preparando para o atendimento, direcionando as pessoas e dando resolutividade dentro do que nos é possível. (Equipe 2)

Eu acredito que a gente já tenha essa organização, porque a gente tem um cronograma que funciona e quando as pessoas não são informadas, chegam aqui e se informam. A questão do hipertenso, tem o dia do hipertenso, tem o dia da gestante, tem o dia do planejamento familiar, da saúde mental. Eu acho que a gente já faz isso direitinho, mas só precisaria ver essa questão se todo mundo falar uma linguagem só. (Equipe 3)

Sim. Mantendo uma organização e dando orientação educacional à população de acordo com o cronograma, deixando sempre vagas para as intercorrências diárias. Então, tendo uma orientação educacional que é o cronograma, dizendo: “Olhe, aqui atendemos assim, é dessa forma a gente tem os dias...”, então eles vão ficar cientes do que é feito aqui na unidade. Deixando vagas para as intercorrências, porque se a pessoa está com uma necessidade, então é sempre bom deixar vaga para essas intercorrências porque, caso aconteça, a gente vai estar sempre prevenido e ninguém vai receber “carão” de ninguém. (Equipe 4)

4.3.10 O olhar dos gestores sobre o acolhimento

O Acolhimento é uma ferramenta importante para organização de serviço, cuja implantação requer o apoio efetivo dos gestores. A efetivação da PNH depende tanto dos profissionais de saúde quanto da gestão. Disso decorre a importância de compreender a percepção do Acolhimento pelos gestores na presente investigação. Para isso foi utilizada como questão disparadora: Quais seriam as medidas para melhorar o processo de trabalho dessas equipes?

A partir do “Humaniza SUS” nos trabalhadores, nós trabalharemos na sala de acolhimento não dos usuários, mas dos trabalhadores. Aí a gente talvez vá fazer com que esses trabalhadores entendam o que é Saúde da Família, o que é prevenção, promoção, reabilitação e por último, [o aspecto] curativo. É preciso que o acolhimento e o “Humaniza SUS” se dê entre os profissionais. (Gestor 1)

O que o usuário faz hoje é reflexo de nossas ações. Se um usuário grita comigo, é reflexo do meu atendimento. Você imagina uma usuária lá do Pedregal, que o marido é albergado, que ela tem um dia de visita íntima e eu boto o citológico justamente um dia antes ou no dia dessa visita íntima. Ela me chega três dias depois e [eu recuso] dizendo: - “Eu não faço porque hoje não é dia de citológico”. Gente, todo dia é dia de cuidar, e quando eu falo cuidar, falo no coletivo, cuidar no complexo do ser humano. Quantas mulheres ficam 2 ou 3 dias, muitas vezes brigam com os maridos porque não podem ter relação sexual para fazer o citológico? E aí eu me dou ao luxo de chegar para trabalhar às 8:30 ou eu tenho que ir ao banco resolver alguma coisa, por isso não posso [e digo]: Desmarque! Como se fosse a coisa mais natural do mundo. (Gestor 2)

5. Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 AS INFORMAÇÕES ADVINDAS DO PMAQ

O PMAQ tem como objetivo principal fornecer uma atenção à saúde de qualidade, no âmbito da AB, em todo o território nacional e ampliar o acesso, garantindo ao usuário respostas satisfatórias, transparência e atendimento de qualidade. Sua finalidade é possibilitar aos gestores maior conhecimento da realidade local e do processo de trabalho das equipes, propiciando assim o planejamento e a avaliação ampliada. (BRASIL, 2012)

Em Campina Grande, a adesão ao PMAQ teve início em novembro de 2011 e a primeira etapa (Ciclo I) ainda está em curso, pois sua certificação não foi concluída. O município também está realizando o ciclo II, enquanto aguarda a certificação do ciclo I.

A atual gestão municipal iniciou seu mandato em janeiro de 2013 e as avaliações do PMAQ foram reiniciadas em março, em continuidade ao Ciclo I. O processo de sensibilização e a dinâmica de contratualizações entre as equipes, município e governo federal foram revistos e foram feitas mudanças significativas desde a última contratualização. De acordo com informações colhidas na SMS, na primeira etapa não foi facultado às equipes participar ou não do processo, o que “fere de morte a proposta inicial do Programa”.

Desta vez, a dinâmica de contratualização foi diferente, pois ocorreu de forma bilateral e cada UBSF foi convidada a participar do PMAQ, ou seja, a adesão foi voluntária. Para otimizar a articulação e a adesão das equipes, a SMS aprovou a Lei nº 5400/2013 que regulamentou o incentivo do PMAQ no Município.

O repasse de recursos deveria ser sistemático a cada semestre, de acordo com as certificações obtidas pelas equipes nos respectivos ciclos. Entretanto, no ano de 2012, não houve repasse por parte do Município dos recursos obtidos.

A atual gestão realizou o primeiro repasse financeiro referente ao Ciclo I no mês de janeiro de 2014 e aguarda a certificação desse ciclo para efetuar a segunda parte do repasse no mês de julho de 2014.

O Ciclo II teve início em abril de 2013 e hoje a SMS tem dois ciclos vigentes: o Ciclo I, aguardando certificação e o Ciclo II, em curso. A atual gestão vem utilizando os resultados obtidos até o momento como referência para a melhoria do trabalho das equipes, a partir dos indicadores de saúde por elas produzidos em 2012 e nos cinco primeiros meses de 2013.

Em 2013, foram realizadas em cada UBSF oficinas de sensibilização para posterior adesão voluntária das equipes. Esse processo de sensibilização teve duração de 41 dias e nova contratualização envolveu 91 equipes ESF, 48 estabelecimentos de saúde, 9 NASF e dois Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Após a sensibilização, as equipes mostraram-se mais colaborativas, como retratam os indicadores do período de janeiro de 2013 a maio de 2013, consolidados pela SMS até julho de 2014.

Para que aconteça a adesão, é necessário que as equipes estejam devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES como equipes de saúde da família. Na avaliação de 2012, algumas equipes estavam sem profissionais médicos por mais de 60 dias, o que as caracterizou como PACS. Foi o que aconteceu com a UBSF 1 no período de avaliação do ciclo I. A UBSF 2 estava em conformidade no CENES, porém sem motivação para participar em virtude da forma que foi pactuada a adesão.

A atual gestão da SMS afirmou estar realizando o monitoramento do Ciclo II do PMAQ, realizando oficinas de sensibilização e reuniões periódicas com as equipes para discussão dos dados produzidos e reflexão sobre os processos de trabalho.

A avaliação externa do PMAQ referente ao Ciclo I aconteceu mediante parceria do MS com as IES que visitaram as equipes de AB e aplicaram os instrumentos avaliativos que foram construídos com base em informações referentes às condições de acesso e qualidade da assistência prestada

pelas equipes participantes do programa. Tais instrumentos foram divididos em módulos e envolvem:

I – Certificação de desempenho das equipes de AB e gestões municipais participantes do PMAQ por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e da verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II – Avaliação do acesso e da qualidade da AB não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços. (BRASIL, 2012, p.50). A avaliação é composta por três módulos:

- Módulo I - Observação local na UBSF;
- Módulo II - Entrevista com profissionais sobre o processo de trabalho da equipe da AB e verificação de documentos na UBSF e
- Módulo III - Entrevista com usuários na UBSF sobre as condições de acesso e utilização do serviço de saúde e o grau de satisfação.

Além dos módulos supracitados, o MS criou o Portal do Gestor, que permite os gestores monitorar o desenvolvimento de todas as etapas, até a concretização de processos avaliativos que apontem os resultados alcançados. No Portal, o município tem acesso a uma plataforma que disponibiliza as informações pertinentes ao PMAQ e ao módulo IV (*on line*)*, com informações complementares respondidas pelos gestores e equipes.

A certificação envolve cinco dimensões:

- Gestão municipal para desenvolvimento da AB;
- Estrutura e condições de funcionamento da UBSF;
- Valorização do trabalhador;

* <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login>

- Acesso e qualidade da atenção, que considera aspectos da organização do processo de trabalho (atenção à saúde na UBSF e coordenação e continuidade do cuidado na rede);
- Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

Dentre elas, destaca-se a dimensão do acesso e da qualidade da atenção, que leva em conta aspectos da organização do processo de trabalho (atenção à saúde na UBSF e coordenação e continuidade do cuidado na rede). Essa dimensão revela o trabalho das equipes no tocante à produção das ações descritas nos gráficos apresentados, referentes à atenção à saúde em todos os ciclos da vida.

Por exemplo, o atendimento de puericultura permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, além da prevenção de doenças imunopreveníveis e promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros. (BRASIL, 2012, p.16). Já a vacinação é *um dos indicadores [que] estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.* (BRASIL, 2012, p.20)

Os exames citopatológicos realizados na faixa etária de 15 anos ou mais são um indicador que possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero (Brasil, 2012, p.14).

Outro grupo prioritário para a ESF é aquele composto por hipertensos e diabéticos. Sabe-se da importância de seu cadastramento e acompanhamento para manter a qualidade de vida desses usuários e prevenir outras morbidades, evitando as sequelas e a mortalidade.

A importância do diagnóstico e do controle da hipertensão e do diabetes justifica-se largamente, em função do aumento de sua prevalência.

O diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares, enquanto a hipertensão é responsável por AVC, infartos dentre outras. (BRASIL, 2012).

Neste estudo, tais indicadores mostram as fragilidades do trabalho realizado, com destaque para as ações de Saúde Mental, que sequer foram referidas. O mesmo ocorreu no Estado do Amazonas, no qual avaliadores do PMAQ identificaram falhas no desenvolvimento das ações programáticas e lacunas importantes nas ações de Saúde Mental, que parecem não integrar o conjunto das ações da AB, que tampouco tem articulação com os serviços de referência (FAUSTO; FONSECA, 2013).

Experiências vivenciadas pelos avaliadores do PMAQ, em vários estados brasileiros, mostraram que a AB como um todo necessita de melhoramentos, pois os problemas encontrados são muito parecidos nas variadas regiões do País.

Problemas na estrutura física das UBS são muito comuns e a avaliação dos entrevistadores e avaliadores é que a estrutura das UBSF não garante o acesso e a qualidade da AB. Por exemplo, no estado de Pernambuco, muitos dos problemas de acessibilidade identificados decorreram da estrutura física das unidades (FAUSTO; FONSECA, 2013), à semelhança do que se constatou no presente estudo, em que os resultados da avaliação externa também apontaram restrições de acessibilidade.

A garantia do acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e com qualidade, que caracterizam a AB como porta de entrada da rede de atenção à saúde, está expressa na Portaria nº 2.488/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas da AB para a ESF e PACS (BRASIL, 2011).

Preocupa especialmente o posicionamento dos gestores frente à avaliação, a exemplo do ocorrido no Estado de Alagoas, em que os avaliadores do PMAQ constataram que os coordenadores e os gerentes tentaram influenciar a coleta de dados com objetivo de obter resultados positivos (FAUSTO; FONSECA, 2013).

Segundo informações da atual gestão, na adesão do primeiro ciclo do PMAQ, não houve pactuação com os trabalhadores, de tal modo que avaliação apresenta inúmeras lacunas e inconsistências. Ainda com relação ao primeiro ciclo, na subdimensão EPS - processo de qualificação das ações desenvolvidas, na avaliação externa - todas as equipes do estudo receberam, como conceito, *desempenho mediano ou um pouco abaixo da média*, o que revela a necessidade e a urgência da intensificação das ações de EPS. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a avaliação do PMAQ constatou que muitas equipes “não receberam o apoio mínimo necessário para o bom desenvolvimento das ações” (FAUSTO; FONSECA, 2013, p. 279).

Frente aos resultados claramente insatisfatórios do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ, no segundo ciclo, ora em curso, a gestão atual vem realizando oficinas de capacitação e sensibilização dos trabalhadores e esperam-se resultados que expressem com mais clareza o trabalho que desenvolvem na AB.

5.2 O PERFIL DOS TRABALHADORES

As características da força de trabalho em saúde estão diretamente ligadas à qualidade dos serviços e, conseqüentemente, à satisfação dos usuários e à resolução de seus problemas de saúde.

Nesta investigação, dos 40 sujeitos participantes das oficinas, 98,5% era do sexo feminino, o que mostra a feminização das profissões da saúde, uma tendência observada particularmente na ESF (PINTO; MENEZES E VILA, 2010). Com relação à qualificação, um dos pilares importantes para uma assistência mais efetiva, dos doze trabalhadores de nível superior que participaram deste estudo, apenas quatro cursaram pós-graduação, diferentemente do encontrado em estudo realizado em uma coordenadoria de saúde do Rio Grande do Sul revelou que 37,5% dos profissionais de nível superior havia buscado aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do

conhecimento importantes para a implementação e a consolidação da proposta da ESF (MARQUI et al, 2010).

Chamaram a atenção a idade e o tempo de formação dos médicos. Os profissionais eram recém-formados, com idade média de 25 a 27 anos, com pouco tempo de atuação na ESF, o que revela que a ESF está sendo usada por eles como uma forma de inserção no mercado de trabalho. Esse fato está atrelado às possibilidades e às restrições atuais do mercado de trabalho em saúde e também às estratégias indutoras que os Ministérios da Saúde e da Educação têm utilizado para a fixação dos médicos na AB. Cita-se particularmente o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, que oportuniza aos profissionais médicos atuar na AB durante um ano, o que lhes confere o título de especialistas.

Com relação ao tempo de serviço, a permanência dos enfermeiros por mais tempo na AB caracteriza a ESF ser uma boa oportunidade de trabalho frente às alternativas disponíveis no mercado de trabalho. A formação dos enfermeiros também parece prepará-los de forma mais adequada para os desafios do trabalho na AB.

“Medidas adotadas na reorganização da educação dos profissionais da enfermagem vêm conferindo ao enfermeiro certa qualificação (técnica, científica, política, ética e estética) para atuar na atenção primária, na lógica do funcionamento do SUS, num cenário em que a Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada no mercado de trabalho desse profissional na atualidade”. (COSTA; MIRANDA, 2008, p.125)

5.3 REFLEXÕES SOBRE OS TEMAS DEBATIDOS

5.3.1 O processo de trabalho em saúde

No campo da saúde pública brasileira, a ESF foi a inovação tecnológica não material de maior impacto político-social nos determinantes e condicionantes da saúde (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014). Ao

completar 20 anos de história em 2014, é oportuno revisitar o processo de trabalho dos profissionais que nela atuam, tendo em vista a complexidade do objeto de trabalho. Associado às tecnologias da saúde, o trabalho desses profissionais possibilita a efetivação e a consolidação dos princípios do SUS.

O trabalho é a síntese histórico-social daquilo que é possível ser feito num determinado espaço de tempo, por homens e mulheres segundo a relação que eles estabelecem com o meio e sua capacidade de agir, tendo por base um conjunto de normas antecedentes e de valores. (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014, p. 556)

Refletir o processo de trabalho em saúde na ESF significa tomar a Atenção Básica como *lócus* de um trabalho vivo que responde às necessidades de saúde de uma população, por meio de relações intersubjetivas. Requer ainda o resgate histórico da proposição da Atenção Primária em Saúde (APS), na Conferência realizada em Alma Ata em 1978, quando a OMS lançou a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Na ocasião, a APS foi assim definida:

Atenção essencial a 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 como o país, possam 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, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à 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. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978)

A Conferência abordou os elementos fundamentais para estruturação e a concretização da APS. Para isso foi necessário definir um novo conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

Além de propor combater as desigualdades políticas, sociais e econômicas, estabeleceu como meta a saúde para todos no ano 2000, tendo como fundamentos o desenvolvimento econômico e social, a garantia da participação da população no planejamento e execução dos cuidados em saúde e os cuidados primários como meta para atingir uma “vida social e econômica produtiva e a um custo que a comunidade e país possam manter” (OMS/ALMA ATA, URSS, 1978).

