



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO

PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: NA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE

LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES

JEQUIÉ/BA
2011

LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES

**PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: NA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, em nível de Mestrado Acadêmico do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, com área de concentração Enfermagem em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery

**JEQUIÉ/BA
2011**

G615 Gomes, Liane Oliveira Souza

Processo de trabalho no programa de saúde da família: na ótica da equipe de saúde / Liane Oliveira Souza Gomes, Jequié 2011.
200 f.: Il.;30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2012. Orientador Profº. DSc.
Eduardo Nagib Boery.

1.Saúde da Família 2.Programa saúde da família – Trabalho da equipe de saúde 3.Tecnologia I.Título

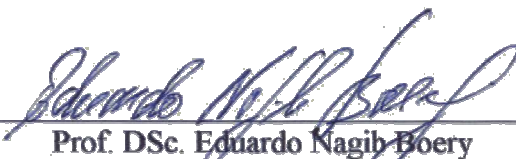
CDD – 616.0981

LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES

**PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: NA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE**

Aprovada em 02 de dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA



Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery
Doutorado em enfermagem, Universidade Federal de São Paulo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
(Orientador)



Prof DSc. Jorge Costa do Nascimento
Doutorado em Psicologia Cognitiva
Universidade Federal de Pernambuco



Prof^a DSc. Maria Aparecida de Luca Nascimento
Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

*Dedico especialmente esta dissertação a minha querida mãe, que sempre mim fez acreditar que o impossível poderia se tornar realidade, **Norma Lúcia Oliveira Souza** com muito carinho e saudades eternas e por tudo o que representa para a minha vida...*

AGRADECIMENTOS

A **Deus, Pai, Filho e Espírito Santo**, pela sabedoria e inspiração divina para construir esta dissertação e permanecer na caminhada.

Ao **professor DSc. Eduardo Nagib Boery**, meu orientador, pela compreensão, respeito e contribuição dada na construção deste trabalho e para o meu crescimento profissional e pessoal.

A **Professora DSc. Rita Narriman da Silva Boery**, pela sua colaboração no início desta caminhada como coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) e também como docente do curso de mestrado e coordenadora do projeto de pesquisa *Saúde e Qualidade de Vida*.

A **Professora MSc. Vanda Palmarella Rodrigues**, pelas importantes contribuições durante a construção dessa dissertação, que foram fundamentais em cada leitura que fizeste dos textos que lhe foi apresentado. Muito Obrigado!

A **Professora DSc. Cristina Setenta Andrade**, pelas contribuições que me proporcionaram durante a banca de qualificação do projeto de dissertação.

A **Professora DSc. Vitória Solange Coelho Ferreira**, pelas contribuições prestadas sobre Processo de Trabalho na banca de qualificação e por aceitar participar da minha banca de defesa.

A **Professora DSc. Maria Aparecida de Luca Nascimento**, por ter aceitado participar da minha banca de defesa.

A **professora MSc. Maristella Santos Nascimento**, por ter mim feito apaixonar-me pelo processo de trabalho e por tudo que têm contribuído na minha vida acadêmica e pessoal.

A **minha mãe Norma Lúcia** por tudo que sou na vida, *em memória*.

Ao **meu querido pai Francisco Emanuel de Souza**, pelo amor, carinho, pela ajuda, apoio e contribuição recebida para esta conquista na minha vida pessoal e profissional.

Aos **meus FILHOS Francisco Gomes e José Eduardo Gomes**, por compreenderem os momentos de estudo e conseqüentemente de ausência da mãe em frente ao computador. Amo vocês, meus eternos bebês.

Ao **meu marido e eterno namorado EDUARDO GOMES**, pelo carinho, amor e apoio para que conquistássemos juntos essa vitória em nossas vidas.

Ao **Coordenador** do Curso da Pós-Graduação Enfermagem e Saúde **DSc. César Augusto Cassoti**, pela dedicação e atenção à todos os mestrandos nesta Pós-Graduação.

Aos professores do mestrado que marcaram a minha trajetória acadêmica e profissional **Prof. DSc. Eduardo Boery, Prof^a DSc. Rita Boery Narriman, Prof^a DSc. Alba Benemerita, Prof^a DSc. Adriana Nery** e a **Prof^a DSc. Edite Lago**.

A **minha família, irmãs, cunhadas e sogra**, sempre presente em minha vida e mim ajudando nesta caminhada para a finalização **deste sonho**.

A **minha cunha Beatriz Alvares Santana**, pela dedicação nos estudos dos meus filhos **Francisco e José Eduardo** como pedagoga dos mesmos, durante este período de construção da Dissertação. Muito Obrigado!

As **Professoras Mestras Flávia Pedro dos A. Santos, Patrícia dos Anjos Lima de Carvalho e Lícia Marques Vidal**, pela amizade, apoio e ajuda mútua recebida para a conclusão deste sonho.

Ao **Professor DSc. Maximiliano Henrique Sandoval**, por ter mim ensinado os primeiros passos na pesquisa como Monitora da disciplina de Elementos de Pesquisa, *em memória*.

As **Equipes de Saúde da Família** pela aceitação e participação neste estudo.

Aos **mestrandos da turma** pelo estímulo e apoio durante todo o curso.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié**, pela autorização para a coleta das informações, nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

A **todos** aqueles que de alguma forma colaboraram para o êxito deste trabalho, principalmente com as suas orações por mim.

*Se eu falasse as línguas dos homens e as dos anjos, mas não tivesse amor,
eu seria como um bronze que soa ou um címbalo que retine.*

*Se eu tivesse o dom da profecia, se conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, se
tivesse toda a fé, a ponto de remover montanhas, mas não tivesse amor, eu nada seria.*

*Se eu gastasse todos os meus bens no sustento dos pobres e até me entregasse como
escravo, para me gloriar, mas não tivesse amor, de nada me aproveitaria.*

*O amor é paciente, é benfazejo; não é invejoso, não é presunçoso
nem se incha de orgulho;*

*não faz nada de vergonhoso, não é interesseiro, não se encoleriza,
não leva em conta o mal sofrido;*

não se alegra com a injustiça, mas fica alegre com a verdade.

Ele desculpa tudo, crê tudo, espera tudo, suporta tudo.

*O amor jamais acabará. As profecias desaparecerão, as línguas cessarão,
a ciência desaparecerá.*

*Com efeito, o nosso conhecimento é limitado, como também é limitado nosso
profetizar.*

Mas, quando vier o que é perfeito, desaparecerá o que é imperfeito.

*Quando eu era criança, falava como criança, pensava como criança, raciocinava
como criança. Quando me tornei adulto, rejeitei o que era próprio de criança.*

Agora nós vemos num espelho, confusamente; mas, então, veremos face a face.

*Agora, conheço apenas em parte, mas, então, conhecerei completamente,
como sou conhecido.*

Atualmente permanecem estas três: a fé, a esperança, o amor.

Mas a maior delas é o amor.

GOMES, Liane Oliveira Souza. **Processo de trabalho no Programa de Saúde da Família:** na ótica da Equipe de Saúde. 2011. 200f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

RESUMO

Este estudo aborda o processo de trabalho da equipe de saúde do programa Saúde da Família (PSF). O programa de Saúde da Família (PSF) ao ser implantado no município de Jequié-Ba, propõe a reorientação do modelo de atenção médico hegemônico com o propósito de mudança dos modelos de atenção médico hegemônico, para o de defesa da vida e da qualidade de vida dos usuários. Assim, este estudo tem como objetivo geral: analisar o processo de trabalho das equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA e como objetivos específicos: descrever como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA; identificar as tecnologias utilizadas pelas equipes de saúde no processo de trabalho no PSF no município de Jequié-BA e descrever os fatores restritivos e facilitadores do processo de trabalho nas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com o qual foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental. O cenário do estudo foi o município de Jequié-BA e os sujeitos foram 24 profissionais que atuam nas equipes de saúde da família (ESF) do município. Os dados foram coletados após submissão e aprovação do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob protocolo nº: 206/2010. Para a análise dos dados utilizamos o método da análise de conteúdo temática. Dos resultados emergiram cinco categorias: **Categoria 1** - Processo de trabalho da equipe de saúde da família; **Categoria 2** - Ferramentas organizacionais do processo de trabalho no PSF; **Categoria 3** - Tecnologias utilizadas pela equipe de saúde no processo de trabalho; **Categoria 4** - Retrocessos e facilidades vivenciados no processo de trabalho pela ESF. Os resultados demonstraram no processo de trabalho da equipe de saúde da família o emprego do modelo hegemônico e das ações programáticas através de atendimento por agendamento nos diversos grupos populacionais. Constatou-se que os sujeitos do estudo entendem acolhimento como triagem de atendimento, percebe-se que os mesmos se responsabilizam pelo problema do usuário, entretanto executam uma intervenção de encaminhamento. A equipe de saúde faz a utilização excessiva das tecnologias leve-duras e duras centradas nas prescrições, normas e cronogramas de atendimento. Neste sentido, faz-se necessário que as ESF se comprometam com a efetivação do SUS e se responsabilizem pela saúde dos usuários na perspectiva de garantir a resolubilidade dos problemas de saúde mediante à produção de novas tecnologias para o cuidado, (tecnologias leves e leves-duras), por meio da ruptura de práticas médicas hegemônicas do sistema, com o propósito da produção de cuidado humanizado e de forma integral e equânime. Este estudo contribuiu para que os profissionais de saúde, equipe e gestores reflitam a respeito do processo de trabalho na ESF, sobre o que está preconizado na legislação do SUS e o que está executado na prática na organização do programa, o que poderá proporcionar uma reestruturação das práticas de saúde no processo de trabalho destas equipes de saúde no município.

Palavras-chave: equipe, saúde da família, tecnologia, trabalho.

GOMES, Liane Oliveira Souza. **Working process in Family Health Program:** in view of health care team. 2011. 200f. Dissertation (Master) State University of Bahia Southwest. Jequié-BA.

ABSTRACT

This study approaches the working process of the health team in the Family Health Program (PSF). The Family Health Program (PSF) to be deployed in the city of Jequié-BA, suggests the reorientation of the hegemonic medical model of care with the purpose of changing the hegemonic medical model of care for the of life defense and quality of lives of users. Therefore, this study had as objective the working process of the health team in the Family Health Program (PSF) and the general objective: analyze the work process of PSF health teams in Jequié-BA and specific objectives: describe how the work process is developed by the PSF health teams in the municipality of Jequié-BA, identifying the technologies used by the health teams in the work process of the PSF in the municipality of Jequié-BA and describe the limiting factors and facilitators of work process in health teams in the PSF in the municipality of Jequié-BA. It is a qualitative study, descriptive, which were used as data collection techniques the semi-structured interviews, systematic observation and document analysis. The study scenario was the municipality of Jequié-BA and subjects were 24 professionals that work in family health teams (ESF) in the municipality. Data were collected after submission and approval of the Research Project at the Committee on Ethics and Research of the State University of Bahia Southwest, under Protocol N°: 206/2010. For data analysis we used the method of thematic content analysis. The results were five categories: Category 1 - Working process of the family health team, Category 2 - Organizational tools of the working process in the PSF, Category 3 - Technologies used by the health team in the working process, Category 4 - Setbacks and facilities experienced in the working process by the ESF. Results showed in the working process of the health team family the employment of the hegemonic model and programmatic actions by automated by scheduling in different population groups. It was observed that the study subjects understand host as a screening service, it is clear that they are responsible for the user's problem, however perform an intervention referral. The health team overuses soft-hard and hard technology focus on the prescriptions, standards and compliance schedules. In this sense, it's necessary that ESF commit themselves to accomplishment of the SUS and take responsibility for the users' health in view to ensuring the resolubility of the health problems by the production of new technologies for the care (technology light and light-heavy), through the breakdown of hegemonic medical practices of system, with the purpose of producing humanized care and fully and fairly. This study contributed for health professionals, managers and team reflect on the working process in the ESF, on what is preconized in SUS legislation and what is implemented in practice in program organization, which could provide a restructuring of health practices in the working process of these health teams in the county.

Key Words: team, family health, technology, work.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Fluxograma da proposta da Linha de Cuidado. 38
- Figura 2** – Fluxograma do usuário para a demanda programada nas Equipes de Saúde da Família (ESF) únicas, do município de Jequié-BA. 141
- Figura 3** – Fluxograma do usuário para a demanda espontânea nas Equipes de Saúde da Família (ESF) únicas, do município de Jequié-BA. 144

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Distribuição das Unidades de Saúde da Família pesquisadas conforme número de famílias cadastradas, ano de implantação e localização. Jequié-BA, 2009.	68
Quadro 02: Distribuição das USFs conforme número de famílias cadastradas, ano de implantação e localização, Jequié/BA, 2010.	69
Quadro 03: Características dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo, Mai./Jun./Jul. de 2011.	84
Quadro 04: Características dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo, Mai./Jun./Jul. de 2011 (continuação).	86
Quadro 05: Distribuição das Categorias e subcategorias.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Número de famílias cadastradas na USF Isa Cléria Borges, Jequié, Bahia, Brasil, Maio de 2011.	72
Tabela 02 – Número de famílias cadastradas na USF Senhorinha Ferreira de Araújo, Jequié, Bahia, Brasil, Maio de 2011.	73
Tabela 03 – Tabela 03 – Número de famílias cadastradas na USF Tânia Diniz C. Leite de Britto, Jequié, Bahia, Brasil, Maio de 2011.	75
Tabela 04 – Número de famílias cadastradas na USF Odorico Mota da Silveira, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.	76
Tabela 05 – Número de famílias cadastradas na USF Idelfonso Guedes de Araújo, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.	77
Tabela 06 – Número de famílias cadastradas na USF Gilson Pinheiro, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.	79
Tabela 07 – Número de famílias cadastradas na USF João Caricchio Filho, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.	80
Tabela 08 – Número de famílias cadastradas na USF Antônio Carlos Martins, Jequié, Bahia, Brasil, Julho de 2011.	82

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
BCF – Batimentos Cardio Fetais
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIB – Comissões Intergestores Bipartite
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CERAJE – Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CF – Constituição Federal
CLS – Conselho Local de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS
DIRES – Diretoria Regional de Saúde
ESF – Equipe de Saúde da Família
EPS – Educação Permanente em Saúde
FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências
GB – Gabinete do Ministério
GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HGPV – Hospital Geral Prado Valadares
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde
NIS – Núcleo de Informação em Saúde
NOAS – Norma de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NUPREJ – Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PPGES – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
REDA – Regime Especial de Direito Administrativo
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SERVIR – Serviços Médicos Especializados Ltda.
SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SF – Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SRCA – Sistema de Regulação, Controle e Avaliação
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF – Unidade de Saúde da Família
UPA – Unidade de Pronto atendimento
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	17
CAPÍTULO II	
REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 EIXOS NORTEADORES: O SUS E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24
2.2 OS MODELOS ASSISTENCIAIS E AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE	30
2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	39
2.4 O PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	43
2.5 O TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	46
2.6 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	53
CAPÍTULO III	
ASPECTOS METODOLÓGICOS	62
3.1 TIPO DE ESTUDO	63
3.2 CAMPO DA PESQUISA	63
3.3 CENÁRIO DA PESQUISA	68
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO	82
3.5 TÉCNICA PARA A COLETA DE DADOS	87
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	90
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	91
CAPÍTULO IV	
ANÁLISE DOS RESULTADOS	94
4.1 CATEGORIA 1 - PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PSF	95
4.2 CATEGORIA 2 – FERRAMENTAS ORGANIZACIONAIS DO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	123
4.3 CATEGORIA 3 – TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRABALHO	147
4.4 CATEGORIA 4 - RETROCESSOS E FACILIDADES VIVENCIADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	161

CAPÍTULO V	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
REFERÊNCIAS	172
APÊNDICES	186
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	187
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada	189
APÊNDICE C – Roteiro para observação	191
ANEXOS	193
ANEXOS A - Semanas típicas das Equipes de Saúde da Família – Zona Urbana, Jequié-BA, 2011	194
ANEXOS B – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa	198
ANEXOS C – Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié	200

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Depois de uma longa espera consegui, finalmente, plantar o meu jardim. Tive de esperar muito tempo porque jardins precisam de terra para existir.

Mas a terra eu não tinha. De meu, eu só tinha o sonho. Sei que é nos sonhos que os jardins existem, antes de existirem do lado de fora.

Um jardim é um sonho que virou realidade, revelação de nossa verdade interior escondida, a alma nua se oferecendo ao deleite dos outros, sem vergonha alguma...