A adesão às premissas da APS e sua implementação levou diversos governos a reestruturar a atenção à saúde. Em vários países, sua implantação exigiu mudanças no modelo assistencial, em geral baseado em assistência hospitalar, uso intensivo de tecnologias duras, especializações.

No Brasil a APS foi designada Atenção Básica e inspirou um novo modelo assistencial graças ao movimento pela Reforma Sanitária, que culminou na Constituição de 1988 e garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, democratizando a saúde no País. Com aproximadamente 25 anos de história, o SUS é uma política extremamente inclusiva que contribui para a efetivação da saúde como direito de cidadania.

Para ressignificar o trabalho em saúde, as práticas dos profissionais que atuam na AB devem estar centradas no usuário e não no procedimento. Embora o processo de trabalho em saúde seja tradicionalmente focado na doença e na especialidade, são necessárias mudanças de práticas dos profissionais para que possam responder e operacionalizar suas práticas com foco na prevenção, promoção, cura, reabilitação e reinserção social.

A AB que busca a inclusão dos usuários nos serviços de saúde de forma individual e coletiva em todos os ciclos de vida, com participação efetiva desde o planejamento das ações, até as execuções conforme necessidades, a prevenção de doenças e a promoção da saúde como eixo estruturante.

A oferta da atenção, individual e coletiva prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Tais desafios demandam da gestão municipal o dimensionamento adequado da rede de serviços

e um reordenamento dos processos de trabalho (TURA; SOARES; CASARTELLI, 2014, p.184).

O reordenamento dos processos de trabalho demanda reflexões sobre o trabalhador de saúde que convive rotineiramente com a produção social do adoecimento, em que a miséria, o desemprego e a violência resultam da exclusão social própria deste modo de produção neste contexto sócio-histórico. Além do contexto, é importante compreender a natureza coletiva do trabalho em saúde (FORTUNA; MISSHIMA, MATUMOTO; PEREIRA, 2005, p.264).

O trabalho em saúde é permeado por muitas questões que vão além da técnica. Em seu livro “Em busca do tempo perdido”, Merhy destacou questões relativas à produção do cuidado e suas tecnologias. Identificou dois tipos de trabalho: o trabalho vivo ou em ato e o trabalho morto, usado para designar os instrumentos (máquinas e outros equipamentos) que recebem esse nome porque são resultado de um trabalho anterior e carregam em si uma carga de trabalho pregressa.

Também distinguiu as tecnologias em três categorias: as tecnologias duras, relacionadas às máquinas e aos instrumentos, as leve-duras, relacionadas ao conhecimento técnico, em que a parte “dura” é representada pela técnica e a “leve”, pelo modo como o trabalhador operacionaliza-a e, finalmente, as tecnologias leves, que são as relações, a forma como o profissional produz o cuidado no contato com o usuário dos serviços. (MERHY, 2007; BRASIL, 2005).

As tecnologias leves são importantes e aplicáveis em qualquer espaço do trabalho em saúde; abrem espaços para novas possibilidades, especialmente na AB, que favorece a aproximação e o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário e possibilita uma nova clínica:

... devemos e podemos refletir sobre uma clínica como atividade que procura tudo capturar *versus* uma outra clínica como ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em

ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve (MERHY, 2007, p.110).

Entretanto, na maioria das vezes, o modelo assistencial dificulta o trabalho centrado nas necessidades dos usuários.

A atenção primária difere da atenção por consultas de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade em longo prazo (atenção terciária) por várias características... lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centro de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002, p.29).

Na AB, o cuidado pertence a todas as pessoas e deve ser produzido de forma compartilhada, visando à construção de projetos terapêuticos singulares, que devem ser construídos nos diferentes espaços de produção do cuidado. (FORTUNA; MISSHIMA; MATUMOTO; PEREIRA, 2005).

A prática profissional é necessariamente coletiva e muitos sujeitos estão direta ou indiretamente envolvidos. (FORTUNA; MISSHIMA; MATUMOTO; PEREIRA, 2005).

O fortalecimento da APS visa garantir respostas mais efetivas à população. De acordo com Starfield, a APS tem como atributos a *atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (integração)*.
O processo de trabalho em Saúde da Família:

Caracteriza-se como uma inovação tecnológica não material porque: se constitui em uma nova forma de organização do trabalho em saúde que tem como resultado o serviço prestado pelas equipes multiprofissionais, que não são produtos não materiais inseparáveis do processo de produção. É uma inovação com característica incremental porque: não rompe integralmente com os saberes e práticas clínicas de cuidado, mas introduz novas práticas colaborativas, de diálogo entre diferentes saberes; assume como objeto de trabalho seres humanos em sua integralidade, e coletividade cultural e socialmente

determinadas; sua aplicação permitiu melhorias nos resultados do trabalho em saúde aperfeiçoando o modo de fazer assistência em saúde (SCHERE; PIRES; SORATTO, 2014, p.527)

O presente estudo verificou que ambas as Unidades utilizavam um cronograma de atendimento em que cada dia da semana era dedicado a uma atividade: pré-natal, puericultura, atendimento ao HiperDia, planejamento familiar e procedimentos diversos como verificação de pressão arterial, curativos, retirada de pontos dentre outros. A demanda espontânea era constituída pelas pessoas que não estavam contempladas no cronograma do dia e apresentavam queixas diversas de febre, dor, mal estar, pressão alta, dentre outros. O atendimento nas Unidades era limitado, pois há pequeno número de consultas reservadas para o que a equipe chama de intercorrências, e muitas vezes a população fica desassistida. Existe uma busca considerável pela consulta médica e por medicamentos. A população chega na UBSF verbalizando o nome da medicação que quer receber e solicitando a prescrição do profissional de saúde.

Essa forma de organização da demanda dificulta a organização do processo de trabalho das equipes, pois, ao reservar um pequeno número de vagas para a necessidade da população, a equipe depara-se com necessidade de priorizar aqueles com maior risco. Os demais têm suas necessidades de saúde negligenciadas, gerando queixas em razão da falta de atendimento. Queixas quanto à baixa resolutividade dos serviços não são incomuns.

Neste estudo, a fragilidade na operacionalização do trabalho vivo e as normatizações excessivas dificultam as relações entre usuários e trabalhadores envolvidos nos processos de trabalho em saúde.

O PSF reflete a diretriz normativa, quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, fichas, senhas, disponibilidade de certos procedimentos. A norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêm constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o

estabelecimento de relações positivas para com os usuários.
(MERHY, 2012, p.160)

Repensar a ESF como uma estratégia de reorganização da APS no Brasil, requer a elaboração de plano de ação de acordo com a necessidade dos usuários e suas famílias, dos grupos sociais do território e das coletividades, com foco na prevenção do adoecimento e na promoção da saúde, realizando projetos terapêuticos singulares e enfatizando a educação em saúde.

Consolidar a ESF significará construí-la verdadeiramente a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada em seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RAS. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.
(MENDES, 2012, p.103)

Uma alternativa para a consolidação é a criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que possibilita a reorganização dos serviços, melhora o acesso e o acolhimento dos usuários, por meio do fortalecimento da referência e contra-referência, o que é muito importante para os profissionais de saúde que estão na “ponta”, ou seja, que estão mais próximos dos usuários e são responsáveis pelos grupos sociais da área adstrita. Essa proximidade possibilita maior vigilância à saúde, fortalece a linha de cuidado integral e responde de forma mais adequada às necessidades de saúde dos usuários.

Um dos grandes desafios do SUS é qualificar APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades.
(PEREIRA; OLIVEIRA, 2013, p.162).

A ESF tem “como objeto de atenção a própria família, que passa a ser compreendida a partir do contexto em que vive” (OLIVEIRA; SILVA, 2013). Tomar a família como foco da atenção à saúde requer reorganizar o trabalho em saúde e rever o papel dos trabalhadores. Para isso é necessário examinar detidamente o processo de trabalho em saúde, desde as condições de trabalho, como a infraestrutura, a qualificação dos trabalhadores, os contratos de trabalho e as formas de remuneração. Para redirecionar o processo de trabalho em saúde não basta a motivação dos trabalhadores. São necessárias condições objetivas de trabalho para atender as demandas das coletividades.

Para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade é necessário estrutura, fluxos que sejam fixos e reconhecidos pela população e pontos de atenção que se agreguem e articulem para dar continuidade e garantir a integralidade da assistência facilitando o acesso aos serviços e às tecnologias para saúde, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas. (BARBOSA et al., 2013, p.10).

Quando a ESF não responde efetivamente às necessidades de saúde da população, esta busca as unidades de pronto-atendimento em saúde (UPAS) e os hospitais, causando superlotação nesses serviços e dificultando o acesso ao atendimento especializado. O número excessivo de encaminhamentos realizados pela ESF sobrecarrega o sistema de saúde e sinaliza a baixa resolubilidade no primeiro nível de atenção, que deveria realizar ações mais efetivas. Uma gestão efetiva e eficaz necessita investir no fortalecimento da AB, proporcionando melhores condições de trabalho, utilizando as verbas alocadas com responsabilidade, garantindo a acessibilidade em toda a rede de atenção.

O financiamento da saúde ocorre por meio de transferências que são destinadas aos serviços de alta e média complexidade e também para a Atenção Básica. Essa última é promovida e financiada através do Piso de Atenção Básica-PAB fixo e variável. Os incentivos financeiros para a ESF integram o PAB variável (MENDES; MARQUES, 2014).

O financiamento do SUS é um problema desde a criação do Sistema. São conhecidas as tentativas de aumentar e dar constância ao financiamento público de saúde, movimento que teve início com a criação da CPMF em 1996 e culminou com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000. Nesse período, houve ampliação do total dos recursos financeiros repassados do governo federal para os estados e os municípios. No entanto, foi necessária uma grande pressão para a regulamentação da EC nº 29, que só veio a ocorrer em 2012.

Depois de inúmeras tentativas, e transcorrida quase uma década desde as primeiras tentativas, a EC nº 29/2000 foi finalmente regulamentada por meio da LC nº 141, sancionada pela Presidência da República em 13 de janeiro de 2012. Apesar de não ter correspondido aos anseios daqueles que desejavam aumentar a participação dos recursos da União no financiamento do SUS, a regulamentação da EC nº 29 apresentou pontos positivos (PIOLA et al., 2013, p.36).

O gasto público em saúde no Brasil sempre foi largamente financiado por recursos federais. A regulamentação da EC 29 possibilita rateio dos gastos entre os três níveis de governo. A ESF conta com recursos federais e estaduais, mas é financiada essencialmente por recursos municipais. (MENDES; MARQUES, 2014).

É importante conhecer e acompanhar o financiamento do SUS, visto que os recursos destinados à Atenção Básica, aplicados de forma correta e direcionada ao atendimento eficaz, garantem à ESF a estrutura e o aporte financeiro para avaliar um atendimento que se efetive os princípios do SUS.

Tal acompanhamento tornou-se mais fácil a partir da introdução do Pacto pela Saúde, regulamentado pelas portarias GM/MS nº.399, de 22 de fevereiro de 2006 e GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Essas portarias determinaram o financiamento do SUS por “blocos”: Atenção Básica; Média complexidade e Alta complexidade; Vigilância em saúde; Assistência farmacêutica e Gestão do SUS. Posteriormente foi acrescentado

o item de investimentos na rede de serviços de saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 837 de 24 de abril de 2009. (BRASIL, 2006, 2009)

É importante observar que o financiamento da AB apresentou uma participação relativa de 32% em 2000 e 23% em 2011, a Média e Alta complexidade, um percentual relativo de 57% em 2000 e de 67% em 2011, enquanto a Vigilância em saúde, a Gestão do SUS e a Assistência farmacêutica tiveram participação relativa de 10% tanto em 2000 como em 2011. (MENDES; MARQUES, 2014, p.468)

Dada importância da ESF para o fortalecimento da AB e seu papel na organização do sistema, a valorização da assistência com foco no usuário, família e coletividades, os investimentos no setor saúde, especialmente, devem expressar o compromisso da política pública com a Atenção Básica. Entretanto, observa-se diminuição da participação relativa da Atenção Básica em favor da alocação da média e alta complexidade. (MENDES; MARQUES, 2014).

Compreender e valorizar o trabalho dos profissionais que atuam na ESF requer um olhar para o contexto histórico e social como também suas potencialidades e desafios que surgem no cotidiano do trabalho, pois além do apoio financeiro, os profissionais precisam de escuta, diálogo, parceria, de formação e educação permanente.

Sabe-se que no processo de trabalho em saúde, as dimensões comunicativa e instrumental não são excludentes. Devem ser articuladas e integradas para favorecer respostas às necessidades dos usuários e para que os trabalhadores que estão envolvidos na construção das ações em saúde produzam acordos e consensos para organizar a ação coletiva e alcançar seus objetivos (CARVALHO; PEDUZZI; MANDÚ; AYRES, 2012).

O compromisso efetivo por parte dos profissionais de saúde com o processo de trabalho em saúde envolve a realização de práticas efetivas, individuais e coletivas, que respeitem a dignidade das pessoas, considerando o contexto histórico, cultural e social de homens e mulheres, sujeitos históricos dotados de vontade e autonomia em seu “modo de andar a vida”.

5.3.2 O trabalho em equipe

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas em todas as fases de sua realização e, portanto, está sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática (FEUERWERKER, 2005). Ademais, em geral é um trabalho realizado em equipe.

O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação recíproca, de dupla mão, entre o trabalho e a interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção. (PEDUZZI, 2001, 2007, 2011).

Normalmente visto como algo harmônico, o trabalho em equipe na verdade é uma efervescência de interesses, conflitos, acordos e desacordos, uma rede de relações complexas, na qual poucos gestores investem para que essas contradições ganhem visibilidade e sentido para os envolvidos (FORTUNA et al., 2005).

Peduzzi (1998) identificou duas tipologias de trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de agentes – em que ocorre justaposição de ações, e a equipe como integração – em que há articulação das ações e interação dos agentes. A primeira é caracterizada pela fragmentação e a segunda, pela construção de possibilidades e recomposição, aproximando-se da integração das ações de saúde. Pensar o cotidiano do trabalho possibilita que as equipes reflitam sobre seu processo de trabalho, discutindo possibilidades de melhoria na construção do cuidado. A ESF permite à equipe compartilhar saberes e operar o cuidado de modo compartilhado.

Neste estudo foi observada a vontade e a necessidade dos trabalhadores de saúde em serem escutados e valorizados.

Conhecer o olhar dos profissionais que atuam na APS apresenta-se como um elemento importante na elaboração de ações e melhoria do acesso aos serviços de saúde, com

mais informação e alcance das tecnologias. (BARBOSA; ELIZEU; PENNA; 2013, p.2.356)

A integração entre os profissionais das equipes é essencial para o processo de trabalho em saúde, como atesta investigação desenvolvida com o propósito de propiciar o planejamento das ações de saúde, que mostra a importância do diálogo entre os profissionais das equipes da ESF:

Quanto à integração da equipe, todos os profissionais das diferentes categorias afirmaram positivamente sobre o relacionamento interpessoal e a capacidade de interação entre eles para execução e organização do trabalho diário, demonstrando satisfação em falar da relação construída por eles ao longo do tempo, entendida como facilitador e estimulador das práticas cotidianas de trabalho. (BARBOSA et al., 2012, p.8).

O processo de trabalho em equipe inclui elementos imprescindíveis para a realização das ações e a efetivação das práticas: a construção coletiva, priorizando o planejamento, a execução e a avaliação das ações, pautadas nas necessidades de saúde dos usuários e suas famílias e compartilhada no grupo de trabalhadores que compõe a equipe. Por isso, importa conhecer o processo de trabalho das equipes ESF, “para (re)pensar e refletir sobre a organização e a produção do trabalho em saúde” (MARQUI et al, 2010 p.961). Ou seja, trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004)

Neste estudo, os integrantes das equipes da UBSF 2 referiram utilizar o planejamento para organizar o trabalho, envolvendo todos os profissionais que atuam na UBSF. Entretanto, também afirmaram que a falta de diálogo e comunicação é um nó crítico que chega a afetar o trabalho.

Em outro estudo, fundamentado na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, Peduzzi (2001) utilizou os conceitos de agir instrumental e agir comunicativo. O agir instrumental refere-se à ação orientada para o sucesso, considerada sob o aspecto do seguimento de regras técnicas de ação (VALE, 1989). O agir comunicativo é baseado na intersubjetividade e ocorre

por meio da linguagem e dos comportamentos, permitindo que aconteçam os “encontros” multiprofissionais.

Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário. (PEDUZZI, 2001, p.105)

As reuniões são espaços importantes para a integração das equipes, pois propiciam o diálogo, embora também evidenciem insatisfações e disputas.

Por exemplo, a falta de inclusão dos ACS no processo de trabalho de uma das equipes levou os gestores a designá-la “equipe”, em que cada integrante defende seu ponto de vista. Os gestores afirmaram que seria necessário começar do “zero”, ou seja, substituir todos os profissionais, pois os que ali estavam não compreendiam o trabalho na ESF e, sobretudo, que o trabalho de equipe deve ser articulado com base na comunicação para propiciar um melhor planejamento em resposta às necessidades de saúde.

A comunicação é o principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe e o recurso mais utilizado para propiciá-la são reuniões com diferentes modalidades, finalidades e estilos. Verificou-se, entretanto, que as reuniões são pouco utilizadas pelas equipes como estratégia para estimular diálogo e da interação entre os profissionais.

As reuniões não são somente espaços de troca para encontrar as melhores respostas às necessidades de saúde de usuários e profissionais, mas também fonte de problemas e insatisfações para as equipes e gerentes. De modo que não basta fazer reuniões; é preciso promover a participação e interação dos trabalhadores em sua dinâmica com base na sua argumentação crítica e fundamentada em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço. (PEDUZZI, 2011, p.636)

Fortalecer o trabalho em equipe requer a participação efetiva dos profissionais, porque é a partir do diálogo e da oportunidade de verbalizar as

inquietações nos espaços coletivos que se pode construir diálogos e espaços de discussões com o intuito de fortalecer os processos de trabalho em saúde. Os encontros permitem otimizar o planejamento, avaliar a execução das ações e fortalecer o trabalho coletivo. É por meio do diálogo que a equipe elabora respostas coletivas para as necessidades de saúde.

Se, por um lado, a comunicação é referida como principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe, por outro lado, o recurso mais utilizado para propiciá-la são as reuniões, em diferentes modalidades, finalidades e estilos. Reunião de equipe, geral, setorial, técnica de discussão de casos, de supervisão e do grupo gerencial ampliado (PEDUZZI et al., 2011, p.636).

Em um estudo realizado em uma região do Estado de São Paulo a comunicação foi destacada pelos gerentes tanto no sentido restrito de transmissão da informação como no sentido mais abrangente do diálogo. No primeiro caso, a concepção de comunicação é monológica e visa garantir o êxito esperado das ações realizadas pelos trabalhadores e equipes. No segundo, é vista como uma forma de interação social que busca o entendimento dos sujeitos envolvidos. O estudo destacou ainda a importância do ACS na comunicação entre a equipe e a população, completando e colaborando no planejamento das ações (PEDUZZI et al., 2011, p. 636).

Em investigação realizada em Montes Claros – MG com 241 ACS, os autores afirmaram que o ACS representa um segmento ativo do trabalho em saúde e se transformou em um novo ator político no cenário da organização e da assistência em saúde, na última década (COSTA et al., 2013, p.2.151). Dos ACS entrevistados, 82,5% afirmaram que reservavam um tempo para reflexão sobre o trabalho em equipe, entretanto, 33,6% auxiliavam o profissional de nível superior em ações clínicas, realizando tarefas administrativas, como agendamento de consultas e exames, controle de estoque e desinfecção e esterilização de material. Tais tarefas excedem suas atribuições e configuram desvio de função; podem sobrecarregar os ACS e diminuir o tempo dedicado às ações que é de sua competência, que

deve ser direcionada para a promoção da saúde e a prevenção de agravos otimizando a vigilância em saúde.

Cabe refletir sobre o trabalho dos ACS no processo de trabalho da equipe, dada sua importância para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde. Sua prática diária envolve o uso de comunicação intensiva, para promover a mobilização das famílias e favorecer a articulação de conhecimentos populares e científicos, dentro de seus conhecimentos e atribuições. Mas é importante que os ACS não assumam tarefas além de sua competência: a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Estudo sobre mortes neonatais realizado no Quênia concluiu que após o treinamento das trabalhadoras comunitárias rurais locais, as orientações e os cuidados prestados por elas, sem visitas domiciliares para detectar sinais de doenças graves e encaminhar aos serviços de saúde permitiram reduzir as mortes neonatais (LIVINGSTON et al., 2012).

Pesquisa realizada no Reino Unido revelou a contribuição dos agentes comunitários de saúde locais para o fortalecimento das ações da APS (HARRIS; HAINES, 2012).

Em Marília, SP, em estudo com 16 ACS, essas mencionaram como facilidade de seu processo de trabalho a comunicação e o diálogo. Como dificuldades, sinalizaram as diferenças pessoais, as dificuldades em visualizar a totalidade das ações, a falta de flexibilidade, comunicação, cooperação, responsabilidade e horizontalidade nas ações. Afirmaram que se sentiam o lado mais fraco nas relações (PERES et al., 2011).

Atuar no novo modelo assistencial exige dos profissionais da ESF não somente conhecimentos técnicos, mas também habilidades relacionais, construção de vínculos, responsabilização compartilhada entre a equipe e a coletividade, tendo como premissa a maior compreensão do processo saúde-doença no território de atuação e das necessidades de saúde:

As necessidades de saúde são captadas (ou não) pelos profissionais de saúde e esta captação está associada a sua visão de mundo, construída no decorrer de sua existência,

que lhes permite elaborar seu modo de intervenção sobre a realidade. O olhar sobre o processo de adoecimento pode estar fundamentado em duas vertentes: a Saúde Pública e a Saúde Coletiva. (GRAZIANO; EGRY, 2012 p.651)

A formação específica na área de atuação da ESF é importante para o conhecimento ampliado de questões sociais, epidemiológicas, antropológicas, relacionais, para que esse conhecimento contribua na inversão das práticas centradas no modelo biomédico para práticas centradas no usuário:

A epidemiologia clínica, a tomada de decisões, a economia e o treinamento nas ciências sociais e comportamentais relacionados à saúde e a atenção à saúde serão parte do armamento para formação do médico da atenção primária. O sucesso da atenção primária depende da adoção, por parte da sociedade, de sua importância e dos mecanismos para melhorá-la como ponto central em suas políticas de saúde para treinamento e prestação da atenção primária. (STARFIELD, 2002, p.169).

Estudo desenvolvido com trabalhadores de saúde que integravam a ESF e gestores municipais de uma coordenadoria regional de saúde do interior do Rio Grande do Sul mostrou que os profissionais de nível superior, 16,7% haviam cursado especialização na Saúde Coletiva, 12,5% em Saúde Pública e 8,3% em Administração Hospitalar, revelando a busca por aperfeiçoamento em áreas importantes para atuação na ESF (MARQUI et al., 2010).

Essa formação faz-se necessária para todos os profissionais que atuam na ESF, visto que o trabalho na Estratégia é multidisciplinar e as características acima mencionadas, que informam o trabalho compartilhado em equipe, são indispensáveis à transformação das práticas, voltadas para a integralidade do cuidado.

Na área de saúde, não basta formar profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e o usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. Por isso, a

área de saúde requer educação permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.49).

Considerando que as práticas de saúde são transformadas a partir dos sujeitos envolvidos, qualquer alteração no eixo dessas práticas passa necessariamente por mudanças no *modus operandi* dos profissionais de saúde (PINTO et al., 2010, p. 78).

Por muitos anos, a educação dos profissionais de saúde tem focalizado os aspectos fisiológicos, a doença e a dimensão clínica do tratamento e não o processo de adoecer (GUALDA, 2008). A atuação dos profissionais remete à formação recebida, com ênfase no modelo biomédico, de queixa-conduta, orientado para a doença e não para a pessoa por ela acometida.

A necessidade da transformação do modelo hegemônico em direção a um modelo que responda às necessidades de saúde dos usuários, nos âmbitos individual e coletivo, e que efetive os princípios do Sistema Único de Saúde, requer a qualificação dos profissionais de saúde, que deve ser pautada na realidade de cada serviço, objetivando mudanças das práticas assistenciais, para que sejam voltadas ao usuário e não ao procedimento.

Na EP a qualificação dos trabalhadores da saúde deve ser estruturada a partir da problematização de seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EPS tem como objetivo de constituir uma rede de ensino e aprendizagem no exercício de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), com sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direito. (PEDUZZI et al., 2013, p.981).

A EPS é uma ferramenta importante e necessária para a reconstrução das práticas em saúde, pois fortalece o trabalho em equipe, uma vez que as discussões são realizadas no ambiente dos serviços e incidindo sobre os nós críticos do trabalho, com vistas a responder às necessidades de saúde

dos usuários. Também auxilia a repensar as práticas dos trabalhadores, o que fortalece o trabalho cooperativo, pois a discussão é realizada em prol da melhoria das ações desenvolvidas, tendo como eixo norteador a integralidade da atenção à saúde.

Profissionais de diversas áreas aproximam-se dos saberes das outras áreas de formação, articulando conhecimentos e investindo na construção coletiva de ações que aperfeiçoarão o processo de trabalho em equipe, como parte das estratégias de transformação do modelo assistencial.

É de fundamental importância que os profissionais se visualizem como protagonistas do processo de trabalho, considerando que o território é heterogêneo, pois heterogêneas são as possibilidades de vida dos indivíduos que permitem diferentes formas de reprodução social. Dessa forma, é necessário realizar uma prática social crítica e consciente da historicidade da realidade processual e do processo saúde-doença da sociedade, cujo resultado decorre das contradições sociais e está em constante transformação. (GRAZIANNO; EGRY, 2012, p.655)

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade efetiva e imediata da implementação da EPS, visto que nos grupos focais foi observada a necessidade de reflexão e discussão de nós críticos vivenciados pela equipe. Esses espaços favorecem o trabalho em equipe, oportunizando a manifestação individual, o debate e o planejamento coletivo. Para tanto é necessário que esses momentos aconteçam de forma rotineira dentro da agenda programática da equipe, tanto para a discussão dos entraves ao trabalho como para estudos de caso, possibilitando a execução dos projetos terapêuticos singulares.

No cuidado focado na produção de vida dos usuários, o “olhar” do profissional dos serviços deve ser direcionado para as necessidades. Em cada oportunidade de contato do usuário com os serviços, ocorre um encontro de subjetividades, um encontro real marcado não só pela sintomatologia, mais também pelas relações entre usuários e trabalhadores na busca da construção do cuidado e não só no que está definido no plano teórico carregado de discursos prontos e fluxogramas “engessados”. O

desafio é superar o “engessamento” do fluxo para os demais níveis de complexidade do sistema, pois existem necessidades que superam as possibilidades de oferta de cuidados, nesse nível de atenção.

Os trabalhadores de saúde, em geral, operam de dois modos: os usuários vêm encaminhados dos serviços referenciados e entram em um fluxo predeterminado pela gestão, no qual seguem um percurso definido previamente, e os profissionais realizam o cuidado de forma automatizada, sem tomar as necessidades dos usuários como organizadoras do atendimento. Aqueles que se preocupam com os usuários, muitas vezes buscam “soluções domésticas” para agilizar o atendimento, falando com “amigos” de outros serviços de referência, facilitando as vias de acesso, tentando agilizar o fluxo nos diferentes níveis de complexidade.

Uma investigação realizada por meio de estudo de caso teve como objetivo acompanhar o processo de trabalho de uma equipe da ESF em suas reuniões de discussão dos casos das famílias assistidas. Nesses encontros, a equipe utilizava cores verde, amarela ou vermelha para identificar as famílias mais vulneráveis e traçar um planejamento de ação para o cuidado. Com isso, tinha a oportunidade de produzir um olhar individualizado sobre as famílias e um planejamento do cuidado mais integral e efetivo. Entretanto, os autores destacaram a forma mecânica e técnica como os integrantes da equipe realizavam esses encontros.

Parece-nos mais, tarefa obrigatória de classificar as famílias segundo o risco de adoecer. Mas, qual seria o entendimento acerca do objetivo da atividade para cada membro da equipe? A equipe reproduz o fazer técnico da lógica hospitalar, a produção de procedimentos. O usuário está incluído como um elemento do processo, mais objeto que gente, igual a qualquer outro, sem singularidades, e não como o ator, sujeito coprodutor da ação de saúde possível do encontro (MATUMOTO et al., 2011, p.606)

Estudos de caso são importantes, mas é preciso que a equipe compreenda a dinâmica e a forma de interceder, compreendendo as subjetividades envolvidas e a singularidade de cada caso para que aconteça

de fato uma intervenção satisfatória. Para que a ESF seja efetiva no aperfeiçoamento do trabalho em saúde, a ação dos profissionais deve ser orientada pelo modelo da vigilância em saúde, o que requer formação diferenciada, pois lidam com uma clínica ampliada que vai além do biológico, incluindo todas as necessidades de ordem individual, coletiva, social, cultural e que envolvem várias subjetividades.

Considerando as diversas características sociais e culturais dos territórios, percebe-se a importância da ESF e as potencialidades do trabalho em equipe para a compreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, ao permitir respostas mais significativas frente às necessidades expressas, dada a complexidade dos problemas de saúde e as subjetividades envolvidas. Os saberes clínicos e epidemiológicos dos profissionais de saúde, em diálogo com as necessidades de saúde dos usuários, podem permitir novos arranjos e práticas no fazer do mundo do trabalho em saúde, possibilitando a construção da linha do cuidado em saúde. (CECÍLIO, 2001).

Na discussão de necessidades de saúde, Cecílio (2001) propõe uma taxonomia para tais necessidades, agrupando-as em quatro conjuntos. O primeiro deles, necessidade de boas condições de vida, fundamenta-se nas contribuições de Stotz (1991) e diz respeito às condições ambientais e os espaços sociais ocupados pelas pessoas.

O segundo diz respeito à necessidade de ter acesso e poder consumir as tecnologias de saúde disponíveis, capazes de melhorar e prolongar a vida. Nesse caso, parte da classificação das tecnologias em leves, leves-duras e duras, de Merhy (1997), e “trabalha com a ideia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive”.

O terceiro refere-se à formação de vínculos entre profissionais de saúde e usuário e o quarto diz respeito à necessidade de autonomia do sujeito em seu modo próprio de “*andar a vida*”. (CECÍLIO, 2001, p.115). Destaca-se particularmente essa última pois, em todo o processo de

cuidado, é preciso respeitar as escolhas do sujeito, favorecendo sua autonomia e empoderamento.