Mas os sonhos, sendo coisas belas, são coisas fracas. Sozinhos, eles nada podem fazer; pássaros sem asas...

São como as canções, que nada são até que alguém as cante; como as sementes, dentro dos pacotinhos, a espera de alguém que as liberte e as plante na terra.

RUBENS ALVES

Na história da saúde pública, a crise no sistema de saúde é fruto do processo histórico ocorrido no passado, sendo que o setor de saúde sofreu influências do contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo, até vivenciar o grande momento histórico, o movimento da reforma sanitária. Este movimento proporcionou discussões de alguns atores sociais, como: estudantes, profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos, associações de moradores, a igreja católica, sob a influência do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle dos serviços já estruturados, além de proporem a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) para o país.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve um papel fundamental na construção do SUS, tendo em vista que a Constituição Federal (CF) de 1988 incorporou as principais propostas desta Conferência ao SUS, instituindo sua organização de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A partir de então, estava criado, constitucionalmente o SUS, que foi regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142, em 1990, sendo que a primeira, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e a segunda, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990a, b).

A instituição e regulamentação do SUS exigiu mudanças nos modelos de atenção à saúde da população e, em 1994, o Ministério da Saúde (MS), propôs aos municípios a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF)¹ como proposta de mudança do modelo médico hegemônico para o modelo da vigilância à saúde, no intuito de propiciar respostas à situação de saúde da população, mais condizentes com a concepção de saúde como direito fundamental de todo cidadão, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas

¹ **Nota explicativa:** Neste estudo, utilizou-se o termo Programa de Saúde da Família, em vez de Estratégia de Saúde da Família, porque ao se executar uma pesquisa no município de Jequié-Ba, no ano de 2010, constatou-se a execução do programa e não a estratégia, enquanto proposta de mudança do modelo de atenção à saúde.

econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (AQUINO, 2001).

No processo de construção do SUS, muito se tem discutido sobre os modelos assistenciais vigentes: modelo hegemônico e o modelo de vigilância à saúde na proposta do PSF. No modelo hegemônico, o processo de trabalho evidencia a revalorização da clínica, além de seu papel individual, permitindo articulação dos médicos no sentido de envolvê-los como atores do processo saúde-doença. Por sua vez, o PSF ao ser implantado nos municípios como estratégia de reorientação do modelo assistencial, propõe a mudança da via de organização dos serviços de saúde e da produção social da saúde, por meio dos princípios da vigilância à saúde (SILVA JUNIOR, 1998).

Assim, ao ser introduzido nos municípios com o propósito de transformar o modelo assistencial, o PSF buscou modificar a lógica da organização do processo de trabalho na assistência à saúde, através da mudança do objeto de atenção, com a finalidade de impulsionar a transformação do modelo assistencial hegemônico, baseado nos princípios da vigilância à saúde, que prioriza três pilares básicos para sua atuação: o território, as necessidades de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1999).

Nesse sentido, o PSF propõe uma prática assistencial com novas bases estruturais, que devem substituir o modelo tradicional de assistência, direcionado à demanda espontânea e à cura de doenças. Para tanto, prioriza a assistência de forma integral e avalia o contexto social no qual o indivíduo está inserido, com ênfase na família e na comunidade.

O interesse inicial em estudar o processo de trabalho da equipe no PSF justificase a partir da minha trajetória profissional como enfermeira sanitária, ao integrar a Equipe de Saúde da Família (ESF) na prática assistencial, do ano de 2002 até o ano de 2007. Ao lembrar o período de atuação na ESF, nesse território, vem à tona a satisfação em participar do programa, primeiramente pela própria dinâmica do trabalho em equipe, que se faz necessário, seguido do trabalho com a comunidade, onde buscava juntamente com a equipe responder às necessidades de saúde da

população, assim como contribuir com as melhorias nas condições de vida e saúde no processo saúde-doença dos indivíduos e das famílias.

Naquele período, foram várias as necessidades de saúde², identificadas e vivenciadas, onde não foi possível interferir positivamente no processo saúde-doença dos indivíduos e das famílias que eram atendidos nos programas preconizados pelo MS, ou até mesmo na demanda espontânea na equipe de saúde. Esta impossibilidade se deve aos problemas de saúde³ que, muitas vezes, dependiam dos outros níveis governamentais do município em que trabalhava, onde na maioria das vezes, faltava a intersetorialidade que garantisse a sua resolução. Essa realidade causava várias inquietações e, mesmo com a busca constante da participação desses outros setores para resolver os problemas diagnosticados, em diversos momentos não se alcançou os objetivos propostos, no que tange a integralidade da atenção á saúde da população.

Devido à dimensão dessas inquietações sobre o processo saúde-doença, vivenciado neste período, realizei nos anos de 2002 e 2003, um estudo sobre as representações sociais deste processo com a população em um município baiano. Posteriormente, como docente da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) no período de agosto de 2007 a julho de 2009, ministrei a disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, que foi desenvolvido nas ESF do município de Jequié-BA. Durante a supervisão do referido estágio percebi empiricamente, que a prática das ESF parecia distanciar-se do cuidado integral, em algumas situações.

Além disso, durante a atuação como enfermeira docente, no ano de 2008, percebi, também, que o processo de trabalho da equipe, por vezes, estava centrado na demanda reprimida, no modelo hegemônico ou no saber médico.

Neste período, foram promovidos momentos de discussão com os discentes, suscitando reflexões sobre a prática da equipe onde estava sendo desenvolvido o campo de estágio, ficando evidenciado que alguns profissionais da equipe, durante o

² **Necessidades de saúde:** são necessidades individuais e humanas e, também, as não reconhecidas, distorcidas e ocultas. Quando, porém, o conceito de necessidade de saúde é incorporado, aparecem outras possibilidades de escuta. Nesta perspectiva, se conseguíssemos escutar, entender e atender de maneira mais completa possível as necessidades das pessoas, o tema da integralidade subsumiria o da equidade, revelando diferentes necessidades de vínculo para diversas pessoas em determinados momentos, as várias necessidades de consumo de algumas tecnologias, relacionadas às condições de vida e muitas possibilidades de construir a autonomia no modo de andar a vida (FRANCESCHINI, 2005, p.148).

³ **Problemas de saúde:** é qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de anormalidades para quem está analisando uma determinada situação (VILABOAS; TEIXEIRA, 2001).

desenvolvimento de suas práticas, tinham atitudes que sempre se voltavam para o modelo hegemônico. Esta atitude também era observada com a população que, às vezes, preferia ser atendida pelo profissional médico, com o objetivo de buscar na unidade de saúde a cura da doença ou da própria medicalização por parte do profissional médico ou enfermeiro nos programas preconizados pelo MS.

No período de 2009-2010, participei do curso de “*Lato-sensu*” em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), onde foi desenvolvido um trabalho para a conclusão deste curso, que teve o processo de trabalho dos enfermeiros nas ESF como objeto de estudo. Assim, após a análise dos dados, foi despertado um grande interesse em aprofundar os conhecimentos sobre o processo de trabalho da equipe de saúde no PSF pois, diante dos relatos dos enfermeiros nas entrevistas, ficou claro que era necessário preencher as lacunas existentes neste estudo, ao definir apenas os enfermeiros como sujeitos da pesquisa. A necessidade de ampliação de conhecimentos estendeu-se à realidade da ESF, pesquisando o seu processo de trabalho.

Com o propósito de contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família (ESF), foram delineadas as seguintes **questões norteadoras** para este estudo:

- ↪ Como se desenvolve o processo de trabalho das equipes de saúde no PSF do município de Jequié-BA?
- ↪ Quais as tecnologias utilizadas pelas equipes de saúde no PSF no processo de trabalho no município de Jequié-BA?
- ↪ Quais as dificuldades e facilidades enfrentados pelas equipes de saúde no processo de trabalho no PSF no município de Jequié-BA?

A partir desses questionamentos, foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho das equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA.

Objetivos Específicos

- ↪ Descrever como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA;
- ↪ Identificar as tecnologias utilizadas pelas equipes de saúde no processo de trabalho no PSF no município de Jequié-BA;
- ↪ Descrever os fatores restritivos e facilitadores do processo de trabalho nas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA.

Este estudo é relevante, uma vez que propõe a promoção de reflexões dos profissionais de saúde, equipe e gestores a respeito do processo de trabalho na ESF, tendo em vista que está preconizado pelo SUS e o que está efetivamente executado na prática na organização do programa, o que poderá proporcionar uma reestruturação das práticas de saúde no processo de trabalho dessas equipes de saúde.

Com o propósito de operacionalizar este estudo, foram construídos os seguintes **pressupostos teóricos**:

- ↪ O processo de trabalho da equipe de saúde no PSF utiliza a organização tecnológica do trabalho em saúde, baseado na produção do cuidado dos indivíduos e das famílias, direcionado às atividades assistenciais de promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- ↪ O processo de trabalho das equipes de saúde no PSF utiliza em sua prática as tecnologias leves, leve-duras e duras, o que configura como uma reestruturação produtiva no modo de operar os atos de saúde no PSF, consubstanciado em dispositivos orientadores como acolhimento, vínculo e escuta para a produção do cuidado integral.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

O inesperado surpreende-nos. É que nós instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado.

EDGAR MORIN (2000)

2.1 EIXOS NORTEADORES: O SUS E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A crise dos anos 70, consequência da redução da arrecadação fiscal dos Estados, diminuiu drasticamente a capacidade dos países desenvolvidos em financiar seu desenvolvimento implicando em redução de gastos com as políticas sociais e a implementação de processos avaliativos que tinham como objetivo “avaliar os resultados dos serviços de saúde com relação aos seus próprios gastos” (FRANCO; MERHY, 2007a, p.76).

Posteriormente, com os obstáculos enfrentados pelos países que tinham dificuldade de financiarem o seu crescimento, o que teve inclusive, como consequência, o aumento dos gastos com as políticas sociais, inseridas no período anterior, entre elas, a de saúde, que passaram a ser o centro da atenção dos governantes (FRANCO; MERHY, 2007a, p.76).

O aumento nos custos dos serviços de saúde tornaram-se reduzidos e, em função da manutenção da hegemonia do modelo assistencial centrado no saber e atos médicos, procedimentos-centrados. Assim, na década de 70, os governantes passaram a conviver com o seguinte equívoco: de um lado, o aumento do déficit público, consequência da crise econômica recessiva, diminuindo sua capacidade de financiamento, causando repercussões na menor possibilidade de manutenção das políticas sociais. De outro, o sofrimento com a majoração dos dispendiosos serviços de saúde, que utilizavam maquinaria, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado, para operar a assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2007a).

No ano de 1978, foi realizada a Conferência de Alma Ata, sendo discutida a proposta dos ‘Cuidados Primários em Saúde’, apresentando a mudança no modelo de atenção à saúde. Neste contexto, a declaração enfatizou a saúde para todos no ano 2000, onde caracterizou os cuidados primários como uma educação referente aos problemas de saúde que estavam sendo enfrentadas no período. Assim como as práticas de prevenção e de luta que lhe são aplicáveis, a promoção de boas condições alimentares e nutricionais, um abastecimento suficiente de água saudável, medidas de saneamento básico, a proteção materna e infantil, incluindo o planejamento familiar, a

imunização das pessoas contra as grandes doenças infecciosas e preveníveis, a promoção e o controle das endemias em nível local, o tratamento das doenças e lesões comuns e o fortalecimento de medicamentos necessário à população (MERHY; FRANCO, 2007a).

Entretanto, essa proposta dos ‘Cuidados Primários em Saúde’ mostrou-se ineficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde vivenciados pela população; tal como se apresentaram no espaço social e no espaço singular do corpo, não consegue, portanto, contrariar fundamentalmente os interesses das grandes corporações econômicas da área de equipamentos biomédicos. Este fato aconteceu porque a resolução de Alma Ata não propôs alterar a micropolítica do processo de trabalho do médico, no que diz respeito às práticas do cotidiano. Essa proposta não foi eficiente para mudar o modelo assistencial médico hegemônico (FRANCO; MERHY, 2007a).

No Brasil, a década de 1980 foi marcada pela crise financeira e fiscal do estado e, no setor saúde, pela crise do sistema previdenciário e pela presença marcante do modelo assistencial médico hegemônico, que contribuiu para a ‘ineficiência do setor’ e para a ‘desqualificação profissional’, onde os atendimentos médicos tinham uma visão biologicista do processo saúde-doença⁴.

O início da década de 90 ficou marcado pelo aprofundamento da instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, pelo recuo dos movimentos sociais do cenário político, que adicionados à disseminação da ideologia neoliberal e o prejuízo do poder aquisitivo dos profissionais de saúde formaram a base para a operação descrédito contra o SUS (TEIXEIRA, 2002).

O SUS é o resultado do movimento da reforma sanitária no Brasil, que se organizou a partir dos movimentos populares, com o objetivo de suscitar o exercício da cidadania e garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, conforme prevê a Constituição Federal (CF) de 1988. Com a aprovação da CF, ocorreu a concretização das propostas da reforma sanitária e a implementação do SUS. Assim, pela primeira

⁴ **Processo saúde-doença:** é o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (ROUQUAYROL, 2003).

vez, foi incluída na Constituição uma seção sobre a saúde, incorporando o entendimento de saúde como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia.

Em seu artigo 196, a CF estabelece saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo garantido:

mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1988, p.118).

A regulamentação do SUS, através das leis orgânicas da saúde (8080/90 e 8142/90)⁵, estabelece princípios e propõe a implantação de um modelo de atenção que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização, o princípio da territorialidade, para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

O SUS é um sistema público, ou seja, destinado a todas as pessoas e financiado com recursos arrecadados através dos impostos que são pagos pela população. No SUS, o setor privado participa de forma complementar, através de contratos e convênios de prestação de serviços do Estado. Isso porque, nem sempre, as unidades públicas de assistência à saúde são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região.

Entretanto, desde o começo da implementação do SUS, diversos problemas foram observados para sua operacionalização, dos quais sobressaiam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara das funções para os três níveis de governo (federal, estadual e municipal); as formas de articulação entre o público e o privado no

⁵ **Lei 8.080/90 e 8.142/90:** a primeira destaca a descentralização dos serviços para os municípios, a reorganização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Reafirma como atribuição do município a direção municipal do Sistema Único de Saúde e execução dos serviços, ficando a União e os Estados responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação; a segunda resgata os mecanismos institucionais de controle social, vetados na lei 8080; incorpora a concepção de que a gestão do SUS é democrata através da instituição de instâncias colegiadas (Conferências e os Conselhos de Saúde) em todos os níveis de governo. Estabelece pré-requisitos legais para a descentralização da saúde. Institui o Conselho Municipal de Saúde em três níveis de governo de caráter permanente e deliberativo, garantindo a participação da sociedade organizada. Enquanto órgão colegiado composto de forma paritária por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990a, b).

novo modelo de organização do serviços; e a predominância do antigo modelo assistencial – o modelo médico hegemônico, voltado à cura de doenças e ações curativistas (VIANA; POZ, 2005).

Foram desenvolvidas algumas experiências inovadoras, nos anos 90, em alguns municípios, com o início do processo de municipalização. Posteriormente, foram publicadas, em 1993 e 1996, as Normas Operacionais Básicas (NOB's) do SUS que definiram e orientaram como a reforma do setor saúde deveria ser realizada, inclusive a normatização do papel de cada instância governamental. Ademais, estabeleceram a obrigação do município em oferecer à população atendimento integral à saúde, além de definirem as regras de financiamento do SUS. Estas duas NOB's^{6,7} são particularmente importantes para a compreensão das regras formais de operação do SUS e, conseqüentemente, para implantação e ampliação de dois novos programas: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios brasileiros.

O PSF teve início quando o MS criou a estratégia do PACS, em 1991, para todos os municípios. Neste momento, iniciou-se o enfoque à família como unidade das ações programáticas em saúde e não mais, somente, a atuação sobre o indivíduo, de forma isolada e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família), onde um Agente Comunitário de Saúde (ACS) seria responsável por esta microárea no território (VIANA; POZ, 2005).

Essas experiências de práticas de saúde com os ACS já vinham sendo realizadas de forma isolada nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, quando o MS, institucionalizou a implantação do PACS para estados e municípios, através da portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 do MS.

⁶ **Norma Operacional Básica 01/93:** estabeleceu distintas modalidades de habilitação municipal e estadual; estabeleceu mecanismos de gestão pluri-institucional com a criação das Comissões Intergestores bipartite (estados e municípios) e tripartite (união, estados e municípios), consolidando o cenário da negociação entre os três níveis de governo (BRASIL, 1993).

⁷ **Norma Operacional Básica 01/96:** implantou o Piso da Atenção Básica (PAB), que consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica; definiu as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão para estados e municípios; promoveu a reorganização do modelo de atenção adotando como principal estratégia a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além de estabelecer a transferência regular e automática fundo a fundo, ou seja, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e municipais (BRASIL, 1996a).

A estratégia do PACS foi estabelecida com o propósito de colaborar com a diminuição da mortalidade materna e infantil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, através da expansão da cobertura destas ações de saúde para as áreas mais carentes. Assim, com o êxito das experiências acumuladas através deste programa, no estado do Ceará, o MS percebeu que os ACS poderiam ser também peça fundamental para a organização dos serviços de saúde nos estados e municípios (VIANA; POZ, 2005).

Ao propor a implantação do PACS para estados e municípios brasileiros, o MS apresentou, com esta estratégia, os seguintes objetivos: melhorar através dos ACS, a capacidade dos indivíduos e das famílias de cuidar de sua saúde, fornecendo a elas, informações e conhecimentos sobre higiene, cuidados alimentares aos hipertensos e diabéticos, cuidados à criança e à mulher gestante, entre outros e contribuindo para a construção e consolidação do SUS, sendo que estes teriam que atuar em um território-microárea, desenvolvendo ações básicas de saúde na comunidade, na área de abrangência, identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doença, além de atuar como elo entre a comunidade e as unidades de saúde, contribuindo assim com a comunidade, no processo de apreender e ensinar a cuidar de sua própria saúde (PAIM, 2009).

Neste sentido, pode-se garantir que o PACS foi um precursor do PSF nos municípios brasileiros, por permitir mudanças nas práticas de saúde, em nível da atenção básica e do processo e tecnologia⁸ de trabalho que, ao longo dos anos, está voltado para a produção de uma assistência centrada no saber médico e em uma clínica baseada no aspecto biológico e na produção de procedimentos (FERREIRA; FRANCO, 2005).

Nesse contexto, o PSF nasce com a proposta de mudar o modelo da assistência à saúde, para efetivar os princípios do SUS, visando melhorar a realidade sanitária dos grupos populacionais, como resposta à crise do modelo assistencial médico hegemônico.

Ao ser criado pelo MS em 1994 o PSF, foi considerado como a 'porta de entrada' para o sistema local de saúde, com a finalidade de operar uma nova lógica do

⁸ **Tecnologia:** é o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo (MERHY, 2007a).

processo de trabalho, diante do ‘novo modelo’ que determinava mudanças na política de saúde local, na perspectiva de universalizar a atenção em saúde, conforme preconiza o SUS (ASSIS et al., 2010).

O PSF, ao ser criado pelo MS, elegeu como diretrizes operacionais do seu processo de trabalho os seguintes princípios (BRASIL, 2000):

- Substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde;
- Integralidade e hierarquização das ações (a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde);
- Territorialização e adscrição de clientela (o trabalho das equipes é desenvolvido em um território definido);
- Trabalho com uma equipe multiprofissional.

Portanto, as ESF devem atuar com base no novo formato de assistência proposto no âmbito do PSF, tendo na sua cartografia a localização central do espaço territorial que delimita a área de responsabilização de cada equipe e são, por excelência, o *locus* operacional deste programa. Aqui, aparece todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia/vigilância à saúde, cujo instrumental ocupa papel central nas práticas das equipes. A ESF se insere em uma determinada população do território, articulando, assim, a ideia de vínculo que tem como princípio à constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão co-responsabilizar-se pelo cuidado à saúde (MERHY; FRANCO, 2007a).

O PSF foi idealizado com o propósito de garantir os princípios do SUS e impulsionar a implantação do modelo assistencial da Vigilância à Saúde, configurando-se em resposta social organizada para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, em todas as suas dimensões, e sobretudo, para organizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articulados por diferentes estratégias de intervenção, resultante da combinação de práticas de promoção à saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa (VILASBÔAS, 1998; MENDES, 1996; PAIM, 1994).

Entretanto, o PSF ao ser implantado em um município como estratégia de mudança na atenção básica e do sistema municipal de saúde, deve aproximar-se das

propostas da vigilância à saúde, da oferta organizada e do acolhimento, como proposta para um modelo alternativo e que dê respostas aos problemas de saúde enfrentados por uma população em um território (PAIM, 2009).

Deste modo, a vigilância à saúde se insere como modelo assistencial, que visa à integralidade da atenção e à organização das práticas sanitárias para intervir sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde da população, como parte integrante do novo paradigma sanitário, ao ser considerada uma estratégia de organização da atenção primária e, por conseguinte, ter a proposta de mudança em todo o sistema de saúde, pela introdução de novas práticas sanitárias que são desenvolvidas por uma equipe num território-processo, com ênfase na família (MENDES, 1999).

A oferta organizada do PSF propõe a ideia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda. Para tanto, busca em equipe, redefinir as características da demanda, isto é, contempla as necessidades epidemiologicamente identificadas e mantendo relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea no interior de cada USF (PAIM, 2009).

Assim, ao buscar nortear-se pela oferta organizada, uma ESF estaria preocupada em atender indivíduos, famílias e comunidades que constituem a demanda espontânea por consulta, pronto atendimento, urgência/emergência e, ao mesmo tempo, permaneceria voltada para a execução de ações sobre o ambiente, o indivíduo e grupos populacionais, visando o controle de agravos, doenças e riscos, bem como o atendimento das necessidades da população. Nesta perspectiva, a ESF precisa dispor de um serviço de arquivo médico e estatístico organizado por microárea de cada ACS, com triagem normatizada através de protocolos assistenciais e um pronto atendimento com capacidade de atender o usuário ou encaminhá-lo, devidamente, através da rede de atendimento, a partir de um sistema formalizado de referência e contrarreferência (PAIM, 2009).

2.2 OS MODELOS ASSISTENCIAIS E AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A reflexão sobre os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil desenvolveu-se a partir da crítica elaborada sobre a organização dos serviços de saúde, principalmente na década de 70 e, especialmente, com a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que enfatizou que os referidos projetos devem ser estruturados com base nos problemas de saúde e nas necessidades sociais, identificados de forma coletiva, envolvendo distintos atores (profissionais, usuários e gestores do sistema de saúde) na efetivação do controle social para a formulação e acompanhamento das políticas de saúde.

Para tanto, é preciso leva-se em consideração os problemas e/ou necessidades de saúde que emergem das atuais condições de vida da população, e que requerem mudanças na organização dos modelos de atenção à saúde, de modo a incluir, não apenas as ações e serviços que incidem sobre os ‘efeitos’ dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as ‘causas’ (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1994; TEIXEIRA, 1998).

Os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde, podem ser definidos da seguinte forma:

Ao falar de modelo assistencial estamos falando de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicos, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. [...] entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulando a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos technoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que compõem como projeto político (SILVA JR., 1998, p.35).

Embora, desde a década de 80, tenha iniciado no Brasil a construção de propostas alternativas de mudança do modelo de atenção à saúde, continua-se convivendo, de forma contraditória ou complementar, com os modelos assistenciais sanitarista e o médico assistencial privatista, que se institucionalizam em políticas e

práticas sociais que reproduzem interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, por vezes distanciadas dos interesses e necessidades da maioria da população (PAIM, 2009).

No modelo assistencial sanitaria, as ações estão voltadas para o enfrentamento de problemas de saúde selecionados e para o atendimento de necessidades específicas de determinados grupos, através de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância sanitária e epidemiológica), apresentando evidentes limitações quando se trata de atender as demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade (CNS, 2000).

O modelo médico assistencial privatista hegemônico é centrado na clínica (demanda espontânea) e baseado nos procedimentos e serviços especializados. Neste caso, os indivíduos e grupos populacionais que não percebem a existência de problemas, ou que não estejam atentos às medidas de promoção e prevenção da saúde não serão alcançados pelo sistema de saúde (PAIM, 2009). Assim, esse modelo apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações (CNS, 2000).

Este modelo médico assistencial privatista torna-se hegemônico, tendo como principais características: a forte influência da Previdência Social, com extensão de sua cobertura, atenção individualizada, centralismo assistencial na prática médica, curativismo, biologicismo, fragmentação da assistência, incentivo à constituição de complexos hospitalares, prática médica orientada para a oferta de serviços, conforme determinação do mercado visando ao lucro.

No modelo hegemônico, o trabalho do médico é organizado em torno das tecnologias duras, desenvolvido de forma isolada dos outros profissionais de saúde da equipe, tornando especializado a cada introdução de novo tipo de associação entre procedimento e máquinas, necessitando de uma autonomia que os separa das outras modalidades de abordagens em saúde e alimentando uma organização corporativa poderosa, eticamente voltada para si mesma (MERHY, 1998).

Ainda, conforme o mesmo autor, pode-se afirmar também que esta maneira de operar o trabalho médico produz, frequentemente, a morte das tecnologias leves,

inscritas nos seus processos clínicos, o que gera, sistematicamente, uma relação usuário-profissional de saúde, marcada por um processo de alienação e desresponsabilização custosa e ocasionalmente resolutive.

No desenvolvimento do processo de trabalho, a tecnologia em saúde é classificada em leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato. Neste momento de falas e escutas, criam-se cumplicidade, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado. A tecnologia leve-dura refere-se aos saberes profissionais bem estruturados, como a clínica, a epidemiologia e dos demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações (MERHY, 1997).

Neste contexto, entende-se que o médico, ao priorizar a cura da doença no usuário, inferioriza a tecnologia leve, submetendo-a a lógica de dura e de uma leve-dura empobrecida, conseqüentemente encarecendo as ações de saúde, tanto por incorporar serviços dispensáveis, quanto por valorizar um sistema de saúde pouco resolutive (MERHY, 1998).

Entretanto, desde a década de 80, vêm surgindo propostas alternativas que buscam a superação dos limites desses modelos, principalmente o modelo hegemônico, visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre os problemas de saúde, bem como à concretização dos princípios básicos e diretrizes estabelecidos pela CF de 1988 (PAIM, 2003).

Essas propostas tiveram início com a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em alguns estados, como a Bahia, o Rio Grande do Norte e São Paulo, pela organização de distritos sanitários e ênfase na atenção primária de saúde (PAIM, 2003).

Posteriormente, na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o tema modelo de atenção foi discutido, especialmente, no que se refere ao financiamento e a gestão do sistema de saúde. Na 12ª CNS, no ano de 2003, o assunto foi debatido, transversalmente, na maior parte dos eixos temáticos. Desse modo, diversas iniciativas

têm sido empreendidas, no sentido de superar tais limites e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2009).

Desse modo, buscou-se a mudança do modelo de atenção, a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais, visando contemplar as suas dimensões econômica, política e ideológica, para a redefinição do objeto das práticas de saúde, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações e da sua cultura (TEIXEIRA, 2006).

Com a diversidade de situações de saúde nas várias regiões, estados e municípios do país, deve-se tomar como pressuposto que não existirá um modelo de atenção à saúde, definido centralmente. Princípios e diretrizes gerais podem até ser adotados desta forma, mantendo a ‘unidade na diversidade’ de modelos a serem construídos a partir das condições concretas de cada município e estado, entre estes, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, mediante os conselhos e conferências de saúde (TEIXEIRA, 2006).

Para melhor contextualizar a proposta de reorganização da atenção à saúde no Brasil, buscaremos descrever o processo de elaboração e de experimentação que ocorreu durante a década de 90 e na percepção de vários estudiosos na área da saúde coletiva.

O modelo das ações programáticas de saúde tem sua origem nos estudos do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade São Paulo (USP) e implica na utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população, que demanda os serviços das unidades básicas.

As ações programáticas em saúde são definidas como uma presunção de organizar o trabalho, fundamentada no ideal de integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica, como ponto de partida para definir a lógica de estruturação dos programas de saúde. Na prática das equipes, observou-se que os programas são orientados conforme o modelo sanitário de apreensão, quer

sejam de patologias específicas, como a tuberculose, hanseníase, ou de grupo de riscos de adoecimento como gestantes ou crianças (NEMES, 2000).

Esta forma de organizar o trabalho pelos profissionais da área opera uma tecnologia baseada em saberes e práticas de saúde e possuem as seguintes características tecnológicas, para organizar o processo de trabalho: operação da equipe a partir de atividades eventuais e de rotinas, programas definidos por grupos populacionais, hierarquização interna das atividades, utilização de equipe multiprofissional, sistema de informação que garanta avaliações da própria unidade e gerência da unidade por médico-sanitaristas (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

O modelo da vigilância da saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos Sanitários, implantados no final dos anos 80 e início dos anos 90. Sua proposta pretende dar conta do princípio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva ‘vertical’, de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto ‘horizontal’, no que diz respeito à articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Sua proposta inclui o fortalecimento e a articulação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador e a vigilância ambiental, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2006).

Os princípios da Vigilância à Saúde estão alicerçados em três pilares: territorialização (reconhecimento e esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde), problemas de saúde (trata-se do uso inteligente da epidemiologia através da microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações sobre o território-processo) e a intersetorialidade (refere-se ao desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 2002).

O PSF foi formulado como um programa ‘vertical’, ao ser implantado nas Regiões Norte e Nordeste do país, onde se observava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início da década de 90, foi reapropriado e redefinido por um conjunto heterogêneo de atores políticos, em nível estadual e, posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala (TEIXEIRA, 2006).

Com isso, a partir de 1994 e, principalmente no período de 1998 a 2002, o PSF deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde no SUS. Para tanto, as ESF deveriam implementar ações territoriais que extrapolassem os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (TEIXEIRA, 2006).

Na atualidade, percebe-se que o PSF, em seu processo de trabalho, executa um caráter muito prescritivo pelos trabalhadores de saúde. São priorizados os locais para atendimento: unidades básicas para indivíduos de risco e visitas domiciliares referidas como compulsórias para acolhimento e atenção aos diversos grupos de risco. Da mesma forma, existe uma lista de atividades que devem ser realizadas pelas equipes de saúde em seu processo de trabalho, com o propósito da promoção, proteção e recuperação e não à produção do cuidado aos indivíduos (FRANCO; MERHY, 2007a).

O modelo em defesa da vida nasceu em Campinas, no final da década de 1980, idealizada por um grupo de profissionais envolvidos com o Movimento pela Reforma Sanitária, cujo propósito está fundamentado nos seguintes princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania, serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

O acolhimento é um modelo de atenção que exige alterações de postura em todo o sistema de saúde, para receber os usuários e responsabilizar-se por eles de maneira integral (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A proposta do acolhimento nos serviços de saúde e principalmente no PSF deve ser construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo assistencial, privilegiando uma organização do serviço de saúde usuário-centrada. Deve ser incorporado ao PSF, baseado nos seguintes princípios: a) prestar atendimentos a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, garantindo acesso universal; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, 'equipe de acolhimento'; c) qualificar a relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007a).

Assim, pode-se garantir que os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde, e inclusive a maneira como ela é responsável ou responsabilizada pelas outras tecnologias na mediação entre a leveza e as duras, com um sentido claramente marcado pela identificação do problema de saúde e da conquista de autonomias (MERHY, 1998).

Entretanto, o autor comenta ainda que só um modelo assistencial que produza modalidades tecnológicas de assistência na atenção básica do sistema de saúde, ou seja, nas ESF, gerenciadas pelo universo das tecnologias leves e que tenham abrangência individual e coletiva, é que poderá responder a essa situação, e isto implica numa decisão política clara, pelos gestores de saúde, em investir na qualificação clínica das redes da atenção primária em saúde, ao tempo que se aposta na produção de intervenções sobre as probabilidades coletivas de adoecer (MERHY, 1998).

Assim, só construindo um modelo que explore a capacidade cuidadora do conjunto dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico/auxiliar de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde - ACS e o Auxiliar de Consultório Dentário - ACD) será possível a reforma do sistema de saúde em defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 1998).

No sentido de garantir que o processo de trabalho em saúde garanta a defesa da vida, a proposta da linha do cuidado foi primeiramente implantada na capital de Belo

Horizonte, com o nome do projeto BH-Vida: Saúde Integral, no ano de 2003, com 403 ESF, cobrindo 70% da população do município (MERHY, 2007a).