5.3.3 O Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB

A OMS definiu os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como mecanismos de coleta de dados, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, operar, organizar e avaliar os serviços de saúde, com o objetivo de obter conhecimentos para fundamentar e auxiliar a gestão para o planejamento e a execução das políticas pública de saúde.

É importante fazer um resgate histórico com relação à efetivação dos tais no Brasil. Os principais sistemas de informação de saúde do País foram criados entre 1970 e início dos anos 80. Um marco foi a promulgação da Lei Federal nº 6.015 de 1973 que regulamentou e atribuiu ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE a responsabilidade pelo registro civil. Outro marco foi a primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde, realizada em 1975 (BRASIL, 2009).

Os SIS são extremamente importantes para a área de saúde em virtude de possibilitar um conhecimento da realidade de saúde, como o nascimento, a doença e a morte em uma população. Tal conhecimento permite o planejamento e a avaliação das ações necessárias para a efetivação de políticas públicas de saúde, direcionadas a suprir necessidades sociais e de saúde. Há sistemas de informação específicos para a saúde, a saber: Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação sobre Agravos e Notificação – SINAN; Sistemas de Informação Hospitalares – SIH; Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, entre outros.

Os SIS também são necessários para a organização dos serviços, pois permitem conhecer do que adoecem e morrem as pessoas sob sua responsabilidade. Além dos sistemas de informações supracitados, a AB conta com um específico, o Sistema de Informação da Atenção Básica –

SIAB, que possibilita o conhecimento e a apropriação do “desenho” de uma área adstrita, em consonância com a proposta do trabalho da ESF.

O SIAB é uma ferramenta importante para registrar, monitorar, planejar e avaliar as ações de saúde realizadas pelas equipes da ESF. Foi criado em 1998, pelo Departamento de Atenção Básica em parceria com o Departamento de Informática e Informação do SUS do Ministério da Saúde, para apoiar as equipes de saúde da família, permitindo-lhes identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população e subsidiando a busca de possíveis alternativas de solução. Com sua implantação, dados referentes às famílias passaram a ser registrados oficialmente, sendo possível estimar a cobertura média populacional da ESF no Brasil (FIGUEREIDO et al., 2010; TILLVITZ et al., 2010).

O SIAB foi idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2003, p.8). As informações são registradas em formulários específicos de cadastramento, acompanhamento e avaliação. Para coleta dos dados são utilizados:

- ✓ Ficha A - para cadastramento das famílias;
- ✓ Ficha B-GES - para acompanhamento de gestantes;
- ✓ Ficha B-HA - para acompanhamento de hipertensos;
- ✓ Ficha B-DIA - para acompanhamento de diabéticos;
- ✓ Ficha B-TB - acompanhamento de pacientes com tuberculose;
- ✓ Ficha B-HAN - acompanhamento de pacientes com hanseníase;
- ✓ Ficha C - para acompanhamento de crianças;
- ✓ Ficha-D - registro de atividades, procedimentos e notificações.

Para consolidação dos dados são utilizados relatórios que permitem conhecer a realidade socio sanitária da população cadastrada e acompanhada pela ESF, possibilitando a adequação e a avaliação dos serviços prestados, a fim de melhorar sua qualidade (BRASIL, 2003):

- ✓ A1, A2, A3 e A4: consolidado anual das famílias cadastradas;
- ✓ SSA2 e SSA4: situação de saúde e acompanhamento das famílias;
- ✓ PMA2 e PMA4: de produção e marcadores para avaliação.

É atribuição de todos os componentes da equipe garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na AB. Contudo, a realidade tem mostrado que geralmente os enfermeiros são os profissionais responsáveis pelo sistema local (SIQUEIRA, 2010).

Sistemas de Informação em Saúde são instrumentos fundamentais para o desenvolvimento das diversas atividades do cotidiano da prática dos profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro, como autoridade sanitária. (SASS; ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012, p.215).

Em um estudo realizado em uma unidade da ESF localizada em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, verificou-se que a enfermeira é quem está mais envolvida nas atividades administrativas, de coordenação dos ACS e auxiliares de Enfermagem e demais situações que ocorrem na UBS, bem como no planejamento das atividades da equipe. (PAVON; MEDEIROS, 2009)

Um estudo realizado em cinco municípios do sul do País revelou algumas das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros relacionadas ao SIAB, como falta de capacitação para sua utilização, a falta de apoio e assessoria para solucionar dúvidas, a falta de conhecimentos dos outros profissionais sobre o SIAB e as limitações do próprio sistema (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

A falta de conhecimento ou o desinteresse dos demais profissionais da equipe em operacionalizar o SIAB é um problema bastante comum e que dificulta o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde. É necessário que todos os trabalhadores conheçam e utilizem em sua prática diária os instrumentos do SIAB, dada sua importância para o processo de trabalho na ESF (MARCOLINO, 2010).

Os trabalhadores devem ser capacitados para conhecer o programa em sua totalidade: o preenchimento adequado das fichas, como buscar informações sobre a comunidade, confecção e análise de relatórios. A presença incipiente da EP mostra a falta de uma política de qualificação dos profissionais nos municípios estudados, trazendo consequências para a qualidade das informações coletadas e analisadas. (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012, p.115)

Os ACS são os que mais manipulam os instrumentos do SIAB, pois são incumbidos de preenchê-los. Porém, a falta de discussão e utilização das informações pelos demais membros da equipe desestimula o preenchimento correto. Observou-se que a supervisão das fichas preenchidas pelo ACS é insatisfatória, sendo feita de modo informal. Entretanto, estudo realizado com ACS de duas Unidades de Saúde da Família em Cuiabá-MT mostrou que:

No que diz respeito a identificação das fichas e relatórios do SIAB pelos ACS, a maioria deles relatou conhecer somente das fichas A e B do SIAB, sendo esta última para acompanhamento das áreas estratégicas da ESF: gestantes e agravos prioritários (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase). (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012, p.123).

A presente investigação revelou que os ACS da UBSF 1 utilizam as fichas A e B em seu cotidiano de trabalho e que as demais fichas e os relatórios do SIAB são pouco utilizados. As fichas A e B preenchidas são entregues à enfermeira no final de cada mês, mas as informações não são debatidas e não subsidiam o trabalho das equipes.

Uma investigação desenvolvida em Ribeirão Preto mostrou que os profissionais da ESF entendem a importância e a finalidade do SIAB em produzir informações, mas se limitam ao registro dos dados, não os utilizando para o planejamento e a avaliação das ações. Existe dificuldade por parte das ESF em trabalhar com o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos dados (FIGUEIREDO et al., 2010).

Os dados do SIAB possibilitam o direcionamento do processo de trabalho das equipes da ESF. Por exemplo, a possibilidade de identificar faltosos na atividade de vacinação e crianças com baixo peso demonstra a importância do SIAB para a identificação das necessidades da população e, consequentemente, para a organização do serviço (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Neste estudo, as equipes da UBSF1 afirmaram que não utilizam os dados para avaliação e planejamento em virtude do pouco número de reuniões. A afirmação é preocupante, pois dessa forma as informações disponíveis não são utilizadas em favor da coletividade. No momento da discussão do grupo focal na referida Unidade, foi realizado um exercício com as duas equipes, no qual foi entregue uma série histórica do SIAB referente ao ano de 2012 e foi pedido que avaliassem os dados que eles produziram. Identificaram fragilidades nos indicadores da vacinação, atribuindo-as à falta dos imunobiológicos e às mudanças no calendário vacinal, como também responsabilizaram as mães, afirmando que não levam as crianças para vacinar. Dentre as potencialidades, sobressaiu-se o pré-natal, pois afirmaram não faltar material para sua realização e também porque os ACS fazem a busca ativa das mulheres grávidas mensalmente.

Todos os grupos acompanhados pelas equipes da ESF são prioritários e todas as ações precisam ser avaliadas, planejadas. Não se justifica o direcionamento de ações para um grupo específico. Neste caso, as mulheres (pré-natal) e as crianças (vacinas).

A equipe 2 afirmou trabalhar com dados do SIAB mas, da mesma forma que a equipe 1, mostrou que há pouca valorização do sistema, não aproveitando os espaços de discussão para realizar um olhar mais crítico para a avaliação e o planejamento das ações. Outro problema foi identificado em relação à falta de registros da equipe de saúde bucal.

As informações contidas no SIAB são importantes para o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde, visto que os dados coletados e registrados expressam necessidades de saúde da população.

Os profissionais de saúde devem ter grande responsabilidade na leitura dos dados, que precisam ser interpretados para “ganhar vida”, de modo a desencadear ações voltadas problemas e demandas coletivos. Os dados também possibilitam avaliar o processo de trabalho em saúde, pois sinalizam como os profissionais de saúde estão planejando, executando e avaliando suas ações, ou se não o fazem.

Em que pese a importância das informações para o trabalho em saúde, vários são os limites, pois em muitos casos as análises requerem a individualização de dados. As restrições também estão relacionadas ao fato de só abrangerem unidades onde atuam equipes da ESF (BITTAR et al., 2009).

Sala et al (2004) recomendam a introdução de dados complementares ao SIAB, objetivando aumentar as informações a serem utilizadas no planejamento e avaliação das ações, com vistas a identificar áreas ou subáreas de maior vulnerabilidade social. Sugerem a incorporação de tempo de moradia da família no bairro, número de pessoas por cômodo, renda familiar *per capita*, percentagem de crianças com menos de 12 anos, escolaridade média das pessoas entre 20 e 29 anos e a porcentagem de famílias com planos de saúde, entre outros.

Há ainda uma discussão sobre ausência dos dados referentes às ações de saúde bucal, visto que a ficha “D” não possui índices de saúde bucal. No entanto, a equipe de saúde bucal também trabalha com a área de abrangência da ESF para a criação e implementações de políticas públicas direcionadas para a população cadastrada.

Estudo de Bittar et al. (2009) mostra que há necessidade de incorporar ao SIAB informações sobre a saúde bucal, cuja ausência e impossibilidade do registro dificultam o reconhecimento das necessidades da população, o planejamento e avaliação das ações a elas direcionadas.

É preciso um exame criterioso sobre o registro de dados no SIAB, readequando essa importante ferramenta para o desenvolvimento das ações em saúde. É preciso ainda valorizar a centralidade das pessoas no fluxo informacional do SIAB, incorporando todos os profissionais na produção e no

consumo das informações. Sabe-se que a informação favorece à tomada de decisão referente às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, favorecendo também uma maior comunicação interprofissional e intersetorial.

Há quem considere que o SIAB, que deveria ser utilizado para ampliar o olhar vigilante de várias instâncias gestoras, tenha sido usado mais como um instrumento de negação da realidade da população, um dispositivo tecnológico mantenedor de interesses políticos e econômicos. Para Cavalcante (2011), o uso do SIAB nos níveis municipal, estadual e federal é decorrência da necessidade de manutenção das relações de poder, pois os dados possibilitam um “olhar de controle” sobre os profissionais e a população.

A primeira consequência dessas forças que atravessam o SIAB se dá no sentido da centralização de seu fluxo, principalmente, no Ministério da Saúde. Por esse fluxo ser centralizado, esvazia-se no nível municipal a necessidade e possibilidade de planejamento local. Esta centralização ainda contribui para a má qualidade dos dados do SIAB, para a inadequação deste sistema às demandas informacionais locais e, por fim, o sistema não se adequa ao modelo de saúde proposto. (CAVALCANTE, 2011, p.137)

O autor afirma ainda que existe uma unidirecionalidade das informações do SIAB, centralizadas no nível federal e que os profissionais de saúde, ao lidarem com a informação local de modo burocrático, subordinam-se às relações de poder. Discute ainda o poder exercido pelo enfermeiro no SIAB, visto que as reuniões de equipe, para coleta de dados do sistema, são integradas apenas por enfermeiros e ACS. Os ACS repassam as informações coletadas e os enfermeiros consolidam os dados, enquanto os demais profissionais não participam. No entanto, os dados coletados deveriam ser discutidos e avaliados por todos os profissionais da ESF.

O processo de compartilhamento pode acontecer por meio da aproximação das pessoas que estão envolvidas com a informação produzida ou em análise. Isto pode ocorrer a partir das redes de informação onde se discute continuamente a coleta, o armazenamento, a disseminação e as possibilidades de tomada de decisões. (CAVALCANTE, 2011, p.164)

No contexto das equipes de saúde da família, as reuniões em equipe poderiam ser utilizadas para compartilhar informações, não apenas fazer consolidação de dados, mas para analisá-los de forma sistemática, visando o planejamento local (CAVALCANTE, 2011, p.164).

Neste estudo, entretanto, verificou-se que as equipes não realizam reuniões para compartilhar informações, mas apenas para consolidar dados, quando o ideal seria compartilhá-los. Os dados, só geram informações se a equipe tiver um “olhar” voltado para planejar, executar e “dar-lhe vida”, valorizando-os e não os utilizando apenas para “alimentar” o sistema.

É importante uma valorização maior dos espaços de discussão e de reuniões das equipes, pois o diálogo e a participação são fundamentais para a condução compartilhada dos processos de trabalho. A sistematização dos dados do SIAB pode e deve gerar ações que respondam às necessidades de saúde da população adstrita, pois os dados geram informações que explicitam a realidade vivida e as necessidades da população. Com base no trabalho coletivo, definido de forma participativa, as equipes devem efetivamente acolher os usuários em todos os momentos do processo saúde-doença.

Ao SIAB cabe oferecer os dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades de cada comunidade de maneira específica, descentralizada e territorializada, visando à produção de qualidade de vida em sua área geograficamente restrita. (BITTAR et al., 2009, p.79)

As informações contidas no SIAB são de suma importância para gerar ações capazes de gerar qualidade de vida, pois os dados sociodemográficos contidos nas fichas do SIAB proporcionam o conhecimento atualizado sobre

os indivíduos, suas famílias e os grupos sociais do território. São também uma ferramenta para a gestão do trabalho em saúde, visto que possibilitam o diagnóstico do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Benito e Licheski (2009, p.450) consideram inegável a relevância dos sistemas de informação como apoio à gestão do trabalho em saúde, seja na área clínica assistencial, ou na administrativa-burocrática e de gestão.

Destaca-se assim o SIAB como uma ferramenta essencial ao trabalho dos profissionais da ESF, pois possibilita o conhecimento da realidade da população adstrita, e também para os gestores, porque permite o conhecimento sobre os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais de saúde, favorecendo o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde, otimizando as respostas às necessidades de saúde da população adstrita e um “olhar” crítico sobre o processo de trabalho em saúde.

Em julho 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria 1.412, afim de possibilitar o detalhamento da informação. A perspectiva é o uso de dados individualizados, que permitam o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como das ações desenvolvidas por cada profissional da equipe.

O novo sistema integra os demais existentes na AB, reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento. Aproxima a informação produzida do processo de trabalho na AB, qualificando o cuidado em saúde e consolidando a cultura do uso da informação (BRASIL, 2013, p.6). Substituirá gradativamente o SIAB, tendo como prazo máximo o período de um ano, contado a partir da data de sua publicação, portanto, julho de 2014.

Os municípios devem se organizar e disponibilizar material e capacitação para os profissionais de saúde que operam o sistema vigente.

Campina Grande iniciou esse processo de capacitação em 2013, em parceria com a UFCG, por meio do contato com a pesquisadora. Foram

realizadas capacitações com profissionais e estudantes e um grande mutirão no qual se conseguiu implantar o SISAB em quase todo o Terceiro Distrito. A implantação prosseguiu em 2014 e a previsão é que em julho deste ano todos os distritos sanitários estarão utilizando o SISAB.