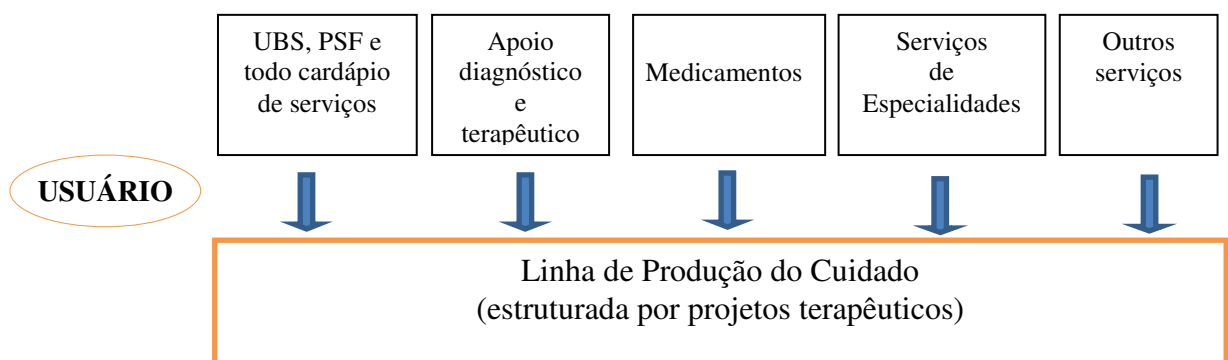
No ano de 2009 a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) estimulou a implantação desta proposta nas ESF dos municípios baianos, com o propósito de estabelecer estratégia estruturante da organização do processo de trabalho que não seja direcionado apenas para os problemas definidos como prioritários, com ênfase na atenção integral à saúde.

No PSF, a integralidade inicia-se pela organização do processo de trabalho na atenção primária⁹, em que a assistência à saúde deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, responsável pelo cuidado aos indivíduos e famílias, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vínculo à clientela, em uma área de abrangência deste programa.

Na proposta da Linha do Cuidado no PSF a produção da saúde é direcionada aos usuários, ou seja, o seu fluxo na rede de atenção deve ser capaz de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência, em todos os níveis do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) (MERHY, 2007a).

Assim, para melhor compreensão da organização desta proposta na rede de assistência integral, será demonstrado seu funcionamento, conforme a figura a seguir (MERHY, 2007a, p. 130):

Figura 1: Fluxograma da proposta da Linha de Cuidado.



Fonte: Merhy (2007, p.130)

⁹ **Atenção primária à saúde:** é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto aquelas muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Nesta proposta, o usuário é o sujeito fundamental de todo o processo de produção do cuidado, quebrando com um tradicional jeito de intervir sobre o espaço das necessidades de saúde, de forma compartimentada (MERHY, 2007a).

Entretanto, para que a proposta da linha do cuidado seja operacionalizada em uma ESF, torna-se necessário pensar que ela é o ponto de encontro de uma implicada rede de petição e compromissos¹⁰, de diversos serviços que sustentam a sua produção. Estes são geridos por atores que passam a figurar como gestores da assistência, quando são inseridos na rede de petição que alimenta a linha de produção. Assim, caminham por essa, os que procuram assistência aos usuários, os que regulam seu funcionamento, os gestores; os que pactuam os contratos com a rede do SUS, os prestadores; os que realizam o processo de trabalho, os trabalhadores, e mais uma infinidade de atores que operacionalizam suas ações em uma determinada cartografia¹¹ de interesses inseridos na cena da produção (MERHY, 2003).

A proposta da linha do cuidado deve ser organizada por uma ESF com grande competência de interlocução, negociação na rede de atenção, associação fina da técnica e política, envolvimento no processo de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta (MERHY, 2007a):

- Disponibilidade de recursos que devem manter as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de assistência do nível secundário e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado;
- Fluxogramas assistenciais centrados no usuário, com o propósito de facilitar o seu caminhar na rede de assistência;
- Ferramentas que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da assistência à saúde;

¹⁰ **Rede de petição e compromissos:** é uma descrição das relações intra e interinstitucionais, onde são revelados os estranhamentos e conflitos entre os diversos atores do cenário (MERHY, 2007).

¹¹ **Cartografia:** é um método que pretende revelar processos de produção de subjetividades, isto é, a subjetivação, usando da observação de agenciamentos de desejo, de fatores de efetivação, de dispositivos coletivos de produção social, tendo como pressuposto que há uma produção subjetiva da realidade social (FRANCO et al., 2009).

- Contrarreferência para as ESFs na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde deve acontecer o vínculo e acompanhamento permanente do usuário sob cuidados da rede de atenção;
- Gestão colegiada abrangendo os diversos sujeitos que controlam os recursos do SUS;
- Intersetorialidade como política estruturante da intervenção positiva, também na questão do processo de saúde e doença.

Na atualidade, a proposta da linha do cuidado no PSF é operacionalizada por algumas equipes de saúde em fase experimental. Baseado nesta proposta considera-se que grande parte dos problemas de saúde pode ser solucionada neste nível de atenção.

2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para iniciar uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, é preciso compreender o conceito de trabalho, como a transformação de um objeto em um determinado produto, por meio da intervenção do homem que, para fazê-lo, utiliza instrumentos específicos. Desta forma, o trabalho é algo que o ser humano faz intencional e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para ele próprio (MARX, 1994).

Na saúde, o processo de trabalho permeia relações sociais historicamente determinadas, que se caracterizam em práticas de saúde exercidas por profissionais em uma relação dialética entre as necessidades de saúde da população e o modo de organização dos seus serviços (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O processo de trabalho é, então, entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos, profissionais que se organizam para produzir serviços, de modo a prestarem a assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Assim, de acordo com Nunes (2001, p. 133), 'o trabalho em saúde é todo ato técnico orientado para a intervenção direta e indireta sobre o objeto e suas

necessidades’. Dessa forma, fica claro que as necessidades de saúde, sentidas pelos usuários/famílias, surgem a partir de sua inserção social e das diferentes concepções de saúde/doença.

No campo da saúde, recomenda que as necessidades de saúde sejam organizadas em quatro grupos: ‘o primeiro refere que é ter boas qualidades de vida [...]; o outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; o terceiro fala a respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um trabalhador [...]; um quarto refere à respeito de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida’ (CECÍLIO, 2001). Assim, conclui-se que todas as ações ligadas à promoção, prevenção, reabilitação e cura estão unidas a alguma das formas relacionadas nos grupos de necessidades citados acima (FRANCO, 2007b).

Assim, estes conjuntos de necessidades descritos nos mostram que problemas de saúde são sempre complexos, porque abrangem inúmeros contextos da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de ordem social e subjetiva. Por sua vez, para ser dinâmico, o trabalho em saúde deve responder a esta complexidade e dar sentido à intervenção nas múltiplas áreas da saúde (FRANCO, s.d.).

Na saúde, a produção do processo de trabalho, é determinada pelos profissionais que dominam conhecimentos necessários para o exercício das atividades específicas, de acordo a sua qualificação profissional. Assim, este processo é desenvolvido pelo trabalho do médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e demais profissionais, que são os produtores da saúde e, nesta situação, interagem com o consumidor (usuário), enquanto estão realizando os procedimentos (PIRES, 1999).

Nesta perspectiva, qualquer abordagem assistencial que um profissional de saúde execute junto a um usuário-cliente, constitui-se em um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e, no qual, se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, tais como momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou das intenções

que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade; momentos de credibilidade e esperança, nos quais se reproduzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998).

O propósito de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar, procurando mostrar como isso é marcador dos territórios que delimitam o conjunto dos processos de trabalho em saúde e sua micropolítica e dos distintos modos tecnológicos de operar os atos produtivos deste campo de práticas (MERHY, 2007).

Deste modo, numa equipe de Saúde da Família (ESF), os atos produzidos por ela têm sempre uma intenção, e vai se constituir num contexto social e histórico, expresso em seus componentes operadores, o trabalho vivo e o trabalho morto (MISHIMA et al., 2001). Assim, Merhy (1997, 2002, 2007b) define o trabalho vivo como aquele que se dá no momento de sua execução e com isto, carregado de possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas; e trabalho morto, como os produtos, meios e instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar esse ato produtivo pelos trabalhadores de saúde em uma ESF.

Neste contexto, quando o processo de trabalho é conduzido pelo trabalho vivo, o profissional de saúde tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, se relacionar com o usuário, experimentar soluções para os problemas de saúde que surgem e o que é mais importante, interagir e inserir o usuário no processo de produção de sua própria saúde, fazendo-o sujeito, ou seja, ator principal do seu processo saúde-doença.

Entretanto, quando o processo de trabalho é hegemonizado pelo trabalho morto, este é pré-programado, porque são direcionados pelos instrumentos e equipamentos onde opera, como se ele estivesse aprisionando o trabalho vivo, limitando a ação do profissional de saúde àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo e formulários. Neste momento, não existe a interação entre trabalhador e usuário, construção de sujeitos, nesse encontro realizado, para produzir o cuidado. Existe exclusivamente um processo frio e duro de produção de procedimentos (FRANCO, s.d.).

Assim, toda ação produtiva envolve sempre o trabalho morto e trabalho vivo em ato, para que se realizem os produtos almejados. No processo de trabalho, no caso da saúde, um deles tem a hegemonia e determina o perfil da assistência. Assim, quando se fala que um profissional de saúde vai realizar uma anamnese e utiliza um roteiro/questionário, diz-se que ele executou trabalho morto; porém, nos momentos que este trabalhador utilizou os atos de fala, escuta e olhares, refere-se à execução do trabalho vivo em ato (FRANCO, s.d.).

A Composição Técnica do Trabalho (CTT) é definida como a razão entre o Trabalho Morto, ou seja, aquele que se expressa por meio de instrumentos, ferramentas, norma e protocolos, empregados no processo de trabalho em saúde e o Trabalho Vivo que é o trabalho em ato, atuando em movimentos contínuos e sequenciais, de estruturação de determinado produto, realizado permanentemente. Eles vivem com a produção do cuidado, constituindo um núcleo tecnológico do processo de trabalho (FRANCO, 2003).

Neste contexto, se a assistência ao usuário deve acontecer baseada em parâmetros humanitários, com atitudes acolhedoras, ou ao contrário, de forma burocrática e sumária, é produzida por quem está em ato, na relação com o usuário, no caso, o próprio profissional de saúde. O lugar de trabalho, onde existem realizações simultâneas impulsionadas pela prática de cada um, é o lugar da micropolítica, de produção da saúde (FRANCO, 2003).

Neste sentido, a micropolítica pode ser compreendida “como o protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde, nos seus ambientes de trabalho e relações, conduzidos por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde” (MERHY; FRANCO, 2009).

No espaço da micropolítica, os processos de produção da saúde mais tradicionais se organizam em campos de ação estruturando, assim, processos produtivos centrados no instrumental e nas normas, dependentes do trabalho morto, como formas de garantir maior produção de procedimentos (FRANCO, 2003). No Brasil, este fato foi construído historicamente, por meio da prevalência dos interesses da indústria de medicamentos e aparelhos biomédicos na determinação dos modelos

assistencial de saúde, que atuam criando a subjetividade¹² entre os diversos profissionais de saúde, que dá formação (refere-se à prevalência dos interesses?) ao imaginário de que a qualidade da assistência está vinculada ao uso das tecnologias duras e leve-duras, isto é, equipamentos e saberes estruturados (FRANCO, 2003).

2.4 PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O processo de trabalho das ESF tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos de doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas preventivas, para preservar a saúde ou prevenir as doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde, sendo que o produto final é a própria assistência de saúde, que é produzida no mesmo momento em que é consumida pelo indivíduo (MARX, 1994).

Deste modo, o processo de trabalho consiste na transformação da natureza pelo ser humano enquanto produção social, provida de significação, finalidade e impregnada pela cultura daquele que o faz. Quando realizado por uma ESF no PSF, constitui-se em serviço fundamentado numa interação muito particular entre a equipe e o usuário (MERHY, 2007a).

No cotidiano do seu processo de trabalho nas equipes de saúde, todos os trabalhadores fazem clínica, sendo esta o campo principal, no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas. Observa-se, que os usuários buscam em seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo (MERHY, 1997).

Neste sentido, o encontro entre um profissional de saúde e o usuário em uma ESF, pode ser visto a partir da noção das valises que estes profissionais de saúde utilizam para agir em seu processo de intercessão. Considera-se que essas valises

¹² **Subjetividade:** é um conjunto de condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva (GUATTARI, 2006).

representam caixas de ferramentas tecnológicas, como os saberes que eles utilizam durante a consulta médica e de enfermagem e seus desdobramentos materiais e não materiais, nas ações de saúde que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam nesse encontro e conforme os propósitos que desejam alcançar (MERHY, 2007b).

Para a sua atuação na ESF, durante seu atendimento em um PSF, o profissional de saúde utiliza três valises tecnológicas: uma vinculada a sua mão e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, o otoscópio, o sonnar, entre outros instrumentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas, formada pelas tecnologias duras; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa constituída pela tecnologia leve-duras; e a outra que está presente no espaço relacional entre profissional e usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre esses dois sujeitos, que só é materializada em ato (MERHY, 2007b).

A outra valise, a da cabeça, permite processar o recorte centrado na inspeção da equipe de saúde sobre o usuário durante a consulta, sendo este objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades de saúde sob uma forma particular de significá-los. Esse olhar é construído de conhecimentos definidos, expressando-se como trabalho morto, daí o seu lado duro (MERHY, 2007b).

A última valise está presente no processo relacional entre a equipe de saúde e o usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre esses dois sujeitos, que só se materializa em ato (MERHY, 2007b).

Para tanto, a equipe de saúde devem desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade; estes processos de trabalho devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas às famílias e aos indivíduos na comunidade (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria 648/Gabinete do Ministério (GM) em 2006, que o PSF pode se configurar em estratégia prioritária para

reorganização da Atenção Básica¹³, regulamentando de forma verticalizada o Processo de Trabalho das ESF, para que as equipes produzam as mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2006a, p.13).

A seguir, serão descritas as características do processo de trabalho, comuns a todos os profissionais que atuam na ESF (BRASIL, 2006a, p.13):

I – atualização do cadastro das famílias e dos indivíduos e utilizar, sistematicamente, os dados para análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II – definição precisa do território de atuação, através do mapeamento e do reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com constante atualização;

III – diagnóstico, programação e implementação das atividades, a partir de critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais evidentes;

IV – prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, no intuito de implementar intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V – trabalho interdisciplinar e em equipe, com integração de áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI – promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais e o estabelecimento de parcerias, integrando projetos sociais afins, voltados para a promoção da saúde, conforme as prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII – valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII – promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

¹³ **Atenção Básica:** um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007a).

IX – acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Esta mesma portaria institui, também, as atribuições específicas para o cirurgião dentário, o Técnico de Higiene Dentário (THD) e o ACD (BRASIL, 2006a).

Desta forma, as práticas devem promover mudança no modelo hegemônico, ainda predominante nas ESF e garantir a produção do cuidado integral da saúde do indivíduo e da coletividade de forma humanizada e acolhedora.

2.5 O TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho propõe a ação racional teleológica, abrangendo a atuação instrumental e a atuação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas e, a segunda, por máximas e valores que procuram exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a determinação do outro (PEDUZZI, 2001).

A atenção a saúde dos indivíduos engloba um trabalho do tipo profissional, ou seja, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos científicos e técnicas especiais para prestar assistência individual ou a grupos de pessoas com problemas de saúde ou com a probabilidade de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o propósito de reabilitação, quando o indivíduo ou grupo social não pode fazer por si mesmo ou sem essa ajuda profissional (PIRES, 1999).

Na área da saúde, o ‘trabalho em equipe’ surgiu em uma conjuntura constituída por três vertentes: 1) a noção de integração, que institui uma definição estratégica do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária nos anos 60 e, posteriormente, dos programas de extensão de cobertura implantados no Brasil, nos anos 70; 2) as alterações na abordagem de saúde e doença que transitam entre as concepções da unicausalidade e da determinação social da doença; 3) as consequentes mudanças que ocorreram no processo de trabalho, com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução dos novos instrumentos e tecnologias (PEDUZZI, 2009).