5.3.4 O Acolhimento

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo MS em 2003, define humanizar como “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.” (BRASIL, 2004, p.06) A humanização é uma das dimensões fundamentais a operar transversalmente em toda a rede do SUS e não apenas mais um “programa” a mais a ser aplicado nos diversos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Para a implementação da PNH na AB, faz-se necessária uma reflexão sobre as práticas dos profissionais dos serviços de saúde, haja vista as dificuldades reais de acolhimento da população nos serviços de saúde, como pode ser observado neste estudo. As diretrizes para sua implementação incluem:

- 1) Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
- 2) Incentivar práticas promocionais de saúde;
- 3) Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema e
- 4) Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde (BRASIL, 2004, p.13).

Todas essas diretrizes são importantes e necessárias para a transformação das práticas dos profissionais e a inclusão dos usuários nas decisões relativas ao cuidado em saúde, proporcionando-lhes o protagonismo necessário nas decisões que afetam suas vidas e de suas

famílias. Assim, a PNH aposta na capacidade transformadora dos sujeitos e na construção de redes de corresponsabilização pelo cuidado e o exercício de busca de autonomia. (NAVARRO; PENA, 2013, p.70)

As diretrizes da PNH são orientadas pela ética nas questões de saúde e fomentam o exercício da cidadania. Têm como foco o acolhimento, a clínica ampliada, a valorização do trabalho e do trabalhador, a cogestão, a defesa dos direitos do usuário e a melhoria da ambiência. (BRASIL, 2008)

“[A PNH] coloca em pauta o debate em torno da clínica ampliada e o reconhecimento do usuário enquanto sujeito da produção do cuidado, ressaltando o papel estratégico da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.” (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013, p.1.900)

Neste estudo, as duas Unidades identificaram fragilidades no acolhimento, embora tenham um entendimento diferente sobre essa ferramenta de organização do trabalho. Uma das equipes sinalizou que já realiza o acolhimento, associando-o à implantação do cronograma de atividades, ou seja, realiza o acolhimento com as pessoas que já estão agendadas e não acolhe a demanda espontânea. Entretanto, a organização do serviço com base apenas em atividades agendadas na maioria das vezes impossibilita a escuta das necessidades dos usuários.

O cronograma de atividades é necessário, pois promove a organização do trabalho, mas é preciso acolher as pessoas que buscam o serviço com problemas e necessidades de saúde, que não estão contempladas na agenda programática. A escuta qualificada e o diálogo são ações fundamentais no processo de acolhimento, pois promovem maior sintonia entre usuários e trabalhadores:

A escuta e o diálogo entre os sujeitos demandantes e o profissional de saúde ocupam um lugar de relevância uma vez que possibilitam que essa intersubjetividade entre em ação, inserindo o usuário no espaço assistencial e conformando um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos,

concretizadas e desumanas. (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013, p.2348-9)

A efetivação do acolhimento exige o preparo da equipe diante das demandas dos usuários.

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas. (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010, p.3.619).

A decisão em implantar e implementar o acolhimento precisa nascer do interesse da equipe, pois envolve habilidades que vão além da técnica, requerendo a ação intersubjetiva. Ao mesmo tempo, requer racionalidade para definir prioridades dentre as inúmeras necessidades de saúde, priorizando os grupos mais vulneráveis e efetivando o princípio de equidade. Para tanto, é necessário o envolvimento e entendimento de toda a equipe:

O acolhimento deve estar presente desde a recepção do usuário, passando pelo atendimento individual ou coletivo no ambulatório ou no domicílio, nas práticas educativas, na busca de intersetorialidade, até no encaminhamento a outros níveis de atenção por meio de referência e contra-referência. Pode ser considerado também como uma postura comprometida com a construção do entendimento do processo saúde-doença pelo usuário, com a finalidade que ele participe como sujeito do seu processo de cura. (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012, p.129).

Para ser colocado em prática é importante que os profissionais compreendam que a transformação das práticas tem início na singularidade do trabalho individual, ou seja, cada um é sujeito da transformação de suas concepções e ações. “Os sujeitos são seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história” (CUNHA; SILVA, 2010, p.3575).

É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para dar respostas às necessidades de saúde dos usuários por meio de diversas ferramentas de que dispõe a ESF. Também se faz necessária uma *“reflexão ética das situações-problemas do cotidiano dos serviços de saúde para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática de atenção à saúde.”* (CUNHA; SILVA, 2010, p.3577).

Para o usuário, a “necessidade de saúde”, neste momento, está sendo representada e sentida como um “problema” que ele “sinceramente” vive, como um sofrimento que ele “traduz” como uma “questão de saúde” a ser enfrentada com a ajuda de alguém, pelo menos para ele, usuário. (MERHY, 2007, p.78)

Segundo os gestores, os profissionais de saúde não estão preparados para trabalhar com o acolhimento e para efetivar a PNH, não compreendem que a ESF tem como foco a prevenção e a promoção, sendo que tais limitações são um nó crítico para a organização dos serviços. É necessário um entendimento sobre o que é acolher, pois pode haver influências positivas e negativas em sua aplicabilidade de acordo com a interpretação e o propósito dos profissionais de saúde que utilizam essa prática no cotidiano do trabalho.

O Acolhimento vai além de receber bem o usuário; implica a oferta de um “cardápio” de possibilidades para responder a necessidades e problemas de saúde apresentados pelo usuário no ato de acolhimento. Extrapola a dimensão do “atender bem”, pois envolve a dimensão ética e ao respeito ao usuário em seu percurso na busca de cuidado na rede de atenção à saúde, tanto na Atenção Básica, como nos demais níveis de complexidade do sistema.

O funcionamento do Acolhimento cria a necessidade de ampliar a oferta de serviços e de cuidados na APS: se só se dispõe de consultas de médicos e enfermeiros, só se poderá oferecer isso aos usuários e nunca haverá o suficiente. Mas é possível e desejável a oferta e invenção de outros rituais de encontro, outros *settings* terapêuticos, individuais e coletivos. (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010, p.3.620).

O Acolhimento é um aspecto importante na estruturação da Atenção Básica e do processo de trabalho nesse nível de atenção. Entretanto, estudo realizado em um município da Bahia revelou que o acolhimento limitou-se à triagem administrativa da demanda espontânea (CUNHA; SILVA, 2010, p.735). A presente investigação também sinaliza o acolhimento centrado na recepção, como triagem. É importante enfatizar que não se restringe apenas à triagem, nem a uma receptividade “educada”, mas sim a dar resposta ao usuário em todos os níveis de assistência da rede de atenção à saúde.

A APS, como o próprio nome indica, situa-se no primeiro nível de atenção e sua incumbência é acolher o usuário de acordo com suas necessidades e problemas de saúde, encaminhando-o para demais níveis, se necessário. Espera-se, entretanto, que esse primeiro nível de atenção seja resolutivo, e não um mero “encaminhador” para os demais níveis:

...quando os problemas de saúde dos usuários não podem ser resolvidos de imediato na UBS ou necessitam de encaminhamentos que irão demandar um período de espera prolongado, há a compreensão de que os serviços de saúde não estão sendo resolutivos. (SÁ et al., 2012, p.100)

Investigação realizada em uma UBSF de Fortaleza - CE sobre a satisfação do usuário com acolhimento mostrou que os usuários estavam satisfeitos com o serviço, mas relataram aspectos negativos, como “longo tempo de espera, principalmente para os serviços de atenção secundária.” Mencionaram ainda a “carência de médicos e o não cumprimento dos horários e atitudes não profissionais,” à semelhança do que ocorreu na presente investigação quando a equipe foi questionada sobre as fragilidades de seu processo de trabalho da equipe (SÁ et al., 2012).

Pesquisa em uma UBSF da região Metropolitana de Vitória - ES revelou queixas relativas à “falta de comprometimento com o usuário, que é tratado de forma impessoal, não sendo percebido e nem escutado. O atendimento nas unidades se mostrou muito mecânico e distante da necessidade psicossocial da clientela” (OLIVEIRA; FIORIN; SANTOS; GOMES, 2010, p.49).

Estudo de caso desenvolvido em duas UBSF e duas UBS tradicionais mostrou que as práticas de acolhimento referidas pelos profissionais das unidades da ESF estavam “... *fortemente relacionadas ao processo de triagem administrativa, utilizada para priorizar os usuários oriundos da demanda espontânea*” (CUNHA; SILVA, 2010, p.733).

Tais estudos evidenciam que as equipes da ESF exploram pouco o espaço relacional com os usuários para a construção de ações que possibilitem fortalecer a autonomia, a corresponsabilização e o empoderamento (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013, p.1.900).

“A escuta ativa e comprometida é fundamental para a concretização da política do acolhimento nos serviços de saúde.” (OLIVEIRA; FIORIN; SANTOS; GOMES, 2010, p.49). Requer ainda uma postura ética e respeitosa dos profissionais para com os usuários que demandam o serviço. Também é preciso que as unidades de saúde reservem um espaço para a efetivação do acolhimento, pois a escuta ativa exige atitudes variadas, muitas vez envolvendo a classificação do risco. A estrutura física inadequada foi mencionada pelos trabalhadores como um obstáculo ao acolhimento.

Pesquisa desenvolvida em cinco unidades de saúde de um município de grande porte de Santa Catarina identificou que as limitações técnicas dizem respeito principalmente à precariedade da estrutura física e a escassez de profissionais. Havia restrições advindas de exiguidade de espaço físico e divisões da área que resulta em espaços inadequados (BREHMER; VERDI, 2010).

Esse modo de operacionalizar as demandas coloca o usuário como sujeito ativo e participativo no seu processo saúde-doença. A abertura para que o usuário participe ativa e efetivamente da produção do cuidado em saúde faz-se necessária para a efetivação dos princípios do SUS, visto que passam a ser corresponsáveis por seu projeto terapêutico singular e sujeitos na produção do cuidado.

... o acolhimento, em suas diferentes configurações, destaca-se como um processo em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde. (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013, p. 2082)

Espaços democráticos de discussão oportunizam a todos os atores envolvidos no processo de construção coletiva do cuidado formular, planejar, executar e avaliar ações capazes de responder as necessidades das coletividades e às demandas dos usuários, possibilitando a efetivação do cuidado em saúde e possibilitando que os usuários sejam coparticipantes de seus projetos terapêuticos.

A efetivação do acolhimento como ferramenta para organização do cuidado exige que os profissionais envolvidos sejam capacitados para operacionalizá-lo, visto que a base é a escuta qualificada, pois é a escuta que permite tomar atitudes durante o “trabalho vivo”. Tais atitudes exigem um conhecimento ampliado do território e das necessidades de saúde dos distintos grupos sociais que o habitam.

Um estudo realizado em Salvador no período de 2005-2008, sobre a avaliação da implantação de um programa voltado para a melhoria da acessibilidade e a humanização do Acolhimento na rede de AB, possibilitou um acompanhamento de profissionais e gestores durante essa implantação. Um manual de orientações foi elaborado e foram constituídos grupos de discussão para possibilitar as trocas de experiências. Também foram realizados seminários e oficinas. Tais estratégias serviram para incentivar o trabalho coletivo e favoreceram o desenvolvimento do potencial da articulação entre a pesquisa, a gestão e a docência. Os autores concluíram que há necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para o Acolhimento. (SILVA et al., 2010).

No presente estudo, os gestores avalizaram que o acolhimento deve começar com os profissionais que, em sua opinião, em geral não entendem como operacionalizar no dia a dia essa importante ferramenta, o

Acolhimento. Consideram que a maneira como se comportam os usuários é reflexo das ações dos profissionais envolvidos na construção das práticas dos serviços. Julgam necessárias a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde para que de fato o “*Humaniza SUS*” seja implantado nos serviços. Acreditam, portanto, que a implantação do acolhimento deve partir da equipe e que cabe à gestão apoiar tal decisão.

Colocar em prática o *Humaniza SUS* exige de trabalhadores e usuários encontros embasados no diálogo para construir relações humanizadas e respeitadas. Esses encontros não podem ser “*armados*” e nem com uso de “*ferramentas ditatoriais*” e de “*tecnologias duras*”. “Esse desafio implica não só colocar em análise o modo de se construírem os encontros, mas centralmente de tornar visíveis os atos cuidadores e os agires pedagógicos que esses encontros contêm.” (CECCIM; MERHY, 2009, p.534)

A aposta representada pelo *Humaniza SUS* é desafiadora por sua proposta de reconstruir ações institucionais, tendo apoiadores das ações de mudança na função de penetrar lugares recheados por intencionalidade e conseguir trazer o conjunto dos produtores diretos da atenção para o debate de suas ações, fazendo-os operar intervenções em si mesmos, conduzindo as situações de trabalho para a construção do campo singular da produção de saúde, ou seja, ativando a produção singular do atender e encontros.” (CECCIM; MERHY, 2009, p.534)

O cuidado em saúde é “trabalho vivo em ato”, construído mediante relações intersubjetivas que requerem tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta qualificada. As relações revelam as singularidades e as necessidades dos envolvidos, fortalecendo e otimizando o cuidado em saúde e também empoderando o usuário, que deve ser protagonista de seu cuidado. Daí a importância de constituir ambientes que possibilitem a discussão dos processos de trabalho, de tal modo que essas reflexões provoquem incômodos capazes de gerar transformações das práticas para que se tornem centradas nas necessidades dos usuários.

Para tanto, faz-se necessário retomar uma reflexão sobre mudanças de práticas, que a presente investigação propõe, pois acredita-se que a partir

da constituição desses encontros/espços democráticos, para compartilhar saberes, nós críticos, planejamento e avaliação do processo de trabalho em saúde, é possível efetivar as mudanças, otimizando o uso das tecnologias leves, do diálogo e da escuta qualificada para realizar um cuidado em saúde singular e direcionado a responder as demandas dos indivíduos e suas famílias, dos grupos sociais e das coletividades.

Ocorre uma implicação fundamental: toda arma que o trabalhador tiver para operar encontros tem de estar a serviço dos “movimentos em ato” de que um encontro é portador, não o contrário. Suas ferramentas tecnológicas só serão efetivamente tecnologias singularizadoras como encontros-acontecimento. (CECCIM; MERHY, 2009, p.534).

6. Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer e problematizar o processo de trabalho de quatro equipes da ESF no município de Campina Grande - PB, com o desafio de contribuir para sua transformação. Utilizar a EPS com essas equipes foi muito desafiador e possibilitou a aproximação com os trabalhadores da saúde e o conhecimento dos nós críticos na realidade vivida por eles. De forma cuidadosa e coletiva, as fragilidades e as potencialidades foram sendo reveladas, com o propósito de construir ações mais efetivas.

A escolha da metodologia de investigação possibilitou e favoreceu a captação do objeto do estudo. A realização das oficinas problematizadoras foi de fundamental importância na problematização do processo de trabalho das equipes, permitindo maior compreensão de todos os envolvidos sobre os nós críticos existentes. Para isso, a pesquisa-ação foi imprescindível, permitindo uma intervenção imediata do pesquisador e dos pesquisados. O planejamento foi feito à medida que aconteciam os grupos focais e, na maioria das vezes, construía-se “agendas” para operacionalização das ações. Entretanto, a reflexão sobre o processo de trabalho deve ser permanente pois, à medida que um problema é resolvido, outros irão emergindo e é importante esse “olhar” crítico e resolutivo para a transformação das práticas em saúde.

No decorrer das oficinas, várias ações foram sendo realizadas a partir dos incômodos provocados nos trabalhadores pela identificação de “gargalos” em seu processo de trabalho. Um exemplo foi o mutirão em parceria com professores e estudantes da disciplina Saúde Coletiva II da UFCG para cadastramento das microáreas descobertas. Também foram feitas reuniões internas com as equipes e a gerência para discussão sobre a marcação de consultas, debates com os usuários nas salas de espera sobre a organização de serviço, realizadas pelos alunos da UFCG e a equipe.

O acolhimento também foi implantado, a princípio pelos estudantes, e gradativamente os profissionais reconheceram sua importância para a organização do processo de trabalho.

A realização das oficinas também levou as equipes, em especial da UBSF 2, a refletir sobre a necessidade de discussão permanente de seu processo de trabalho e dos nós críticos vivenciados no cotidiano. Reconheceram também as potencialidades da EPS para ressignificar os saberes e colaborar para a organização dos serviços e do trabalho em saúde.

Ao final do estudo, as UBSF foram convidadas a participar do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) - Redes de Atenção à Saúde, pois se acredita que a participação mais efetiva da Universidade junto aos serviços de saúde facilita o estreitamento de vínculos e favorece a transformação das práticas. Entretanto, somente a UBSF 2 aceitou o convite. Nessa UBSF, acontece há um ano e meio o Estágio Curricular Supervisionado I, espaço que foi uma conquista derivada desta investigação e das relações construídas no contato rotineiro com a UBSF no desenvolvimento da EPS. A partir desse vínculo construído entre academia e serviço, essa UBSF, que antes só aceitava que ali se realizassem aulas práticas com o acompanhamento dos professores das disciplinas, permitiu a inserção dos Estágios Curriculares em Atenção Básica dos cursos de Medicina e Enfermagem e os profissionais do serviço assumiram a preceptoria dos estudantes do último ano.

Os resultados também suscitam algumas reflexões. A utilização dos dados secundário do PMAQ para caracterizar o processo de trabalho das equipes mostrou uma situação grave e preocupante no tocante à ausência de acompanhamento sistemático das condições de vida e saúde dos grupos prioritários. Essa primeira aproximação forneceu os elementos necessários para problematizar a produção das equipes. A avaliação externa, por sua vez, evidenciou a realidade vivida pelos trabalhadores.

A EPS trouxe novos elementos que permitiram aos trabalhadores ampliar sua compressão sobre o cotidiano do trabalho e as necessidades

sentidas frente ao contexto em que atuam. Ficou evidente que existe um trabalho “preso” a normas, cronogramas e protocolos, na lógica do trabalho morto, que obstaculiza o trabalho vivo.

No trajeto percorrido pelas equipes e com as equipes, percebeu-se claramente que existem instrumentos que “amarram” o trabalho vivo. Os trabalhadores que captaram, vivenciaram e vivenciam as transformações do processo de trabalho no cotidiano já estão ressignificando suas práticas em saúde, conciliando a normatização instituída e o que precisa ser realizado. Com o trabalho vivo em ato, valorizam os usuários como protagonistas do cuidado em saúde, incluindo-os na “roda de conversação”, escutando-os de forma qualitativa, fortalecendo o diálogo e repensando o cuidado em saúde, com foco na promoção da saúde e na prevenção do adoecimento. Assim, tornam possíveis novos modos de fazer o trabalho que permitem transformar as práticas em saúde, a partir da lógica centrada no usuário.

Na UBSF 2, percebe-se claramente a evolução nas relações de comunicação e interação, que se tornaram mais abertas e participativas e passaram a envolver não somente os trabalhadores, mas também os usuários e os acadêmicos de Enfermagem e Medicina. Na USF 1, no entanto, a interação entre o serviço e a Universidade ainda não se concretizou.

Outra contribuição importante desse estudo é possibilitar o empoderamento dos trabalhadores por meio da reflexão sobre seu trabalho, além de fomentar processos de qualificação das equipes que valorizam o protagonismo e a participação ativa e efetiva dos trabalhadores nos espaços de discussão. Segundo os gestores da SMS, essa experiência de utilização da EPS tornou mais efetiva a participação nas oficinas do PMAQ que vem sendo realizadas.

Alguns dos resultados alcançados nesta investigação estão retratados em dois artigos publicados que detalham alguns aspectos do percurso investigativo (BRANDÃO; OLIVEIRA, 2013, 2014) e em um que está no prelo, intitulado *A Educação Permanente em Saúde para a qualificação do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família*. Esses

achados também já foram discutidos com gestores da SMS, que sinalizaram a elaboração de um projeto de EPS que envolva todos os trabalhadores da ESF do Município na discussão sobre seu processo de trabalho.

A efetivação da qualificação dos trabalhadores de saúde da ESF de Campina Grande possivelmente será a maior contribuição desta pesquisa, visto que potencializará seu empoderamento e estimulará cada sujeito para ser protagonista no seu cotidiano do trabalho, com potencial para transformar as práticas em saúde.

O trabalho em saúde é sempre uma ação intersubjetiva. É trabalho vivo em ato, humano e real. No cotidiano do trabalho, os sujeitos estabelecem relações de comunicação e interação que podem ser aperfeiçoadas, visando ao agir comunicativo. A linguagem e a comunicação favorecem o entendimento entre os sujeitos envolvidos.

No trajeto vivido e vivenciado, constatou-se, na prática, que o trabalho em saúde comporta tecnologias leves, leves-duras e duras. Normas, cronogramas, protocolos existem e são importantes, porém os trabalhadores não podem se render ao trabalho morto. Mudanças estão acontecendo, ressignificando os trabalhos em saúde, potencializando as práticas por meio da incorporação de novos modos de agir, nos quais a comunicação, a interação intersubjetiva e a racionalidade dão vazão a novos conhecimentos, integrando saberes e potencializando o trabalho vivo.

Referências

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.P.; ELIZEU, T.S.; PENNA, C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2347-57, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRANDÃO, G.C.G.; OLIVEIRA, M.A.C. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio Didactica**, v.5, n.2, p.825-35, 2013.

_____. **O acolhimento no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande – PB, Brasil**. Atas, Artigos de Ciências Sociais, 3º Congresso Ibero-americano em Investigación Cualitativa, v. 3 Artículos de Ciencias Sociales/Artigos de Ciências Sociais ISBN: 978-972-8914, p.48-6, julho 2014.

BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A.P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.3, p.447-50, 2009.

BITTAR, T.O.; MENEGLIM, M.C.; MIALHE, F.L.; PEREIRA, A.C.; FORNAZARI, D.H. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v.14, n.1, p.77-81, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de informação da Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de informação de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1.ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n °198/2004**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4º ed. Brasília: Editora do MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. V.2 – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Brasília, 2006. Acesso em: 16 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2.ed. 5ª reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1268-1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.488, 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 466, de 12 de dezembro 2012**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Documento síntese da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documentos/síntese-Externa-2012-04-25.pdf>>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412 de 11 de julho de 2013**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: maio. 2014.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, p.3569-3578, 2010. Suplemento 3.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R.T. (orgs.). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, p.229-66, 1997.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento, Controle e Avaliação. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Campina Grande, 2010.

CARVALHO, B.G.; PEDUZI, M.; MANDÚ, E.N.T.; AYRES, J.R.C.M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, p.19-26, 2012.

CAVALCANTE, R.B. **Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências da Informação) – Escola de Ciências da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CECCIM, R.B.; FEUERWEKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

_____; R.B. MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface comum. **Saúde Educ.**, Botucatu, v.13, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, p.113-16, 2001.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.45, p.19-22, 1995.

CORDOBA, E. SUS e ESF: **Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ridel, 2013.

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p. 2147-56, 2013.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE. Fortaleza**, v.9, n.2, p.120-28, 2008.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.323-31, 2005.

CUNHA, A.B.O.; SILVA, L.M.V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p.725-37, 2010.

DAL POZ, M.R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.10, p.1924-26, 2013.

DUARTE, M.L.C.; TEDESCO, J.R.; PARCIANELLO, R.R. O uso de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.33, n. 4, p.111-17, 2012.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2º ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, p.69, 2009.

FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: O dicionário da língua portuguesa/Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição Marina Baird Ferreira. – 8. Ed. - Curitiba: Positivo, 2010.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FIGUEIREDO, L.A.; PINTO, I.C.; MARCILIANO, C.S.M.; SOUZA, M.F.; GUEDES, A.B.G. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Coletiva.**, v.18, n.3, p.418-23, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, 1999 Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2009.

_____. BUENO, W.S, MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.345-53, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra ;1988.

FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v.13, n.2, p.262-8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>> Acesso em: 30 set. 2009.

GUALDA, D.M.R. As dimensões e os significados e saúde e doença nas perspectivas médica e popular. In NAKAMURA, E., MARTIN, D.; SANTOS, J.F.Q. (orgs.). **Antropologia e enfermagem**. Barueri – SP: Manole, 2008, p.36-55.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ-PÉREZ, M.; **Uma atenção primária forte no Brasil.** Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. Disponível em: <www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf>.

GRITTEM, L.; MÉIER, J.; ZAGONAL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.765-70, 2008.

GRAZIANO, A.P.; EGRY, E.Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBSF: visão sobre as necessidades de saúde das famílias. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.3, p.650-6, 2012.

HADDAD, Q.J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. (eds.). **Educación permanente de personal de salud.** Washington: OPS/OMS, 1994.

HARRIS, M.J.; HAINES, A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. **JR Soc Med**, v.105, n.8, p.330-5, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população para o ano de 2013.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

LIMA, P.A.; CORRÊA, A.C.P.; OLIVEIRA, Q.C. Conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Rev. Bras. Enferm**, v.65, n.1, p. 121-7, 2012.

LIVINGSTON, A. TOMEDI, A. CAMPBELL, A.; MORALES, C.; MWANTH, M.A. A community health worker home visitation project to prevent neonatal deaths in Kenya. **J Trop Pediatr**, v.59, n.1, p.64-6, 2012.

MARCOLINO, J.S.; SCOCHI, M.J. Informações em Saúde: O uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.1, n.2, p.314-20, 2010.

MARQUI, A.B.T.; JANH, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, 2010.

MATUMOTO, S.; MISHIMA S.M.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; ALMEIDA, C.P. Discussão de famílias na Estratégia Saúde da Família: processo de trabalho em construção. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.3, p.603-10, 2011.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. A dimensão do financiamento da atenção básica e a Estratégia Saúde da Família no contexto do SUS. In: SOUSA, FRANCO, MENDONÇA (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, São Paulo, p.458-317, 2014.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO R. (org.) **Agir em saúde: Um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, p.113-149, 1997.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.305-29, 1999.

_____. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY et al. **“O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E.E. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ed. São Paulo: Hucitec, p.71-112, 2007.

_____. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.267-79, 2012.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde São Paulo: (Caderno CEFOR I - Série de Textos); 1992.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília. Organização Pan-americana da Saúde, 549 p.: Il. 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**./Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.: il. 2012.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação um estudo dos centros de referências em reabilitação da rede do Sistema Único de Saúde em BHorizonte, MG, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.1893-902, 2013.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-62, 1993. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAVARRO, L.M.; PENA, R.S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Rev. Psicologia UNESP**, v.12, n.1 p.64-73, 2013.

OLIVEIRA, M.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Trabalho e processo de trabalho: construindo o sujeito e a sociedade. In: FONSECA R.M.G.S.; Mattos I.L.B. (org.). **Educar para a saúde: prevenção e controle do uso problemático de álcool drogas na vida e no trabalho**. São Paulo: Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo, p.39-45, 2005.

_____; SILVA, T.M.R. Avaliação de necessidades em saúde: um requisito para qualificar a atenção à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.2, p.203, 2013.

OLIVEIRA, E.R.A.; FIORIN, B.H., SANTOS, M.V.F.; GOMES, M.J. Acolhimento em saúde e desafio em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.12, n. 2, p.46-51, 2010.

OMS. **Alma - Ata Declaration**. Washington: Unicef /WHO, 1978.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Rev. Saúde Coletiva (Rio J)**, v.18, n.4, p.625-44, 2008.

PEREIRA, I.C.; OLIVEIRA M.A.C. Atributos essenciais da Atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, p.158-64, 2013. Número especial.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.2, p.265-71, 2009.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e a interação**. 1998. Tese – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMES/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p.33-46.

_____. CARVALHO, B.G.; MANDÚ, E.N.T.; SOUSA, G.C.; SILVA, J.A.M.S. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Rev. Saúde Coletiva (Rio J)**, v. 21, n.2, p.629-46, 2011.

_____. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem em recursos humanos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1535-46, 2013.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PIANCASTELI, C.H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: SANTANA J.P. (org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/representação do Brasil; p.45-50, 2000.

PERES, C.R.F.B.; CALDAS, A.L.J.; SILVA, R.F.; MARIN, M.J.S. O agente comunitário de saúde frente ao trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n.4, p.905-11, 2011.

PINTO, E.S.G.; MENEZES R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.44, n.3, p.657-64, 2010. <<http://dx.doi.org/10.1590/S008062342010000300015>>

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v.6, n.2, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1096>> Acesso em dez. 2013.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, p.251-63, 2000.

PIOLA, S.F.; PAIVA, A.B.; SÁ, E.B.; SERVO, L.M.S. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro; IPEA, 2013.

REBELLO, C.M.; KOOPMANS, F.F.; ROMANO, V.F. O acolhimento no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre conceitos. **Corpus et Scientia**, v.8, n.3, p.127-38, 2012.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.438-46, 2004.

SÁ, S.L.B.; MATTOS, R.R.; PINHEIRO, V.L.; PEQUENO, L.L.; DIÓGENES, M.A.R. Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v.25, n.2, p.96-103, 2012. Suplemento.

SASS, G.G.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O. Sistema de informação para monitoramento da saúde de idosos. **J. Health Inform**, 4 (Número Especial- SIENF 2012): 209-15, 2012.

SILVA, L.M.V.; ESPERIDIÃO, M.A.; VIANA, S.V.; ALVES, V.S. et al. Avaliação da implantação de programas voltados para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, p.131-43, 2010. Suplemento 1.

SILVA, L.A.A.; FERRAZ, F.; LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; SHMITH, S.M.S. Educação permanente em saúde e no trabalho: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n.3, p.557-61, 2010.

SIQUEIRA, E.A. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): instrumento de diagnóstico e planejamento** [monografia]. Barbacena: Núcleo em estudos em saúde coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade federal de Minas Gerais, 2010.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, p. 221-42, 1999.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P.; SORATTO J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, FRANCO, MENDONÇA (org.), **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, São Paulo, p.521-57, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TILLVITZ, L.R.; SOUZA, R.K.T.; CARVALHO, B.G., KASAI, M.L.H.I.; NUNES, E.F.P.A.; CORDONI J.R.L. Uso do sistema de informações na vigilância dos óbitos pelas equipes de saúde da família em Londrina, PR. **Cad. Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.355-60, 2010.

TESSER, C.D.; NETO, P.P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, p.3615-24, 2010. Suplemento 3.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17 ed. São Paulo: Cortez. 1986.

TURA, L.M.T.; SOARES, K.; CASARTELLI, C.H. Atenção primária em saúde da família. In: SOUSA, FRANCO, MENDONÇA (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, São Paulo, 2014, p.178-205

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados - Gestores

1. IDENTIFICAÇÃO

Faixa etária:

☐ 20 a 25 anos	☐ 41 a 45 anos
☐ 26 a 30 anos	☐ 45 a 50 anos
☐ 31 a 35 anos	☐ 50 anos e mais
☐ 35 a 40 anos	

Tempo de formação acadêmica:

☐ menos de um ano	☐ de 11 a 15 anos
☐ entre 1e 5 anos	☐ de 16 a 20 anos
☐ de 6 e 10 anos	☐ mais de 20 anos

Tempo de atuação na ESF:

☐ menos de um ano	☐ de 11 a 15 anos
☐ entre 1e 5 anos	☐ de 16 a 20 anos
☐ de 6 e 10 anos	☐ mais de 20 anos

Tempo de atuação como gestor (a):

☐ menos de um ano	☐ de 11 a 15 anos
☐ entre 1e 5 anos	☐ de 16 a 20 anos
☐ de 6 e 10 anos	☐ mais de 20 anos

Tempo de atuação como gestor (a) nesta unidade:

☐ menos de um ano	☐ de 11 a 15 anos
☐ entre 1e 5 anos	☐ de 16 a 20 anos
☐ de 6 e 10 anos	☐ mais de 20 anos

Tem alguma especialização? Caso sim, em qual área?