Nos anos 50, nos EUA, no processo de emergência da medicina preventiva, foi proposto um projeto de alterações na prática médica, com uma redefinição radical da função do médico, sendo inserida, pela primeira vez, a ideia de trabalho em equipe multiprofissional liderada pelo médico, nas propostas curriculares de ensino de graduação (AROUCA, 2003; SILVA, 2003; PEDUZZI, 2009). Além da conexão da medicina preventiva às demais especialidades, este movimento adotou uma nova definição de saúde e doença, para o qual a saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio e a doença, é um processo de interação do homem com os agentes causadores da doença e o seu ambiente.

Esta concepção de saúde e doença está respaldada nos processos interativos da história natural da doença, proposto por Leavell e Clark que assumiram o conceito de saúde, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ROUQUAYROL, 2003). Assim, no ano de 1946, a OMS adotou a definição de saúde, ‘como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença’ (OMS, 1946). Neste contexto, as ações de saúde passam a ser redirecionadas no sentido de aquisição de um estado ‘global’ de saúde com a prevenção de doenças e a recuperação ‘integral’ do indivíduo (PEDUZZI, 2009).

No que se refere ao modelo de causalidade do processo saúde-doença, a medicina preventiva liberta-se do conceito de doença como seu único agente causador, fundamentando-se na era bacteriológica, pois se tornou insustentável explicar a doença restringindo-se a um agente etiológico causador, passando a adotar o modelo da multicausalidade (FACCHINI, 2009; PEDUZZI, 2009).

Assim, o sentido de equipe de saúde parece estar respaldado, especialmente, com a noção de atenção integral ao usuário, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, que necessitariam ser contemplados a partir da definição do processo saúde-doença, da história natural das doenças e da proposta de integração. Entretanto, mantêm-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual, outros trabalhos especializados são acrescentados (PEDUZZI, 2009).

Nos EUA, ainda na década de 50, apareceu no campo da enfermagem, a estratégia do ‘trabalho em equipe’, através de experiências alcançadas no Teacher’s College da Universidade de Columbia, que preconizam a organização do serviço de

enfermagem com base em equipes lideradas por médicos. No trabalho da enfermagem, o modelo de organização expressa uma crítica ao modelo funcional, centrado na tarefa em detrimento do cliente, buscando a resolução para a escassez de pessoal de enfermagem nos anos pós Segunda Guerra Mundial (ALMEIDA; ROCHA, 1986; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005; PEDUZZI, 2009).

Nas duas áreas, tanto da medicina, quanto da enfermagem, buscaram-se alternativas para o problema crescente dos gastos com saúde na assistência médica. Os gastos médicos progressivos, em grande parte decorrentes da incorporação dos valores dos produtos industriais, farmacêuticos e equipamentos ao valor do cuidado médico, introduziram um dos elementos contraditórios da prática médica em seu processo de extensão, ou seja, ampliação quantitativa dos serviços com a incorporação crescente da população (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; PEDUZZI, 2009).

Neste sentido, essa propagação necessitou de uma nova estruturação dos elementos que compõem a prática médica, sobretudo uma forma distinta de utilização do trabalho médico, o que aconteceu através da incorporação de outras categorias profissionais, constituindo assim uma prática complementar e interdependente entre os distintos trabalhadores na área da saúde (PEDUZZI, 2009).

Deste modo, ocorreu o processo de divisão do trabalho, através do qual acontece essa distribuição de tarefas, no interior de um processo social de mudanças da concepção de saúde e doença, citado anteriormente, seguido de alterações introduzidas nos processos de trabalho e no modelo de atenção (PEDUZZI, 2009).

Assim, na sua origem, o ‘trabalho em equipe’ não tem apenas o caráter racionalizador da assistência médica, mas no propósito de organizar melhor a relação custo/benefício do trabalho do médico e a cobertura da população atendida respondendo, assim, a integração das disciplinas e das profissões, entendida como fundamental para o desenvolvimento das práticas de saúde, a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença (PEDUZZI, 2009).

No Brasil, após a década de 70, as questões referentes à equipe de saúde ganharam maior ênfase. Este período foi marcado pela crescente expansão do mercado de trabalho em saúde e pela veiculação dos modelos de reforma médica – medicina preventiva, medicina integral e medicina comunitária. Nestas propostas, era enfatizado

o trabalho em equipe, enquanto estratégia de extensão de cobertura e diminuição dos serviços em saúde (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; MENDES, 1985; PEDUZZI, 1998).

Posteriormente, na reforma sanitária brasileira, o trabalho em equipe e a integralidade das ações em saúde foram propostos, incorporados pelas políticas públicas, entendendo que essas formas de trabalho representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor (PEDUZZI, 1998).

Entretanto, apenas a partir de meados dos anos 80, a tendência à bipolaridade das equipes de saúde foi revertida, aumentando o número de profissionais de nível médio, especialmente auxiliares de enfermagem e de outros profissionais de nível superior (não médicos): enfermeiros, terapeutas ocupacionais e de fisioterapeutas, estabelecendo assim as possibilidades de trabalho em equipes multiprofissionais, mais complexas e qualificadas (MÉDICI et al., 1992; PEDUZZI, 2009).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, foram discutidas as políticas de recursos humanos, representando uma inflexão importante, dando maior ênfase à ‘equipe em saúde’ como unidade produtiva, em substituição ao trabalho sozinho e isolado de cada profissional (PEDUZZI, 2009)

Posteriormente, foi legitimada pela CF de 1988, em seu artigo 198, inciso II, a ideia da integralidade na prática de saúde, onde foi priorizado o atendimento integral aos indivíduos e às famílias, com ênfase nas atividades preventivas, sem prejuízo para as atividades assistenciais (BRASIL, 1988).

No Brasil, após a realização de diversos estudos em relação à organização institucional ou ao modelo assistencial, que mostraram a hegemonia médica centrada no cuidado individual e atenção médica, propôs-se a reinstauração de uma dada normatividade biológica. Esses estudos analisaram e mostraram a necessidade de superação desse modelo assistencial, pela articulação de intervenções de diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos – população, usuário e não usuário dos serviços e agentes do trabalho (SCHRAIBER, 1990; ALMEIDA 1991; MERHY, 1992; CAMPOS, 1992; MENDES, 1994; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Neste contexto, com a implantação do PSF, no ano de 1994, estabelecida como estratégia prioritária para a reorganização das práticas de saúde, destaca o trabalho em equipe como um dos princípios norteadores do programa (BRASIL, 2001a).

É de fundamental importância o trabalho em equipe no PSF, essencialmente, pelo aspecto da integralidade do cuidado aos indivíduos e às famílias; tem como propósito, a obtenção de resultados sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, dos indivíduos e das famílias em um território. A integralidade é considerada como um dos princípios doutrinários do SUS, e reveste-se de uma importante estratégia para a efetivação de um novo modelo proposto no SUS (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Deste modo, a abordagem integral dos indivíduos e das famílias é promovida pela soma dos diferentes olhares dos trabalhadores de saúde que compõem a ESF. Neste sentido, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes determinantes e condicionantes que interferem no processo saúde-doença. É importante recordar que a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional proposto pelo programa, não garante uma ruptura com a dinâmica proposta do modelo médico-hegemônico. Para tanto, faz-se necessária a utilização de dispositivos que alterem a dinâmica do processo de trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada membro da equipe (FRANCO; MERHY, 2007a).

Sob esta visão, o perfil dos trabalhadores de saúde deve mudar, tendo em vista esta nova proposta de trabalho. Porém, percebe-se que uma das maiores dificuldades na implementação desta proposição refere-se à carência de profissionais de saúde com o objetivo de atender a essa nova realidade (CAMPO; BELISÁRIO, 2001).

Assim, para atuar no PSF, faz-se necessária a formação na área, que tenha como objetivo a transformação das práticas dos trabalhadores de saúde pela própria organização do trabalho, e estruturar-se, a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

O trabalho na ESF é de grande responsabilidade e requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade em que consiste a atenção primária

de saúde, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, trazendo a intersectorialidade como parceria na resolução dos problemas inerentes, que são identificados pela equipe de saúde na comunidade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Com o propósito de definir ‘trabalho em equipe’, realizou-se uma busca bibliográfica na base de dados Lilacs, Medline e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e foram encontrados outros conceitos de trabalho em equipe. Peduzzi (2001, p.103), define trabalho em equipe:

como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos trabalhadores de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

Neste sentido, o trabalho coletivo é uma modalidade no trabalho em equipe, que se caracteriza pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação (PEDUZZI, 1998). O trabalho em equipe no PSF deve estabelecer uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício diário do trabalho, no qual os atuantes devem operar a articulação das intervenções técnicas, através da linguagem (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

O PSF, em seus princípios, busca trabalhar com a equipe multiprofissional, propondo a articulação referente à recomposição dos diferentes processos de trabalho, porém, devem-se considerar as conexões e interfaces existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe é considerado fundamental para o desenvolvimento do processo de trabalho no PSF. Deste modo, uma equipe de saúde deve ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde e outros profissionais, sendo que estes são responsáveis por uma população de 4.000 pessoas, em um território (BRASIL, 2006a). Entretanto, foi no ano de 2001, através da publicação da portaria 1.444 de 28 de dezembro, que o MS incluiu a equipe de saúde bucal nas ações

do PSF, sendo a mesma constituída por um cirurgião dentário e um ACD (BRASIL, 2001b).

Na ESF, as funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimento no consultório pelo médico, enfermeira e odontólogo. As visitas domiciliares são compulsórias e apresentadas com grande importância no programa para mudar o modelo de assistência, já que o PSF trabalha a ideia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil ‘higiênico’ da população e, assim, prevenir os agravos à saúde (BRASIL, 1997).

Na atualidade, conforme o Pacto pela Saúde, as principais responsabilidades da ESF em determinado território são as ações na área de saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão arterial, controle de diabetes mellitus, eliminação de hanseníase e ações de saúde bucal (BRASIL, 2006b).

Para tanto, faz-se necessário que o trabalho em equipe ganhe uma nova dimensão no sentido da divisão do trabalho, onde cada membro, com as suas responsabilidades de cuidados aos indivíduos e às famílias, participa com as suas especificidades contribuindo, assim, para a qualidade na prestação da assistência. Baseado no princípio de integralidade do cuidado aos indivíduos, regido pelo SUS, a equipe deve manter uma ação interdisciplinar das práticas em saúde, onde ocorre a valorização das diversas disciplinas, cooperando para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Nesta perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerando que este foi o centro da atenção no modelo hospitalocêntrico, passando no PSF compartilhar das atribuições com todos os membros na equipe¹⁴ de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho em saúde, na ESF, deve se desenvolver a partir de duas vertentes distintas, embora não excludentes: a epidemiologia e a clínica, que dão origem aos modelos de atenção na saúde. Assim, conforme o movimento em defesa da vida (CAMPOS, 1992; CECÍLIO 2001; MERHY, 1997), a epidemiologia seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar os problemas de saúde de um território,

¹⁴ **Equipe:** no processo de produção em saúde, sempre fará referência a uma situação de ‘trabalho’ e que este refere-se à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

mas não poderia substituir a clínica, que é a tecnologia de que dispomos para o cuidado aos indivíduos. A proposta seria de ampliar a clínica, enriquecida por novos referenciais, pelo regaste da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos profissionais em lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários.

Neste sentido, cada profissional de saúde das ESF, deve ter uma forma singular de executar o seu trabalho e, portanto, sob o olhar da micropolítica, uma mesma equipe poderá operar vários modelos assistenciais, pois se vinculam aos modos como o trabalhador de saúde realiza seu processo de trabalho, conforme os saberes, tecnologias e atitudes diante dos outros membros da equipe de saúde e do usuário (ANDRADE; FRANCO, 2009). Existe uma forma singular de perceber e interpretar o mundo do cuidado, e cada um atua conforme seu dever de trabalhador, ou seja, uma mesma equipe de saúde pode existir aquele que trabalha centrado no modelo da Vigilância em Saúde, outro nas Ações Programáticas, ou no Acolhimento ou nas Linhas do Cuidado.

2.6 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A organização do processo de trabalho da ESF tem, como pressuposto, a integralidade na produção do cuidado, em um sistema de trabalho centrado no usuário e nas relações acolhedoras da equipe multiprofissional, capaz de estabelecer vínculo, em um processo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários, onde a equipe responsabiliza-se pelo cuidado (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2009).

Entretanto, tanto os trabalhadores quanto, os usuários são considerados agentes da organização, mesmo que haja alguns em alta direção, como ocorre com os gestores. Assim, na organização do trabalho em uma ESF, a verdadeira organização é conceituada pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia (FEUERWEKER, 2005). Desta forma, entende-se que todos os profissionais da equipe e usuários são responsáveis pela organização de uma ESF.

Deste modo, as organizações de saúde são constituídas por três campos de conflito (MERHY, 2007b):

1. No primeiro, o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, desenhado a partir da ação de distintos atores que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, agrupam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo, de modo a fazer valer os interesses dos usuários, é por meio da participação popular nos Conselho Local de Saúde (CLS) e da pactuação política entre os gestores.
2. No segundo, a produção de atos de saúde ocorre em um terreno do trabalho vivo em ato (isto é, um terreno no qual prevalecem as tecnologias leves – das relações- em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados), que consome trabalho morto, visando à produção do cuidado. Isto acontece porque a produção de atos em saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores de saúde¹⁵.
3. O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores sociais a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um lugar de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores de saúde a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse do usuário, na ESF.

Esses três campos de tensão são espaços estratégicos para qualquer intervenção, com o propósito de aumentar a governabilidade do gestor, ou para definir as possibilidades de implementação de um dado desenho organizativo da assistência (FEURWERKER, 2005).

O PSF foi estruturado com base no modelo assistencial da vigilância à saúde, fundamentado na epidemiologia e orienta que o trabalho da ESF seja desenvolvido no território e no domicílio das famílias. Próximo a este propósito, o PSF trouxe para a discussão do modelo assistencial, a ideia de vínculo dos usuários à equipe de saúde. A

¹⁵ **Trabalhadores de saúde:** São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviço de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de função atenuante ao setor (PAIM, 1994, p.5).

clínica, como parte do conhecimento aplicado à assistência, se coloca à margem do objetivo reformador ao qual o PSF se propõe e, neste sentido, na maioria dos casos, esta permanece atuando na forma do modelo tradicional, com base na queixa-conduta e no ato prescritivo, sem uma real interação entre o sujeito trabalhador de saúde e o usuário. Permanece ainda, na organização da oferta dos serviços, o problema do atendimento à demanda espontânea, que é fundamental para qualificar a acessibilidade da população, especialmente a que tem uma necessidade imediata instalada (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

A proposta de reorganização do PSF, baseado na diretriz do Acolhimento, refere que a sua implantação em uma ESF deve envolver um grande debate junto aos trabalhadores de saúde das USFs, procurando identificar, através da discussão do processo de trabalho, o quanto este ainda é burocrático, impessoal e, ao mesmo tempo, verificar as possibilidades de aproveitamento das potencialidades existentes em todos trabalhadores de saúde, para assistir aos usuários e trabalhar com a ideia de produzir o cuidado nas suas práticas cotidianas de saúde (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

As medidas adotadas de reorganização do processo de trabalho mudarão, em primeiro lugar, o fluxo do usuário. De acordo o fluxo das USF, o usuário é encaminhado da recepção da Unidade para o atendimento médico. Com o Acolhimento, o usuário é encaminhado para um dos profissionais da equipe que deverá fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde podendo, ali mesmo, resolver ou encaminhar para outro profissional da equipe. Esta alteração do fluxo e do processo de trabalho muda um pouco o papel da recepção, no sentido que esta deixa de ser um lugar de ‘poder’, ou seja, capaz de decidir sobre o acesso do usuário e passa a operar um trabalho de orientação ao fluxo dos usuários (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

Assim, o espaço de decisão no PSF passa a ser o Acolhimento, após a escuta do usuário que é realizada por um membro da ESF, ligados à função assistencial (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem). Isto significa que todos os usuários têm garantia do acesso e a Unidade de Saúde, passando a trabalhar numa lógica onde não dependa mais da ‘ficha’ ou ‘senha’ para obter atendimento. Com o objetivo de garantir

a assistência ao usuário que busca a ESF, na 'demanda espontânea', a agenda médica será aberta para ofertar esta retaguarda ao Acolhimento, ficando previamente agendados apenas os retornos de consultas anteriores (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

A outra diretriz do PSF, de reorganização do processo de trabalho, é o Vínculo. A ideia de vinculação de clientela à ESF já está bem enraizada entre todos os trabalhadores de saúde e usuários, por ser a principal diretriz do programa. Entretanto, o vínculo pressupõe a responsabilização da equipe, o que significa a garantia de acompanhamento dos projetos terapêuticos, o cuidado para que os usuários fortaleçam seu vínculo com a ESF. Na grande parte dos serviços de saúde, os projetos terapêuticos se resumem a consultas, exames laboratoriais e especializados e retornos, com medicamentação excessiva dos usuários. Nestes casos, demonstram um processo de trabalho centrado no saber médico, e o cuidado ao usuário é realizado com base no ato prescritivo. Isto caracteriza um modelo assistencial centrado na produção de procedimentos e não na produção do cuidado (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

Entretanto, se houver uma mudança das tecnologias de cuidado, buscando inserir ações que transfiram conhecimento ao usuário, nos projetos terapêuticos, elevem sua autoestima, consigam incorporar toda sua vivência no processo terapêutico fazendo-o, também, sujeito do seu estado de saúde, haverá a possibilidade de trabalhar a saúde com base em tecnologias leves, um processo mais relacional do que instrumental. Na prática, isto significa executar projetos terapêuticos mais completos e cuidadores, centrado nas necessidades de saúde dos usuários, e tendo-o como protagonista do seu processo de saúde. O objetivo com este processo é de que o usuário conquiste maiores graus de autonomia para viver a vida (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

Outra proposta de organização do processo de trabalho da equipe de saúde no PSF é a realização da visita domiciliar, conceituada pelo MS como compulsória. Neste sentido, encontramos dois problemas muito graves na visita domiciliar: o primeiro refere-se à otimização dos recursos disponíveis na atenção à saúde, pelo programa, principalmente de seus trabalhadores de saúde. Não deveria ser preconizado que

profissionais realizem as visitas domiciliares, sem que exista a recomendação explícita para elas, com exceção dos ACS, que têm como atribuição em seu processo de trabalho, andar pelo território. Outra diretriz pouco eficiente é a realização da visita do médico e enfermeiro, sem que eles tenham conhecimento em que vai atuar no domicílio. Outro aspecto da visita domiciliar é que a mesma pode significar uma intromissão no estado da vida das pessoas, diminuindo conseqüentemente seu grau de privacidade e liberdade (FRANCO; MERHY, 2007a).