- ☐ Não
☐ Sim

Área de especialização: _____

Tem formação em pós-graduação senso estrito?

- ☐ Mestrado. Área: _____
☐ Doutorado. Área: _____

Tem outra formação (graduação)?

- ☐ Não
☐ Sim

Área de especialização: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA COM OS GESTORES

1. Fale-me de sua experiência como gestor.
2. Fale-me sobre o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nos serviços de saúde Adalberto César e Raimundo Carneiro.
3. Você identifica fragilidades? Quais? Explique-as.
4. Você identifica potencialidades? Quais? Explique-as.
5. Quais seriam as medidas para aperfeiçoar o processo de trabalho dessas equipes?

APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados - Trabalhadores das equipes

1. IDENTIFICAÇÃO

Faixa etária:

☐ 20 a 25 anos	☐ 40 a 45 anos
☐ 26 a 30 anos	☐ 45 a 50 anos
☐ 31 a 35 anos	☐ 50 anos e mais
☐ 35 a 40 anos	

Tempo de formação acadêmica:

☐ menos de um ano	☐ de 11 a 15 anos
☐ entre 1 e 5 anos	☐ de 16 a 20 anos
☐ de 6 e 10 anos	☐ mais de 20 anos

Tempo de atuação na ESF:

☐ menos de um ano	☐ de 11 a 15 anos
☐ entre 1 e 5 anos	☐ de 16 a 20 anos
☐ de 6 e 10 anos	☐ mais de 20 anos

Tem alguma especialização? Caso sim, em qual área?

- ☐ Não
☐ Sim

Área de especialização: _____

Tem formação em pós-graduação senso estrito?

- ☐ Mestrado. Área: _____
☐ Doutorado. Área: _____

Tem outra formação (graduação)?

- ☐ Não
☐ Sim

Área de especialização: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DE SAÚDE DAS UNIDADES

1. Fale-me sobre um dia típico nesta Unidade de Saúde da Família.
2. Como é organizado o trabalho da(s) equipe(s)?
3. Como você avalia essa organização?
4. Quais as fragilidades que você identifica no trabalho da(s) equipe(s)?
5. E quais as potencialidades que você identifica no trabalho da(s) equipe(s)?

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,,
tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado **O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB**, recebi da *Profa. Gisetti Corina Gomes*, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS da Universidade Federal de Campina Grande, responsável por sua execução, as seguintes informações:

- o objetivo geral da pesquisa é *caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Campina Grande- PB*,
- os objetivos específicos são: *descrever o trabalho gerencial e o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nos serviços de saúde; identificar e apresentar às equipes os nós críticos relativos aos processos de trabalho e utilizar a Educação Permanente em Saúde (EPS) para problematizar os nós críticos e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde*.
- a coleta de dados terá início em setembro de 2012 e está prevista para terminar em dezembro de 2012.
- a qualquer momento, posso recusar-me a continuar participando do estudo e retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- as informações conseguidas por meio de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo e sua divulgação só será feita para fins de divulgação científica, em artigos ou eventos, sempre preservando meu anonimato;.
- deverei ser indenizado(a) por qualquer despesa que venha ter em decorrência da participação no estudo e também por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, foi-me garantida a existência de recursos.

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios decorrentes da minha participação, concordo em participar e para isso **DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.**

Endereço do participante voluntário

Domicílio: _____

Complemento: _____

Bairro/CEP/Cidade: _____

Telefone: _____

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, S/N São José, Campina Grande - PB

CEP: 58.107. 670 Telefone: (83) 2101 5523

Campina Grande, ____ de _____ de 2012.

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal. (Rubricar as demais folhas)	Nome e assinatura da responsável pelo estudo. (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE D: Planejamento das oficinas

USF 1

MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Gravador
- ✓ Data-show
- ✓ Máquina fotográfica
- ✓ Filmadora
- ✓ Papel 40
- ✓ Lápis-piloto

PRIMEIRA OFICINA

Data:20/11/2012

Local: UBSF 1

Hora: 13:00h

PARTICIPANTES:

- ✓ Dinâmica de apresentação
- ✓ Explanação e apresentação do projeto de pesquisa
- ✓ Assinar o TCLE ; Trabalho em subgrupos (por equipe – A e B):
 - Responder individualmente o questionário: Primeira parte - caracterização;
 - Responder em grupo (Equipes A e B) as questões abertas do questionário;
- ✓ Apresentar o consolidado das questões: (apresentação será por equipe)
- ✓ Pactuar a próxima agenda

ENCAMINHAMENTOS

Próxima oficina dia 06/12/2012; Trabalhar o SIAB.

SEGUNDA OFICINA

Data: 06/12/2012

Local: UBSF 1

Hora: 13:30h

PRIMEIRO MOMENTO: Apresentação do consolidado construído pelas equipes no primeiro grupo focal;

SEGUNDO MOMENTO: Trabalho em subgrupos (por equipe – A e B):

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA:

Pergunta norteadora: Como vocês trabalham com o SIAB?

- Abordar: os dados, o planejamento e a avaliação
- Entregar a cada grupo o consolidado do SIAB atualizado para leitura e discussão;
- Apresentação e problematização do material.

ENCAMINHAMENTOS

Próxima oficina: 05/02/2013

Tema: Acolhimento

Confraternização

TERCEIRA OFICINA

Data: 05/02/2013

Local: UBSF 1

Hora: 13:30h

PRIMEIRO MOMENTO: apresentação do consolidado construído pelas equipes no segundo grupo focal;

SEGUNDO MOMENTO: trabalhos em grupos responder às questões:

- É possível organizar a nossa demanda?
- Como podemos organizar o Acolhimento em nossa Unidade?

TERCEIRO MOMENTO: apresentação dos trabalhos

ENCAMINHAMENTOS:

Leitura do texto “**O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**”

Preparar uma proposta de organização das demandas (Fluxograma);

Grupo de estudo 22/02/2013;

Próxima oficina 05/03/2013.

QUARTA OFICINA

Data: 05/03/2013

Local: UBSF 1

Hora: 13:30h

PRIMEIRO MOMENTO: apresentação do fluxograma construído pelas equipes;

SEGUNDO MOMENTO: Exposição dialogada sobre Fluxograma Descritor

ENCAMINHAMENTOS:

Próxima oficina 07 /05/2013.

QUINTA OFICINA

Data: 07/05/2013

Local: UBSF 1

Hora: 13:30h

PRIMEIRO MOMENTO: Apresentação e discussão do fluxograma descritor construído pelas equipes;

SEGUNDO MOMENTO: oficina de construção coletiva do fluxograma descritor de acordo com a literatura

TERCEIRO MOMENTO: aplicabilidade prática no serviço de saúde do fluxograma descritor;

Estratégia: A pesquisadora e os colaboradores acompanharão durante uma semana a implantação do fluxograma, realizando rodas de conversas com os usuários informando sobre o novo fluxo dos usuários no serviço e sensibilizando-os para a importância da efetividade do Acolhimento, apoiando os profissionais de saúde em suas necessidades no processo de implementação da ferramenta (fluxograma descritor) e do Acolhimento. A necessidade de acompanhar tal implantação visa fortalecer o vínculo com as equipes de saúde, fomentado o processo de Educação Permanente em Saúde.

UBSF 2

MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Gravador
- ✓ Data-show
- ✓ Máquina fotográfica
- ✓ Filmadora
- ✓ Papel 40
- ✓ Lápis piloto

PRIMEIRA OFICINA

Data: 27/11/2012

Local: UBSF 2

Hora: 10:00h

PARTICIPANTES:

- ✓ Dinâmica de apresentação
- ✓ Explanação e apresentação do projeto de pesquisa
- ✓ Trabalho em subgrupos (por equipe – A e B):
 - Assinar o TCLE ;
 - Responder individualmente o questionário: Primeira parte - caracterização;
 - Responder em grupo (Equipe A e Equipe B) as questões abertas do questionário;
- ✓ Apresentar o consolidado das questões: A apresentação será por Equipe
- ✓ Pactuar a próxima agenda

ENCAMINHAMENTOS

Próxima oficina dia 20/12/2012;

Trabalhar o Processo de Trabalho em Equipe

SEGUNDA OFICINA

Data: 20/12/2012

Local: UBSF 2

Hora: 08:00h

PRIMEIRO MOMENTO: Apresentação do consolidado construído pelas equipes na primeira oficina.

SEGUNDO MOMENTO: Discutir o processo de trabalho em equipe

TRABALHO EM SUBGRUPOS

Pergunta norteadora: Como vocês trabalham em equipe?

Leitura do texto: O TRABALHO EM EQUIPE

TERCEIRO MOMENTO: mensagem Sapateado

ENCAMINHAMENTOS

Próxima oficina 21/02/2013;

Tema: Acolhimento

TERCEIRA OFICINA

Data: 21/02/2013

Local: UBSF Adalberto 2

Hora: 8:00h

PRIMEIRO MOMENTO: Apresentação do consolidado construído pelas equipes na segunda oficina;

SEGUNDO MOMENTO: Trabalho em grupo responder as questões:

- É possível organizar a nossa demanda?
- Como podemos organizar o Acolhimento na nossa Unidade?

TERCEIRO MOMENTO: Apresentação dos trabalhos

ENCAMINHAMENTOS:

Em equipe Leitura do texto “**O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**”;

Preparar uma proposta de organização das demandas (Fluxograma);

Grupo de estudo 01/02/2013;

Próxima oficina 26 /03/2013. 13:00h

QUARTA OFICINA

Data: 26/03/2013

Local: UBSF 1

Hora: 10:00h

PRIMEIRO MOMENTO: Apresentação do fluxograma construído pelas equipes.

SEGUNDO MOMENTO: Exposição dialogada sobre Fluxograma Descritor

ENCAMINHAMENTOS:

Próxima oficina 03 /05/2013

QUINTA OFICINA

Data: 03/05/2013

Local: UBSF 2

Hora: 13:30h

PRIMEIRO MOMENTO: Apresentação e discussão do fluxograma descritor construído pelas equipes.

SEGUNDO MOMENTO: Oficina para construção coletiva do fluxograma descritor de acordo com a literatura.

TERCEIRO MOMENTO: Aplicabilidade prática do fluxograma descritor no serviço.

Estratégia: A pesquisadora e os colaboradores acompanharão durante uma semana a implantação do fluxograma, realizando rodas de conversas com os usuários informando sobre o novo fluxo dos usuários no serviço e sensibilizando-os para a importância da

efetividade do Acolhimento, apoiando os profissionais de saúde em suas necessidades no processo de implementação da ferramenta (fluxograma descritor) e do Acolhimento. A necessidade de acompanhar tal implantação visa fortalecer o vínculo com as equipes de saúde, fomentando o processo de Educação Permanente em Saúde.

SEXTA OFICINA

Data: 07/10/2013

Local: UBSF 2

Hora: 13:00h

PRIMEIRO MOMENTO: apresentação de slides sobre o Acolhimento;

SEGUNDO MOMENTO: discussão com a seguinte questão norteadora: É possível continuar a implementar o Acolhimento e o Fluxograma Descritor.

APÊNDICE E: O processo de trabalho das equipes ESF expresso no PMAQ

No processo de certificação, para garantir maior equidade na comparação das equipes da ESF, o MS construiu índices que variam em uma escala de zero a dez e que tiveram como base cinco indicadores:

1. Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*,
2. Percentual da população com plano de saúde,
3. Percentual da população com Bolsa Família,
4. Percentual da população em extrema pobreza,
5. Densidade demográfica.

O site http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php descreve como foram construídos tais indicadores e como os municípios foram distribuídos em estratos levando em consideração aspectos sociais, econômicos e demográficos, tendo um peso para cada indicador. (BRASIL,2012)

O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido a grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de cinco a dez. (Peso 2)

Os dados referentes a densidade demográfica também foram disponibilizados pelo IBGE e da mesma forma que para o PIB, este indicador apresentou forte variabilidade entre o menor e o maior valor. Por essa razão, foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir a pontuação referente a esse indicador. (Peso 1)

Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica. (Peso 1) O percentual da população em extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o

percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza. (Peso 1)

Por sua vez, o percentual da população com Bolsa Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e tem como referência o ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa Família. (Peso1)

Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, sendo que foi considerada, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com bolsa família e o percentual da população em extrema pobreza. (Peso 1)

O quadro a seguir mostra os parâmetros esperados para cada indicador.

Quadro I: Referências de desempenho - Campina Grande, PB.

Referências de desempenho		
Área estratégica	Indicadores	Parâmetro esperado
		Estrato
1 Saúde da Mulher	1.1 Proporções de gestantes cadastradas Sobre as estimadas	Maior ou igual a 58,3
	1.2 Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	Entre 7,9 e 13,5
	1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré natal no 1º trimestre	Maior ou igual a 80
	1.4 Proporção de gestantes com pré-natal em dia	Maior ou igual a 92,3
	1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia	Maior ou igual a 95
	1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	Maior ou igual a 50,1
2 Saúde da Criança	2.1 Média de atendimento de Puericultura em crianças menores de 2 anos	Entre 4,6 e 9,1
	2.2 Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Maior ou igual a 75
	2.3 Proporções de crianças menores de um ano com vacina em dia	Maior ou igual a 95
	2.4 Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas	maior ou igual a 85,3
	2.5 média de consultas médicas para crianças < de 1 ano acompanhadas por meio de visitas domiciliares	Entre 3,5 e 7,4
	2.6 Média anual de consultas médicas para crianças menores de 5 anos acompanhadas por meio de visitas domiciliares	Entre 1,6 e 3,6
3 Hipertensão e Diabetes	3.1 Proporção de diabeticos cadastrados com 15 anos ou mais	Maior ou igual a 65
	3.2 Proporção de hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais	Maior ou igual 75
	3.3 Média de atendimentos em diabéticos com 15 anos ou mais	Entre 3,0 e 7,2
	3.4 Média de atendimentos em hipertensos com 15 anos ou mais	Entre 2,0 e 5,5
5 Produção Geral	5.1 Média de colsultas médicas por habitantes	Entre 1,0 e 2,5
	5.2 Proporção de colsultas médicas para cuidado continuado/programado	Entre 27,2 e 44,1
	5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada	Entre 35 e 78,9
	5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata	Entre 4,5 e 49,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014, Campina Grande-PB

Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a pontuação total e o porte populacional. Campina Grande foi classificada no estrato 5.

A seguir, apresentam-se as Informações referentes à produção geral das Unidades e às ações desenvolvidas pelas equipes nas áreas programáticas avaliadas pelo PMAQ em 2012 nas áreas de: saúde da mulher, saúde da criança, HiperDia, saúde bucal e saúde mental. A avaliação foi feita de acordo com a produção das equipes, cada indicador deve ser avaliado individualmente e comparando com os parâmetros esperados, conforme explicitado acima.

Gráfico I – Produção geral da UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, 2012.