Na ESF, após o reordenamento no processo de trabalho, poderão ser observados os seguintes resultados: os profissionais de saúde se sentirão mais envolvidos na assistência clínica aos usuários e perceberão que, neste processo, há também uma valorização do seu trabalho e da sua função no serviço de saúde, sendo isto, motivo de maior satisfação por parte dos trabalhadores de saúde. A escuta realizada no Acolhimento, aguça a percepção dos problemas da área de abrangência da USF, envolvendo aqueles de origem sanitária e social (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

Sob esta ótica, aponta-se a necessidade da criação de dispositivos que atuam no dia-a-dia das ESF, agindo nos espaços de interação entre as distintas configurações tecnológicas, imprimindo mudanças no modo de operar as relações dos profissionais-usuários, que exponham o conjunto dos modos de operar dos membros da ESF, nas suas respectivas habilidades (MERHY, 1998).

O acolhimento, o vínculo e a escuta são dispositivos orientadores de práticas integrais de saúde no PSF e podem ser usados para tentar compreender as relações sociais que se estabelecem nas equipes, por meio do envolvimento entre trabalhadores e as pessoas da comunidade do território adscrito, bem como do papel que a gestão tem assumido na busca da responsabilização e da interação entre os sujeitos na organização das práticas do cuidado (ASSIS et al., 2010).

O acolhimento tem se constituído como uma forma de reorganização do processo de trabalho no PSF, que aposta nas relações entre trabalhadores e usuários, com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Tal entendimento requer a percepção do usuário que adentra a unidade de saúde, a partir das suas necessidades, condições de vida, do

vínculo com os trabalhadores, da autonomia no seu modo de viver e na compreensão da sua queixa (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2009).

O acolhimento significou a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade nas equipes do PSF, para intervirem nas práticas de saúde, em especial, naquelas de trabalho vivo dependente. Representou, também, o resgate e a potencialização do conhecimento técnico das equipes, pois possibilita o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência (MALTA et al., 2008).

Neste sentido, o Acolhimento constitui uma possibilidade de universalizar o acesso dos usuários à USF e a rede do sistema de saúde, ou seja, abrir as portas da unidade a todos os clientes que dela necessitarem. E, a escuta qualificada do indivíduo, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, proporcionando sempre uma resposta positiva ao usuário e realizando encaminhamentos seguros, quando necessários. O vínculo fundamenta-se no estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de saúde de trabalhadores e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. A automização significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganho de autonomia do usuário para viver a vida (FRANCO; MERHY, 2007a).

O acolhimento no PSF consiste na mudança do processo de trabalho, de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. A equipe de saúde, a partir do acolhimento, deve assumir uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, para que se restabeleça a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população (MALTA et al., 2008).

Com este dispositivo, busca-se a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e resolução do problema do usuário. Processa-se uma mudança no fluxo de entrada, de forma a não mais ocorrer de modo unidirecional, (agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam), mas, toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. O fazer em saúde, seja nas relações interpessoais, ou no diagnóstico e terapêutica, passa a ser o resultado da complementação dos saberes e práticas específicas e comuns das diversas categorias,

assim como da interpenetração crítica desses diversos saberes e práticas (MALTA et al., 2008).

Deste modo, o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos, dos quais a equipe de saúde elabora seus mecanismos de recepção dos clientes na USF, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados nos programas de acordo com certos modelos de atenção à saúde (MERHY, 2007a).

Nesta etapa, do conjunto do processo de trabalho que as ações de saúde desencadeiam em uma ESF e da sua relação com o usuário, o acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acesso a que os clientes (portadores de necessidades) estão submetidos, nas suas relações com ‘o que’ os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades e prioridades de saúde, para si (MERHY, 2007a).

Neste propósito, o acolhimento é um dispositivo que deve ser utilizado pelos membros da ESF, com a finalidade de identificar os ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado (ou operado) por certos profissionais de saúde no PSF (MERHY, 2007a).

O vínculo, como um dispositivo utilizado no PSF, é classificado como uma tecnologia leve das relações entre os trabalhadores de saúde e usuários, sendo que esta parte do princípio de que os profissionais de saúde devem estabelecer a responsabilização pela população da área adscrita e ocorra uma interação geradora de vínculos ‘laços’ (BRASIL, 2011).

Para tanto, para o estabelecimento de vínculo na ESF é preciso muito mais do que conhecer as pessoas de sua área de abrangência; é necessário criar condições de envolvimento e compromisso, pela responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas de cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde (ASSIS et al., 2010).

Neste sentido, entende-se que, para criar vínculos, é preciso refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a ESF assume frente ao usuário de seu território social, e com os tipos de problemas que eles apresentam. Assim, criar

vínculos implica ter relações próximas e claras, com sensibilização com o sofrimento do outro e/ou da população, com possibilidades de permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, sempre em busca da construção da autonomia do usuário (ASSIS et al., 2010, p.55).

Esta dimensão cuidadora incorpora saberes tecnológicos e modos de agir em saúde, centrados pelas tecnologias leves e pela dimensão relacional à clínica, que deve ser parte da composição da competência de qualquer profissional, e não só dos médicos e enfermeiros, visto que todos os trabalhadores de saúde devem torna-se cuidadores no PSF (MERHY, 2007b).

Do mesmo modo, a escuta na proposta da ESF, pressupõe uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe, que deve realizá-la de acordo com as necessidades dos usuários em todas as ações de saúde, proporcionando o atendimento humanizado aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2006a).

Nesta perspectiva, a escuta diferenciada é a maior oportunidade de criação de vínculos entre usuário e trabalhador de saúde, pois possibilita responder a uma grande parte da demanda por atenção médica e por cuidados terapêuticos, por atingir indivíduos cujo sofrimento traduz, em parte, o crescente empobrecimento da população e a desorganização do tecido social, expressando-se como problemas coletivos de saúde. Sob esse ponto de vista, a nova prática seria uma das estratégias políticas possíveis para lidar, ainda que parcialmente, com a crise da saúde (SILVA et al., 2010).

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O escritor não é alguém que vê coisas que ninguém vê. O que ele faz é simplesmente iluminar com os seus olhos aquilo que todos vêem sem se dar conta disso. E o que se espera é que as pessoas as tenham aquela experiência a que os filósofos Zen dão o nome de “satori”: a abertura de um terceiro olho, para que o mundo já conhecido seja de novo conhecido como nunca o foi.

RUBEM ALVES, (2001)

3.1 TIPO DE ESTUDO

O processo de investigação pressupõe aproximações sucessivas entre o pesquisador e o recorte que faz da realidade que pretende estudar, possibilitando uma imersão na cotidianidade do objeto que se pretende apreender e entender. Mergulhar e acompanhar os movimentos e os fluxos presentes nestes encontros nos permitiu em alguns momentos vazar, criar linha de fugas e em fluxos de intensidade transitar para o território das relações, das intersubjetividades, dos desejos, dos valores e das atitudes em que se situa a pesquisa qualitativa (FERREIRA, 2000; 2008).

Para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa, pretende-se desenvolver um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, por entender que permitirá compreender melhor o fenômeno em sua totalidade.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de motivos, valores e atitudes correspondendo aos espaços profundos das relações, dos processos e dos fenômenos, sendo que o processo social ou o fenômeno tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, abordando o sistema das relações que constroem o modo de conhecimento exterior do sujeito, buscando encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo (MINAYO, 2010).

Além disso, essa abordagem leva em conta sentimentos, pensamentos, liberdade de expressão das pessoas, visão de mundo, valores morais, culturais, políticos e religiosos, concepções, que respondem a questões muito particulares, pois se preocupa, nas ciências sociais, com aspectos que não podem ser quantificados, visto que permitirá uma maior compreensão e significação da realidade (MINAYO, 2010).

3.2 CAMPO DA PESQUISA

O presente estudo teve como campo de pesquisa o município de Jequié-BA, situado a 365 km de Salvador, no Sudoeste da Bahia, na zona limítrofe entre a Caatinga e a Zona da Mata. Possui 3.035,423 km² e atualmente conta com uma

população de 151.921 habitantes, sendo um dos municípios mais populosos do Estado da Bahia, conforme dados do último censo realizado no ano de 2010 (IBGE, 2010).

Na área da saúde, o município de Jequié-BA é sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), que abrange 25 municípios da regional e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O município foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, no ano de 1998, para atender ao requisito do processo de municipalização da Norma Operacional Básica do SUS 01/1996¹⁶.

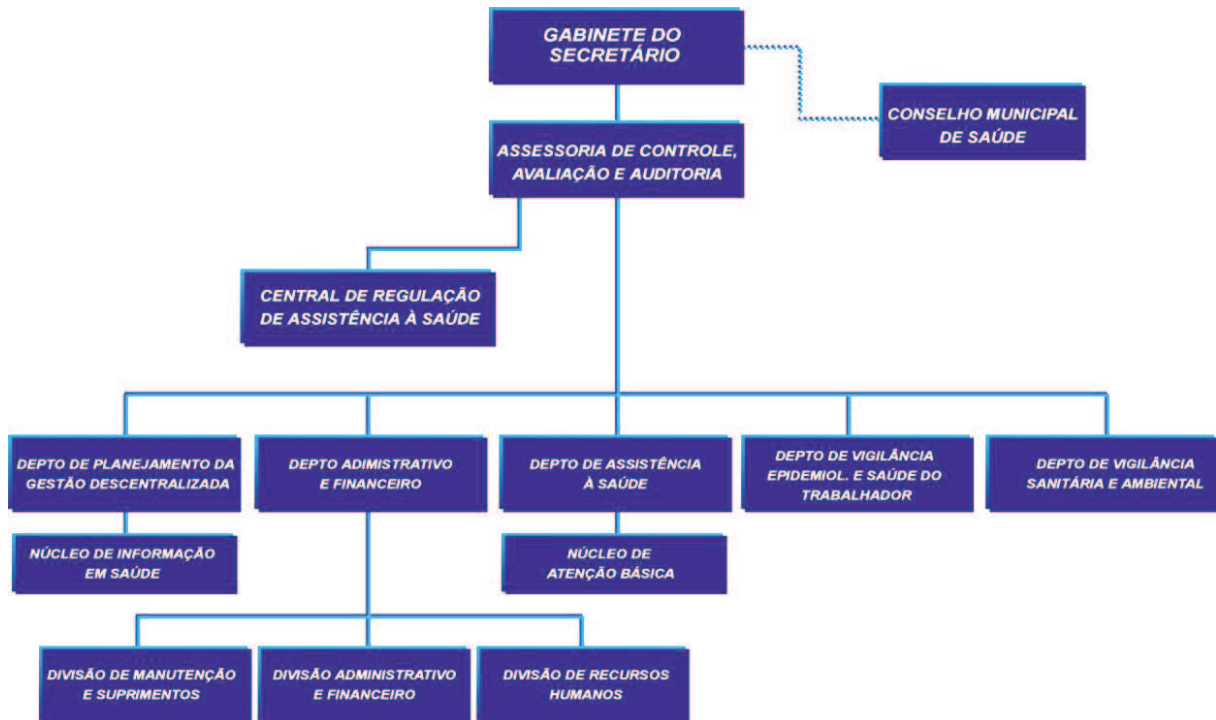
No ano de 2002, o município de Jequié habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de atender à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, sendo que esta ampliou as responsabilidades do município na atenção básica e configurou a regionalização entre os municípios circunvizinhos (BRASIL, 2002a).

No ano de 2008, com o objetivo de estabelecer as metas sanitárias, o município aderiu ao pacto pela saúde¹⁷ (BRASIL, 2010a).

¹⁶ **Norma operacional básica:** cuja finalidade primordial foi promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996a).

¹⁷ **Pacto pela saúde:** é um instrumento que busca produzir mudanças significativas nas normativas do SUS e comporta três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (BRASIL, 2006b).

Atualmente, a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié é constituída pelo seguinte organograma:



Fonte: Departamento de Planejamento da Gestão Descentralizada, Jequié-BA, 2009.

A SMS de Jequié-BA funciona em um prédio com quatro andares e está distribuída entre departamentos e assistências, conforme apresentado anteriormente no organograma. O prédio da SMS tem a seguinte estrutura física: 29 salas, um auditório e uma sala de reuniões, sendo que, em anexo à SMS, funciona a Central de Regulação da Assistência à Saúde (CERAJE) (JEQUIÉ, 2009).

A CERAJE é o setor que se responsabiliza pela regulação dos procedimentos de média complexidade. Opera conjuntamente com os outros setores da Assessoria de Controle, Avaliação e Auditoria e, também, com o Departamento de Assistência, buscando a intrasetorialidade com resultados efetivos na organização dos processos de trabalho em saúde do município (JEQUIÉ, 2009).

A Central de Regulação de Leitos e a Central de Regulação de Urgências funcionam no Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU)¹⁸, que foi inaugurado no ano de 2009, e atualmente está instalado em prédio próprio da prefeitura municipal de Jequié-BA.

Além disso, o município dispõe na rede SUS das seguintes especialidades para atendimento: o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Núcleo de Reabilitação de Jequié (NUPREJ), o Centro de Referência em Saúde Sexual, um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) e um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) e uma Unidade de Tratamento Fora do Domicílio (JEQUIÉ, 2009).

Em relação aos níveis de média e alta complexidade para as urgências e emergências, o município de Jequié conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o SAMU e um hospital geral (CNES, 2010). O Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) é referência regional para as urgências e emergências, tanto do município de Jequié, quanto dos 24 municípios circunvizinhos da região.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Dr. Adhemar Ventura Esteves faz parte da implementação da portaria 2048 do MS (BRASIL, 2002b). Tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A oferta de atendimentos na UPA é destinada a usuários que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência do sistema de saúde da rede SUS no município de Jequié-BA, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência (JEQUIÉ, 2009).

O município de Jequié-BA dispõe, ainda, de alguns serviços hospitalares da rede particular, que são conveniados ao SUS e prestam atendimento aos usuários nestes estabelecimentos, que são o Hospital Perpétuo Socorro, Hospital SERVIR, Hospital Santa Helena e a Clínica São Vicente.

¹⁸ SAMU: configura importante estratégia de implementação da Política Nacional de Atenção as Urgências na rede municipal de atenção a saúde de acordo com a portaria 1863/GM e com as peculiaridades do município, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social e a humanização (JEQUIÉ, 2009).

Em relação à atenção básica, o município conta com quatro Centros de Saúde, uma unidade móvel para atendimento médico-odontológico, uma unidade de saúde do sistema prisional, uma unidade do Programa de Farmácia Popular, 21 postos de saúde e 27 equipes de Saúde da Família (ESF) existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (JEQUIÉ, 2010). Destas ESF, 25 estão situadas na zona urbana e duas na zona rural. O município apresenta uma cobertura de 61,96% da população (CNES, 2010).

No Relatório de Gestão 2009 (Doc. 4), em relação à cobertura do PSF, Jequié alcançou um índice de 59,66% da população do município. A previsão para o ano de 2010 é a implantação de mais quatro novas ESF (JEQUIÉ, 2009). Percebe-se que houve um aumento no número de equipes implantadas.

O PSF foi implantado no município de Jequié no ano em 1998, inicialmente com duas equipes de saúde na zona rural, nos distritos de Itajuru (uma equipe) e de Florestal (uma equipe). Posteriormente, foram sendo implantadas mais equipes. Atualmente, o município conta com 27 equipes de saúde implantadas, sendo 16 USF funcionando com duas equipes e 11 USF com equipes únicas. As equipes foram implantadas nas seguintes áreas da zona urbana (bairros): KM 03 (uma equipe), KM 04 (duas equipes), Curral Novo (uma equipe), Cidade Nova (duas equipes), Cansação (uma equipe), Pedreira (uma equipe), Barro Preto (uma equipe), Alto da Bela Vista (uma equipe), Loteamento Amaralina (uma equipe), São Judas Tadeu (uma equipe), Inocoop (duas equipes), Loteamento Itaigara (três equipes), Boa Vista (uma equipe), Baixa do Bonfim (duas equipes), Loteamento Água Branca (duas equipes), Urbis IV (duas equipes) e Joaquim Romão (duas equipes).

Quadro 01: Distribuição das USF, por ano de implantação e localização. Jequié-BA, 2010.

Nº	Nome da Unidade	Ano de Implantação	Nº de Famílias cadastradas	Localização
01	USF Isabel Andrade	1998	1.997	Zona Urbana
02	USF Waldomiro Borges Souza	1998	923	Zona Rural
03	USF Antônio Carlos Martins	1999	862	Zona Urbana
04	USF Isa Cléria Borges	1999	1.230	Zona Urbana
05	USF Milton Rabelo I	1999	1.025	Zona Urbana
06	USF Odorico Mota da Silveira	1999	865	Zona Urbana
07	USF Padre Hilário Terrosi I	1999	743	Zona Urbana
08	USF Padre Hilário Terrosi II	1999	910	Zona Urbana
09	USF Senhorinha F. de Araújo	1999	1.997	Zona Urbana
10	USF Tânia D. C. Leite de Brito	1999	923	Zona Urbana
11	USF Rubens Xavier I	2001	862	Zona Urbana
12	USF Milton Rabelo II	2004	1.230	Zona Urbana
13	USF Aurélio Schiaretta I	2005	1.025	Zona Urbana
14	USF Aurélio Schiaretta II	2005	865	Zona Urbana
15	USF Gilson Pinheiro	2005	743	Zona Urbana
16	USF Girselando Biondi I	2005	910	Zona Urbana
17	USF Girselando Biondi II	2005	1.997	Zona Urbana
18	USF Ildelfonso G. de Araújo	2005	923	Zona Urbana
19	USF Amando Ribeiro Borges I	2007	862	Zona Urbana
20	USF Amando Ribeiro Borges II	2007	1.230	Zona Urbana
21	USF José M. H. Sandoval I	2007	1.025	Zona Urbana
22	USF José M. H. Sandoval II	2007	865	Zona Urbana
23	USF Virgílio de Paula T. Neto I	2007	743	Zona Urbana
24	USF Virgílio de Paula T. Neto II	2007	910	Zona Urbana
25	USF João Caricchio Filho	2008	1.025	Zona Urbana
26	USF Rubens Xavier I	2008	865	Zona Urbana
27	USF Rubens Xavier II	2009	704	Zona Urbana

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, no período de mar./abr., 2010.

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi constituído por das 27 ESF do município de Jequié-BA. Entretanto, como não pretendíamos desenvolver o estudo com todas as ESF do município, utilizamos os seguintes critérios de inclusão, para a escolha das USF, a saber: equipes completas segundo os critérios preconizados pelo MS, equipes da zona urbana, e destas, apenas as equipes únicas.

Também foram utilizadas, como critérios de inclusão para seleção das USF, as unidades que estão implantadas há mais de dois anos no município de Jequié.

Assim, serão descritas, a seguir a distribuição das oito USF únicas selecionadas para a realização da pesquisa, conforme número de famílias cadastradas, ano de implantação e localização:

Quadro 02: Distribuição das USFs conforme número de famílias cadastradas, ano de implantação e localização, Jequié/BA, 2010.

Nome da Unidade	Ano de Implantação	Nº. de Famílias cadastradas	Localização
USF Isa Cléria Borges	1999	1.997	Zona Urbana
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	1999	923	Zona Urbana
USF Tânia Diniz C. Leite de Britto	1999	862	Zona Urbana
USF Odorico Mota da Silveira	1999	1.230	Zona Urbana
USF Ildelfonso Guedes de Araújo	2005	1.025	Zona Urbana
USF Gilson Pinheiro	2005	865	Zona Urbana
USF João Caricchio Filho	2008	743	Zona Urbana
USF Antônio Carlos Martins	1999	910	Zona Urbana

Fonte: Departamento de Assistência à Saúde (JEQUIÉ, 2010).

Esta distribuição das USFs corresponde às unidades selecionadas para a realização da pesquisa de campo.

Conforme o cenário apresentado no quadro 1, constatou-se que o processo de implantação das ESF únicas no município de Jequié, vem acontecendo desde o ano de 1999, com cinco unidades de saúde implantadas na zona urbana e, posteriormente, no ano de 2005, mais duas unidades e no ano de 2008 com mais uma equipe.

Em relação ao número de famílias cadastradas, de acordo o quadro 1, observou-se que existem ESF com número de famílias excedentes, a exemplo das USF Iza Cléria Borges, USF Odorico Mota da Silveira e USF Ildelfonso Guedes de Araújo, contudo a Portaria 648/2006 do MS, preconiza que uma ESF seja responsável por 700 a 1000 famílias (BRASIL, 2006a).

Durante a coleta dos dados foram solicitadas na SMS, mais especificamente do Núcleo de Informação em Saúde (NIS), algumas informações referentes às USF em estudo. Estes dados contribuíram para a construção da descrição da área de

abrangência das USF: o Consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) destas equipes.

A seguir, serão descritas as características das USF, conforme cenários do estudo pesquisado.

▪ UNIDADE DE SAÚDE FAMÍLIA ISA CLÉRIA BORGES

A USF Isa Cléria Borges está localizada no bairro do KM 03, fazendo divisa com o bairro do Mandacaru, KM 04 e o bairro Cansação.

Nesta ESF, está atuando uma equipe do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Família – PET Saúde/Saúde da Família (SF)¹⁹, um programa de extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié-BA. Durante o período de observação, identificou-se que o grupo de estudantes de fisioterapia da UESB realizava atividades educativas com os grupos de gestantes e idosos, bem como exercício de fisioterapia com as gestantes, com o objetivo de reduzir a lombalgia do período gravídico, sendo que elas são cadastradas no serviço de pré-natal da USF.

A USF tem sede própria, porém se tornou pequena para o atendimento da demanda, pois existe um número excedente de famílias para a equipe prestar assistência na área. De acordo os dados do SIAB, a equipe é responsável por 1.997 famílias, tendo essa USF uma média de 8.200 pessoas na área de abrangência (SIAB, 2011).

A maioria das ruas não dispõe de pavimentação. De acordo com os dados do SIAB a maioria dos domicílios 1.693 (96,52%) é de tijolo. Foram encontrados 1.657 domicílios (94,47%) com rede de abastecimento de água, dentre os cadastrados. Os domicílios que possuem rede de esgoto correspondem a 1.363 famílias (77,71%), que utilizam o sistema de fossa 135 (7,70%) e famílias que utilizam o sistema a céu aberto

¹⁹ **PET Saúde/SF:** tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes aos cursos de graduação na área da saúde, de acordo as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O PET Saúde/SF está destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2010b).

para os dejetos 256 (14,60%). No que refere à coleta do lixo, apenas 1.669 domicílios (95,15%) dispõem de coleta pública, 36 famílias (2,05%) queimam o lixo e 49 famílias (2,79%) mantêm o lixo a céu aberto (SIAB, 2011).

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem, 11 ACS, um agente administrativo, um oficial administrativo, uma funcionária da farmácia e dois agentes de serviços gerais. Nesta equipe não existe o ACD na equipe odontológica, pois o contrato venceu e não houve outra contratação pela SMS para a realização destas atividades, sendo um dos motivos observados como dificuldade para o odontólogo executar as suas atividades na equipe e na área de abrangência.

Em relação à carga horária dos membros da equipe, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os ACS cumprem 40 horas semanais, conforme preconiza o MS. Na pesquisa ficou evidente que alguns profissionais de saúde, como os médicos, realizam respectivamente de 24 a 32 horas semanais de trabalho na ESF.

Recentemente foi alterada a portaria 648/GM, na parte que dispõe sobre a carga horária de trabalho dos profissionais médicos e na que dispõe sobre a suspensão do Piso da Atenção Básica (PAB), sendo que esta foi publicada através da portaria 2027/2011 do MS, em que o médico das ESF pode exercer apenas 20 horas de trabalho na ESF (BRASIL, 2011).

Quanto à estrutura física, a USF Isa Cléria Borges é composta por um consultório médico com anexo sanitário, um consultório de enfermagem com anexo sanitário, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), uma sala de espera, uma copa, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma sala de reuniões, dois sanitários para a comunidade (um masculino e um feminino), uma farmácia e uma sala de esterilização.

Durante o período de observação, constatou-se que, para a organização da demanda da enfermeira, a equipe utiliza a semana típica (ANEXO A). No PSF a semana típica corresponde à organização por turno dos atendimentos e as ações são desenvolvidas pelos profissionais aos diversos grupos populacionais da área de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF).

Percebeu-se na ESF, que a produção de saúde engessa em uma semana típica a produção do cuidado aos usuários, ficando uma forma de organização dos serviços centrada nos próprios trabalhadores, no seu suposto conforto, e a lógica das necessidades dos usuários não se enquadram em nenhuma semana típica (ANDRADE; FRANCO, 2009).

Tabela 01: Número de famílias cadastradas na USF Isa Cléria Borges, Jequié, Bahia, Brasil, Maio de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	221
02	162
03	164
04	180
05	170
06	159
07	175
08	176
09	228
10	186
11	176
Total de famílias	1.997

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SENHORINHA FERREIRA DE ARAÚJO

A USF Senhorinha Ferreira de Araújo está localizada no bairro do Curral Novo, fazendo divisão com o bairro da Cidade Nova e a Barragem da Pedra. A maioria das ruas não é pavimentada. Na área, existe uma rodovia pavimentada que liga o município de Jequié aos municípios de Maracás e Contendas do Sincorá, além de um colégio estadual e várias fábricas de materiais de construção, sobretudo de tijolo e adobe na área.

Conforme os dados do SIAB, a equipe possui uma população de 3.692 habitantes, sendo 923 famílias residentes na área (SIAB, 2011).

Como a maioria das ruas não é pavimentada, em período chuvoso o acesso da comunidade à USF torna-se difícil. Dos domicílios cadastrados, 910 (99,67%) são construídos de tijolo ou adobe, desses, 855 (93,65%) possuem rede pública de

abastecimento de água. Quanto ao sistema de esgoto, 481 (52,61%) dos domicílios possuem ligação à rede de esgoto sanitário, 243 famílias (26,62%) utilizam o sistema de fossa, enquanto 189 (20,70%) dão destino aos dejetos a céu aberto.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem, sete ACS, uma agente administrativa e uma auxiliar de serviços gerais. Foi relatado pelos membros da equipe que o vigilante e um dos ACS estão afastados temporariamente da equipe por motivo de licença médica.

Conforme preconizado pelo MS, quase todos os profissionais da equipe de saúde cumprem com a sua carga horária de 40 horas semanais, com exceção do médico que atuam apenas 16 horas semanais na equipe de saúde.

Em relação à estrutura física, a USF possui um consultório médico com anexo sanitário, um consultório de enfermagem com anexo sanitário, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um SAME, uma copa, uma sala de procedimentos, uma sala de esterilização, uma sala de reuniões, dois sanitários (um masculino e um feminino), uma farmácia e um almoxarifado.

Nesta equipe, a enfermeira também organiza o seu atendimento aos grupos populacionais por turno de atendimento, conforme a semana típica (ANEXO A).

Tabela 02: Número de famílias cadastradas na USF Senhorinha Ferreira de Araújo, Jequié, Bahia, Brasil, Maio de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	158
02	165
03	151
04	155
05	151
06	143
Total de famílias	923

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TÂNIA DINIZ C. LEITE DE BRITTO

A USF Tânia Diniz C. Leite de Britto é localizada no bairro Cansação. A área adscrita faz divisa com o bairro da Cidade Nova, Km 03 e Km 04 e o bairro das

Pedreiras. Esta USF foi reformada para a instalação da equipe de saúde, e implantada no ano de 1999. A maioria das ruas é pavimentada. Na área, existe o Complexo Policial, uma escola estadual e duas públicas e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Conforme os dados do SIAB, existem 933 famílias cadastradas, sendo que apenas 929 domicílios foram construídos com tijolo ou adobe. Desses domicílios, 921 possuem rede pública de abastecimento de água. Nesta área acontece a coleta pública do lixo em 927 domicílios, sendo que em quatro, as famílias enterram o lixo como destino final e em dois, as famílias descartam o lixo em terrenos a céu aberto (SIAB, 2011). Neste universo, percebeu-se uma diferença quanto ao número de famílias que estão cadastradas no SIAB entre a SMS e a USF, ou seja, os dados são divergentes, sendo esta uma das dificuldades enfrentadas pela pesquisadora para a análise dos dados com a desatualização do SIAB, por este núcleo de informação. Os dados da USF são dados atualizados dia a dia durante o trabalho do ACS, na visita domiciliar e são entregues pela enfermeira-coordenadora no dia 20 de cada mês.

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo, uma ACD, duas técnicas de enfermagem, cinco ACS, dois oficiais administrativos e uma auxiliar de serviços gerais.

A estrutura física da USF é composta por um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma recepção, uma sala de vacina, um SAME, uma copa, uma sala de triagem, uma sala de procedimentos, uma sala de esterilização, uma sala de reuniões, dois sanitários para a comunidade (um masculino e um feminino), uma farmácia, uma sala de espera e um almoxarifado.

Nesta equipe de saúde, existe a semana típica do médico e da enfermeira, para organização do atendimento ao usuário, conforme (ANEXO A).

Tabela 03: Número de famílias cadastradas na USF Tânia Diniz C. Leite de Britto, Jequié, Bahia, Brasil, Maio de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	190
02	193
03	173
04	184
05	193
Total de famílias	933

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ODÓRICO MOTA DA SILVEIRA

A USF Odorico Mota da Silveira foi implantada no ano de 2002 e está localizada no bairro Barro Preto, fazendo divisa com o Joaquim Romão. A USF funciona em prédio próprio. Na área existe uma escola estadual, duas municipais e uma creche. A maioria das ruas não é pavimentada, apenas as principais o são. Nos domicílios da área, existe a rede pública de abastecimento de água em 1.434 (97%) deles. Quanto a coleta do lixo 1.384 (93,70%) das famílias são atendidas pelo serviço e 87 (5,9%) mantêm o lixo a céu aberto, conforme os dados do SIAB (SIAB, 2011).

Também nesta ESF, está atuando uma equipe do Programa de Educação pelo Trabalho na área de Vigilância em Saúde - PET Saúde/Vigilância²⁰, programa de extensão, desenvolvido a partir da parceria estabelecida entre a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e SMS de Jequié. Nesta equipe de saúde, este programa dá o suporte, principalmente no que se refere a prevenção, sobretudo das doenças endêmicas – esquistossomose, sendo que esta doença tem uma alta incidência na área de abrangência da USF, segundo dados da equipe de saúde e dos discentes da UESB.

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem, uma ACD, dez ACS, um oficial administrativo, um agente administrativo, um atendente administrativo e um vigilante.