A UBSF 1 não informou a produção de consultas médicas. Em 2012, essa UBSF ficou sem médico no primeiro semestre mas, a partir do segundo semestre, passou a contar com profissionais médicos e ainda assim não houve registro das consultas realizadas. A UBSF 2 não registrou a média de consultas médicas por habitantes ou a proporção de consultas médicas para o cuidado continuado/programado. As equipes III e IV informaram apenas a

proporção de consultas médicas da demanda agendada (87,1 e 46,9%, respectivamente).

Na proporção de consultas médicas de demanda imediata, a equipe III apresentou um atendimento de 13,6% e a equipe IV apresentou 28,1%.

Gráfico II – Produção de ações referentes à saúde da mulher na UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB, 2012.

Na UBSF 1, especificamente na equipe I, percentual de mulheres gestantes com as vacinas (92,9%) não coincide com o das que realizam pré-natal em dia (78,60%). Tais resultados mostram que não é incentivo do pré-natal que leva as mulheres a buscar a vacinação, visto que o percentual de gestantes vacinadas é maior do que as com o pré-natal em dia. A equipe II não registrou as ações relacionadas à saúde da mulher.

Em relação aos exames citopatológicos realizados na faixa etária de 15 anos ou mais, as duas equipes da UBSF 1 não registraram dados.

Gráfico III – Produção de ações referentes à Saúde da Mulher na UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, 2012.

Na UBSF 2, nas duas equipes, a cobertura vacinal e de pré-natal foi baixa: 44,8% e 46,7% na equipe III e a 29,6% e 32,1% na equipe IV, respectivamente. As equipes III e IV atingiram 100% da cobertura dos exames citopatológicos de mulheres com 15 anos e mais.

Gráfico IV – Produção de ações referentes à Saúde da Criança na UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, 2012.

A equipe II da UBSF 1 não apresentou registros sobre ações relativas à saúde da criança. Apenas foram mencionadas as ações da equipe I relativas à vacinação dos menores de um ano (86,1%) e ao aleitamento materno em menores de 4 meses (20,0%). Nas demais ações, não houve registros.

Gráfico V – Produção de ações referentes à Saúde da Criança da UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, 2012.

Nas ações relativas à vacinação de crianças, o percentual de acompanhamento registrado pelas duas equipes da UBSF 2 foi grande: 97,3% na equipe III e 100% na equipe IV, revelando grande atenção à imunização.

Não houve registro de informações relativas ao acompanhamento das consultas médicas ou nas visitas domiciliárias a menores de 5 anos.

HiperDia

Tampouco foram registrados, a contento, no HiperDia, os dados relativos ao monitoramento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* na área de abrangência.

Gráfico VI – Produção de ações referentes ao programa HiperDia na UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2012.

Na UBSF 2, as equipes III e IV apresentaram apenas a proporção dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Quanto aos acompanhamentos, informaram acompanhar 4,2% e 2,1% de diabéticos e hipertensos cadastrados, respectivamente.

A seguir são apresentadas as informações referentes à produção geral das Unidades e as ações desenvolvidas pelas duas UBSF e suas respectivas equipes nas áreas programáticas avaliadas pelo PMAQ em 2013, correspondendo apenas aos meses de janeiro a maio, consolidados até o momento pela SMS, nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança, HiperDia e Saúde Bucal.

Apenas o gráfico da UBSF 1 é apresentado, uma vez que a UBSF 2 não possui equipe de saúde bucal e a UBSF 1 não informou tais atividades. As duas unidades tampouco informaram as atividades referentes à Saúde Mental.

Gráfico VII – Produção de ações referentes à Saúde da Mulher na UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

Das gestantes atendidas pela equipe 1 da UBSF 1, 98,0% estavam com o pré-natal em dia e 97,0% havia recebido todas as vacinas. Na equipe 2, o percentual de gestantes com vacinas em dia foi de 92,0%, bem maior do que as que estavam com o pré-natal em dia (77,0%), revelando que há uma procura maior para vacinação, independente da realização do pré-natal.

Em ambas as equipes, não houve registro de exames citopatológicos na faixa etária de 15 anos e mais nos primeiros meses de 2013. Tampouco houve registro da realização dos exames citopatológicos nas duas equipes da UBSF 2.

Gráfico VIII – Produção de ações referentes à Saúde da Mulher na UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

Os registros das ações referentes à Saúde da Criança vem a seguir:

Gráfico IX – Produção de ações referentes à Saúde da Criança na UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

Gráfico X – Produção de ações referentes à Saúde da Criança na UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

O percentual de acompanhamento das ações de vacinação de crianças registrado pelas quatro equipes das UBSF 1 e 2 foi grande, revelando grande atenção à imunização. Entretanto, houve ausência de registros de informações relativas ao acompanhamento das consultas médicas nas visitas domiciliares em menores de 5 anos. Apenas a equipe 1 da UBSF 1 registrou 1,0%.

Gráfico XI – Produção de ações referentes ao programa HiperDia UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

As duas equipes da UBSF 1 apresentaram baixo percentual de cadastramento de hipertensos e diabéticos. A falta de registro de acompanhamento revelada no gráfico acima mostra uma fragilidade na realização das ações direcionadas para esse grupo que precisa de uma atenção mais constante, em virtude de serem acometidos por doenças crônico-degenerativas.

Gráfico XII – Produção de ações referentes ao programa HiperDia na UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

As proporções de hipertensos cadastrados e acompanhados pelas duas equipes da UBSF 2 são semelhantes, porém que o percentual de cobertura é baixo, revelando visto a necessidade de um acompanhamento mais direcionado para esse grupo, objetivando a prevenção de comorbidades. Destaca-se ainda o baixo percentual ou a falta de registro da média de acompanhamento por diabético e hipertenso.

Gráfico XIII – Produção de ações referentes à Saúde Bucal na UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

Somente a USF1 conta com equipe de Saúde Bucal e os registro acima mostra claramente a baixa cobertura dessas ações. A falta de registro não permite afirmar qual a proporção de tratamentos concluídos frente às primeiras consultas odontológicas.

Gráfico XIV – Produção de ações referentes à produção geral da UBSF 1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

O registro de agendamento de consultas médicas foi considerável, o que não justifica a falta de registro de consultas médicas por habitante sinalizada pelas duas equipes.

Gráfico XV – Produção de ações referentes à produção geral na UBSF 2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2013.

Os percentuais de 31,0% e 53,0% de consultas médicas agendadas pelas equipes 2 e 3, respectivamente, revelam os primeiros frutos da EPS e da implantação do Acolhimento no primeiro trimestre de 2013.

A AVALIAÇÃO EXTERNA

A terceira etapa do PMAQ tem como finalidade avaliar o conjunto de ações relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços. Para essa avaliação o Ministério da Saúde utilizou conceitos expressos por cores, em que a cor verde denota um desempenho muito acima da média, a amarela, desempenho ligeiramente acima da média e a vermelha, um desempenho mediano ou um pouco abaixo da média. Segundo a SMS, não foram repassadas informação quanto aos critérios de construção desses conceitos.

Quadro II: Gestão municipal para o desenvolvimento da AB

UBSF 1 E 2	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4
I.1 - FORTALECIMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DA AB – PERFIL DA GESTÃO				
I.2 - AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE				
I.3 – APOIO INSTITUCIONAL DA GESTÃO MUNICIPAL PARA AS EQUIPES DA AB E APOIO MATRICIAL				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2012.

Com relação ao apoio matricial, as quatro equipes do estudo tiveram um desempenho mediano ou pouco abaixo da média, possivelmente por apoio insuficiente da gestão municipal.

Quadro III: Estrutura e condições de funcionamento da UBS

UBSF 1 E 2	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4
II.1 – CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA, SINALIZAÇÃO EXTERNA E INTERNA DA UBS E IDENTIFICAÇÃO VISUAL DAS AÇÕES DE SERVIÇOS				
II.2 – HORÁRIO E DIAS DE FUNCIONAMENTO DA UBS				
II.3 – EQUIPAMENTOS, MATERIAIS, INSUMOS E IMPRESSOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE (INCLUINDO SAÚDE BUCAL)				
II.4 – INFORMATIZAÇÃO, CONECTIVIDADE E TELESSAÚDE				
II.5 – MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA				
II.6 – IMUNOBOLÓGICOS E TESTES RÁPIDOS DA UBS				
II.7 – INSUMOS E MEDICAMENTOS PARA PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2012.

Todas as dimensões referentes à estrutura e às condições de funcionamento das duas UBSF apresentam fragilidades, particularmente as subdimensões II.7 (insumos e medicamentos) e II.6 (imunobiológicos), assim como o horário de funcionamento e as ações referentes à informatização, conectividade e telessaúde.

Quadro IV: Valorização do trabalhador

UBSF 1 E 2	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4
III.1 – TEMPO DE ATUAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE AB				
III.2 – GESTÃO DO TRABALHO: GARANTIA DE DIREITOS TRABALHISTAS E PREVIDENCIÁRIOS E PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE DO VÍNCULO				
III.3 – PLANO DE CARREIRA E REMUNERAÇÃO VARIÁVEL				
III.4 – EPS NO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2012.

O quadro 3 também revela uma situação muito desfavorável e difícil para o trabalhador, pois todas as subdimensões mostram fragilidades no desempenho das quatro equipes.

Quadro V: Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho

UBSF 1 E 2	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4
IV.1 – PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE AB				
IV.2 – ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS E INFORMAÇÕES				
IV.3 – ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE DE AB				
IV.4 – TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DA EQUIPE DE AB				
IV.5 – ACOLHIMENTO E DEMANDA ESPONTÂNEA				
IV.6 – VISITA DOMICILIAR E CUIDADO REALIZADO NO DOMICÍLIO				
IV.7 – CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA				
IV.8 – PLANEJAMENTO FAMILIAR, PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO				
IV.9 – CRIANÇA ATÉ OS DOIS ANOS DE VIDA				
IV.10 – CONDIÇÕES CRÔNICAS (HAS E DIABETES MELLITUS)				
IV.11 – SAÚDE MENTAL				

IV.12 – TUBERCULOSE E HANSENÍASE				
IV.13 – PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PROMOÇÃO DA SAÚDE E BOLSA-FAMÍLIA				
IV.14 – EQUIPE DE AB COMO COORDENADORA DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, ORDENAÇÃO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS E RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES E PRÁTICAS INOVADORAS				
IV.15 – SAÚDE BUCAL				
IV.16 – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA				
IV.17 – POPULAÇÃO RURAL, ASSENTADOS E QUILOMBOLAS				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2012.

Com relação às dimensões que envolvem o acesso, a qualidade e a organização do processo de trabalho, a subdimensão referente à Saúde Mental teve um conceito muito acima da média, em franca contradição com demais ações desenvolvidas pelas equipes e as demais informações fornecidas, em que não houve qualquer referência à Saúde Mental.

Quadro VI: Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário

UBSF 1 E 2	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4
V.1 – ACESSO E MARCAÇÃO DE CONSULTA NA UBS				
V.2 – ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA				
V.3 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE, VÍNCULO, RESPONSABILIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO.				
V.4 – ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, GESTANTE E CRIANÇA				
V.5 – CONDIÇÕES CRÔNICAS (HAS E DIABETES MELLITUS)				
V.6 – SATISFAÇÃO E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO				
V.7 – SAÚDE BUCAL				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, PB – 2012.

A dimensão *Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário* expressa a necessidade de melhoria do processo de trabalho em saúde das quatro equipes, destacando-se as subdimensões acesso e marcação de consultas e acolhimento à demanda espontânea. Tais aspectos foram objeto de discussão no presente estudo e a avaliação externa corroborou a necessidade de discussão e aperfeiçoamento dessas ações.

Anexos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, GISETTI CORINA GOMES BRANDÃO, RG: 1387078 SSP-PB, docente da UFCG, solicito autorização para realizar a pesquisa intitulada **O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE - PB** (projeto anexo) com profissionais das Unidades de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB.

Esclareço que se trata de pesquisa de doutorado vinculada ao Programa de Doutorado Interunidades Escola de Enfermagem da USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, sob a orientação da Profª Dra Maria Amélia de Campos Oliveira.

 Joelma Cristine Lima
 GERENTE ATRIBUIÇÃO BÁSICA
 MATR.: 19.326-7
Ciente Autorizo
 13.11.2002

Seus objetivos são:**Geral**

- Caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde das equipes das Unidades de Saúde da Família na cidade de Campina Grande, PB.

Específicos

- Descrever o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nos serviços de saúde;
- Identificar e apresentar às equipes os nós críticos relativos a seus processos de trabalho;
- Utilizar a EPS para problematizar os nós críticos e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde.

Comprometo-me a seguir as normas e rotinas dos serviços, zelar pelos documentos consultados e não alterar sua organização. Assumo o compromisso de manter o anonimato dos sujeitos e a confidencialidade dos dados, que só serão divulgados em reuniões e publicações científicas.

Campina Grande, 19 de novembro de 2012.

Responsável pela Pesquisa

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE - PB

Pesquisador: Gisetti Corina Gomes Brandão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11893112.0.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 251.258

Data da Relatoria: 17/04/2013

Apresentação do Projeto:

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo, institucional, com características do trabalho profissional e da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, resultante da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. É realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. O estudo tem como objetivos: Caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Campina Grande, PB; Descrever o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nos serviços de saúde; Identificar e apresentar às equipes os nós críticos relativos a seus processos de trabalho; Utilizar a EPS para problematizar os nós críticos e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde. O estudo é do tipo exploratório descritivo com abordagem quanti-qualitativa, será utilizada a pesquisa-ação. O local da pesquisa será nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB. A população será composta pelos profissionais que atuam na Estratégia saúde da Família e aceitarem participar da pesquisa. O estudo será desenvolvido quatro etapas: utilização do PMAQ para identificação dos nós críticos; validação e problematização dos achados na primeira etapa; Implementação da Educação Permanente em saúde; Avaliação do

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

processo de Educação Permanente em Saúde. Os dados quantitativos serão analisados utilizando análise estatística com o apoio de um profissional estatístico e os dados qualitativos serão submetidos a procedimentos de análise de discurso preconizados por Fiorin e adaptados por Car e Bertolozzi (1999).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde na Unidades de Saúde da Família na cidade de Campina Grande, PB.

Objetivo Secundário:

- Descrever o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nos serviços de saúde;
- Identificar e apresentar às equipes os nós críticos relativos a seus processos de trabalho;
- Utilizar a EPS para problematizar os nós críticos e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos à saúde física e mental do entrevistado diante da participação na pesquisa são os seguintes: algum constrangimento das discussões nos grupos focais, exposição do participante nas discussões do processo de trabalho. Para minimizar estes riscos me será garantido o direito de não responder aos questionamentos que julgar necessário, bem como, me será concedida flexibilidade em pactuar os encontros na data e horário que me aprouver.

Benefícios:

Os benefícios que os participantes vão adquirir são: A execução da Educação Permanente em Saúde através de projetos de extensão em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande-PB a fim de dar continuidade ao processo de ensino serviço; Expor os resultados desta pesquisa e atualizar os participantes da pesquisa quanto as mais recentes pesquisas pautadas na temática do processo de trabalho para atuação na atenção básica. Destarte, os benefícios deste estudo se respaldam na geração de dados capazes de auxiliar no entendimento sobre a real qualificação, bem como a real situação profissional para a atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no segundo Distrito Sanitário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa poderá mostrar a real situação vivenciada nos Programas de Saúde da Família - PSF no município de Campina Grande - PB, já que as dificuldades são muitas e de difícil

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

solução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta os seguintes documentos:

- Folha de Rosto;
- Autorização Institucional;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
- Projeto de Pesquisa;
- Solicitação a Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande;
- Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da pesquisa, foram revistas as inadequações, projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINA GRANDE, 22 de Abril de 2013

Assinador por:

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br