²⁰ **PET Saúde/Vigilância:** tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes aos cursos de graduação na área da saúde, de acordo as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O PET Saúde/Vigilância é destinado a fomentar a formação de grupos de aprendizagem na área de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010b).

A estrutura física da unidade de saúde é composta por um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, um SAME, uma sala de acolhimento e nebulização, uma sala de esterilização, uma farmácia, dois banheiros para a comunidade (um masculino e um feminino), uma sala de espera, um almoxarifado e um anexo com consultório odontológico e uma sala para reuniões.

Nesta USF a semana típica está exposta na recepção da unidade, tanto para o atendimento médico, como da enfermeira (ANEXO A).

Tabela 04: Número de famílias cadastradas na USF Odorico Mota da Silveira, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	141
02	137
03	137
04	150
05	165
06	133
07	125
08	137
09	188
10	154
Total de famílias	1477

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – IDELFONSO GUEDES DE ARAÚJO

A USF Idelfonso Guedes de Araújo está localizada no bairro da Pedreira. A rua principal para o acesso à USF não é pavimentada, sendo que na área, a maioria das ruas também não é pavimentada. As microáreas estão localizadas entre morros, que dificultam o acesso das pessoas.

A USF foi implantada no ano de 2005 e faz divisa com os bairros Joaquim Romão e Santa Luz (Cansanção).

A maioria dos domicílios da área é coberta pela rede pública de abastecimento de água em 988 (97%) dos domicílios e a coleta do lixo em 950 (93%) das famílias e 99 (7%) mantêm o lixo a céu aberto, conforme os dados do SIAB (SIAB, 2011).

A USF dispõe da seguinte estrutura física: um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um SAME, uma de sala de triagem, uma sala de procedimentos (curativos), uma sala de esterilização, uma sala de reuniões (auditório), uma copa, dois sanitários para a comunidade (um masculino e um feminino), uma farmácia, uma sala de espera, um almoxarifado, uma recepção, dois sanitários para funcionários (um masculino e um feminino).

A equipe é composta dos seguintes membros: um médico, uma enfermeira, um odontólogo, sete ACS, dois técnicos de enfermagem, um agente administrativo, um oficial administrativo, um porteiro e um agente de serviços gerais. Durante o período de observação, esta equipe também ficou sem ACD para o desenvolvimento das atividades com o odontólogo.

Nesta USF a semana típica não está exposta na recepção da unidade de saúde, porém durante o período de observação, identificou-se que existe uma programação do atendimento do médico e da enfermeira para o atendimento à comunidade, com definição dos turnos de atendimento para os profissionais, o agendamento da clientela feito pela recepcionista, que apraza conforme o turno estabelecido por programa (CD, HIPERDIA, Pré-Natal, preventivo e o turno para a reunião da enfermeira com os outros profissionais da equipe, pois no turno da sexta-feira à tarde são realizadas as reuniões, enquanto o médico realiza a visita domiciliar).

Tabela 05: Número de famílias cadastradas na USF Idelfonso Guedes de Araújo, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	218
02	126
03	151
04	145
05	130
06	118
07	161
Total de famílias	1049

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GILSON PINHEIRO

A USF Gilson Pinheiro está localizada no bairro Pompílio Sampaio sendo este um segmento do bairro do Jequezinho. Situada na periferia da cidade, possui uma população de 3.233 habitantes e 865 famílias residentes na área, conforme os dados do SIAB (SIAB, 2011).

A infraestrutura do bairro é precária, sendo que a maioria das ruas não é pavimentada, sendo, apenas as principais. Os domicílios, em sua maioria, 787 (90,98%) são de tijolo ou adobe. A maioria dos domicílios cadastrados possui abastecimento de água, ou seja, 849 estão ligados à rede pública de abastecimento. Com relação à rede de esgoto, 819 domicílios (94,68%) possuem ligação à rede de esgoto, e seis famílias (0,695%) utilizam o sistema de fossa e 40 famílias (4,62%) utilizam o sistema a céu aberto para os dejetos. Quanto à coleta do lixo, apenas 805 domicílios (93,06%) são contemplados com a coleta pública, 23 famílias (2,65%) queimam o lixo e 37 famílias (4,28%) mantêm o lixo a céu aberto (SIAB, 2011). Conforme observação in loco, na área de abrangência desta USF há apenas uma escola pública municipal.

A sede da USF é própria, foi construída para instalação da equipe de saúde no ano de 2004 e foi inaugurada no ano de 2005. Estruturalmente, consta de um consultório médico com anexo sanitário, um consultório de enfermagem com anexo sanitário, uma sala de vacinas, uma sala de triagem, uma sala onde funciona a recepção e a marcação de exames, uma sala de procedimentos, uma sala de esterilização, um almoxarifado, uma farmácia, uma copa, dois sanitários para os funcionários (um masculino e um feminino), um anexo odontológico com um consultório odontológico, um auditório e três sanitários comunitários (um masculino, um feminino e um para deficiente físico).

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, uma ACD, seis ACS, dois auxiliares de enfermagem, um agente administrativo, uma agente de limpeza e um vigilante.

Durante o período de observação nesta USF, foi constatada a utilização da semana típica para a organização da clientela, apenas para o atendimento pela enfermeira (ANEXO A).

Tabela 06: Número de famílias cadastradas na USF Gilson Pinheiro, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	165
02	121
03	154
04	145
05	141
06	139
Total de famílias	865

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE JOÃO CARICCHIO FILHO

A USF João Caricchio Filho está localizada no bairro do Mutirão do São Judas Tadeu e Loteamento Amaralina, na periferia da cidade. Possui precárias condições de infraestrutura. Apenas algumas ruas do Mutirão do São Judas Tadeu não são pavimentadas. No entanto, nenhuma rua do Loteamento Amaralina é pavimentada. Nas microáreas, existe esgoto a céu aberto nas ruas, inclusive na rua do acesso principal a USF.

Conforme os dados do SIAB, na área existem aproximadamente 2.400 pessoas residindo, sendo que regularmente as famílias estão flutuando entre as microáreas, devido ao projeto do governo Minha Casa Minha Vida, que está proporcionando acesso à casa própria (SIAB, 2011). Conforme observação in loco, na área, existe apenas uma creche.

A USF foi construída para implantação da equipe de saúde. Na área, 100% das residências são desprovidas de saneamento básico, o que leva a insatisfação da população, conforme período de observação, bem como, durante uma reunião da Pré-Conferência Municipal de Saúde. A instalação do saneamento básico para a comunidade é de suma importância, já que a falta dessa assistência é considerada,

pelos moradores, como um dos maiores problemas de saúde para esta população. Muitas vezes, os indivíduos tratados pelos membros da equipe (médico e enfermeira) na USF, com doenças como diarreias e parasitoses intestinais, voltam com os mesmos sintomas, ou seja, a equipe de saúde não consegue interferir efetivamente no processo de saúde-doença, que sofre influência dos determinantes sociais em saúde.

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, uma ACD, cinco ACS, duas auxiliares de enfermagem, um agente administrativo, uma agente de serviços gerais e um vigilante.

A estrutura física da USF é constituída por um consultório de enfermagem com anexo sanitário, um consultório médico com anexo sanitário, um consultório odontológico, uma recepção, um SAME, uma sala de coleta de exames laboratoriais, uma sala de vacinas, uma sala de procedimentos, uma sala de esterilização, um almoxarifado, uma sala de reuniões, um expurgo, uma farmácia, uma copa, dois sanitários (um masculino e um feminino) para a comunidade e um sanitário para os funcionários.

Para a organização do atendimento aos grupos populacionais prioritários, a enfermeira utiliza a semana típica, que está exposta na recepção da USF (ANEXO A).

Tabela 07: Número de famílias cadastradas na USF João Caricchio Filho, Jequié, Bahia, Brasil, Junho de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	150
02	174
03	161
04	131
05	127
Total de famílias	743

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

▪ UNIDADE DE SAÚDE ANTÔNIO CARLOS MARTINS

A localização da USF Antônio Carlos Martins é no bairro São Judas Tadeu e Mutirão do São Judas Tadeu. Durante o processo de implantação da estratégia, na área

de abrangência, a equipe funcionou em uma casa alugada pela SMS e a construção da USF em sede própria ocorreu em 2002.

A maioria das ruas principais é pavimentada e área existe uma escola municipal, uma estadual e duas escolas privadas de ensino fundamental.

Em relação ao número de famílias cadastradas na área, 936 (99,79%), possui rede pública de abastecimento de água. Do total de famílias da área, 925 (98,61%) possui coleta pública do lixo e 6 (0,64%) queimam o lixo. Quanto ao tipo de material utilizado para a construção da casa, 930 (99,15%) foram construídas de tijolo ou adobe e 8 (0,85%) de taipa revestida (SIAB, 2011).

A área é composta por cinco microáreas e existe implantado na USF o Conselho Local de Saúde (CLS), porém as reuniões acontecem com certa irregularidade. Além disto, também existe uma associação de bairros implantada e funcionando, sendo presidida por um pastor.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem, cinco ACS, uma ACD, um auxiliar de serviços gerais, um vigilante, dois auxiliares administrativos e um marcador de exames.

A estrutura física consta de um consultório de enfermagem com anexo sanitário, um consultório médico com anexo sanitário, uma farmácia, uma sala de vacinas, uma sala de triagem, um SAME, uma sala de esterilização, uma sala de reuniões, uma sala de procedimentos, uma copa, dois sanitários para a comunidade (um masculino, um feminino), uma farmácia, um anexo com consultório odontológico e uma sala para marcação dos exames e um almoxarifado.

A organização para o atendimento aos usuários desta equipe (médico e enfermeira) é realizada por meio da semana típica, porém a mesma não foi visualizada na recepção da USF (ANEXO A).

Tabela 08: Número de famílias cadastradas na USF Antônio Carlos Martins, Jequié, Bahia, Brasil, Julho de 2011.

Microárea	Nº de famílias
01	207
02	200
03	149
04	212
05	168
Total de famílias	936

Fonte: Jequié/SMS/SIAB

Quanto à composição das ESF pesquisadas, pode-se perceber que todas possuem a equipe multiprofissional, preconizada pelo MS: médico, enfermeiro, odontólogo, ACD, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS. Entretanto, algumas equipes da pesquisa estão sem o profissional ACD, porque o contrato do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) venceu e não houve nova contratação pela gestão municipal de outro trabalhador, para executar a função.

Em relação à estrutura física das USF, algumas ESF do estudo estão com a estrutura necessária à produção do cuidado, conforme estabelecido no manual de estrutura física das USF: 1 recepção para usuários e acompanhantes, 1 sala de espera, 2 consultórios, 1 consultório odontológico, 2 sala de procedimentos, 1 copa, 2 sanitários, 1 sala para reuniões e educação em saúde, 1 sala para resíduos sólidos e 1 área para compressor e bomba a vácuo (BRASIL, 2006c).

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, delimitou-se a amostragem do número dos sujeitos considerada ideal, aquele que segundo Minayo (2010) possibilita a abrangência da totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.

Os sujeitos deste estudo foram 24 profissionais das ESF a saber: cinco enfermeiros, quatro médicos, quatro odontólogos, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sete técnicos/auxiliares de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário (ACD).

Foram utilizados os seguintes critérios para a escolha dos sujeitos nas ESF: no momento da pesquisa em campo, foram sorteados os sujeitos das equipes, para participar da pesquisa, sendo que em caso de recusa, fez-se novo sorteio, acrescentando, novamente, o nome do membro que foi anteriormente sorteado e se recusou a participar da pesquisa.

Delimitaram-se, também, como critérios de exclusão dos sujeitos, que em cada ESF, fossem sorteados apenas três sujeitos para participar da pesquisa. Utilizou-se a seguinte estratégia para realizar o sorteio dos membros de cada ESF que participaram do estudo: colocou-se o nome do trabalhador (médico, enfermeiro, odontólogo, técnica de enfermagem, ACS e ACD) escrito em um papel preto, com o propósito de manter o anonimato na escolha dos sujeitos, sendo em seguida colocados o nome para o sorteio dentro de um envelope marrom. Antes de iniciar o sorteio, todos os envelopes foram abertos na frente da enfermeira-coordenadora, para conferir se continham todos os nomes dos membros da ESF. Posteriormente, os nomes dos membros da equipe eram dobrados e colocados novamente dentro do envelope. A partir daí, fez-se o sorteio de cada membro.

Para a descrição dos entrevistados na análise dos dados, foram enumerados de acordo a ordem da categoria profissional. Assim para os profissionais médicos enumeramos de E1 a E4, para os enfermeiros de E5 a E9, para os odontólogos de E10 a E13, para os ACS E14 a E16, para os auxiliares/técnicos de enfermagem de E17 a E23 e para o ACD E24.

Quadro 03: Características dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo, Mai./Jun./Jul. de 2011.

Entrevistado	Idade (ano)	Sexo	Função/ Cargo	Tempo de formado(a)	Tempo de serviço na equipe	Regime de Trabalho	CH semanal
E1	31a	F	Médica	7 anos e 6 meses	6 meses	Contrato	24h
E2	60a	M	Médico	35 anos	3 anos	Contrato	20h
E3	55a	M	Médico	26 anos	3a	Contrato	28h
E4	33a	F	Médica	7 anos	6a	Contrato	32h
E5	51a	F	Enfermeira/ Coordenadora	16 anos	12a	Concurso	40h
E6	34a	F	Enfermeira/ Coordenadora	5 anos	2 anos e 6 meses	Cargo comissionado	40h
E7	39a	F	Enfermeira/ Coordenadora	14 anos	6a	Cargo comissionado	40h
E8	33a	F	Enfermeira/ Coordenadora	10 anos	2 meses	Concurso / Cargo comissionado	40h
E9	30a	F	Enfermeira/ Coordenadora	3 anos	2 anos e 6 meses	Cargo comissionado	40h
E10	34a	M	Odontólogo	7 anos	5a	Contrato	40h
E11	29a	M	Odontólogo	5 anos	4a	Cargo comissionado	40h
E12	53a	F	Odontóloga	28 anos	1a	Concurso	40h
E13	46a	F	Odontóloga	21 anos	1a	Contrato	40h
E14	35a	F	ACS	Não concluiu o curso técnico de ACS	15a	Seleção o governo efetivou a partir de 2002	40h
E15	33a	F	ACS	Não concluiu o curso técnico de ACS	6 anos e 2 meses	Efetivo	40h
E16	40a	F	ACS	Não concluiu o curso técnico de ACS	13a	Seleção, efetivo a 5 anos	40h
E17	47a	F	Técnica de Enfermagem	28 anos	6a	Efetivo com carga horária de 40h	40h
E18	47a	F	Técnica de Enfermagem	18 anos	7 a	Concurso	40h
E19	35a	F	Técnica de Enfermagem	16 anos	6a	Concurso	40h
E20	37a	F	Técnica de Enfermagem	16 anos	3a	Concurso	40h
E21	50a	F	Técnica de Enfermagem	25 anos	5a	Concurso	40h
E22	42a	F	Auxiliar de Enfermagem	18 anos.	6 meses	Concurso	40h
E23	31a	F	Auxiliar de Enfermagem	6 anos	2a	Concurso	40h
E24	31a	F	ACD	7 anos	4a	Concurso	40h

Fonte: Dados da pesquisa.

* Os sujeitos deste estudo são identificados por um número representando a ordem crescente de cada entrevista realizada, ou seja, o primeiro entrevistado leia-se Entrevistado 1, ou seja E1, e assim sucessivamente.

Em relação à faixa etária dos informantes no estudo, na categoria médica a idade variou de 31 a 60 anos, dos enfermeiros variou de 30 a 51 anos de idade, a dos odontólogos de 20 a 46 anos, entre os ACS de 33 a 40 anos, os técnicos de enfermagem de 31 a 50 anos e o ACD com 31 anos de idade.

No que se refere ao sexo, observou-se que o sexo feminino predomina com 22 trabalhadores de saúde selecionados. Estes dados são compatíveis com outras pesquisas com avaliação dos trabalhadores que atuam nas ESF, mostrando assim a feminilização das profissões na área da saúde (GIL, 2005).

Dentro deste grupo estudado, quatro são formadas em medicina, cinco são graduadas em enfermagem - e, respectivamente, todas exercem a função de coordenadoras da USF -, quatro são odontólogos, três são ACS e um ACD. Quanto ao tempo de formado destes profissionais de saúde, verificou-se que, para as categorias dos médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicas de enfermagem e ACD, tem de três a 35 anos de formados, contudo, os ACS informaram que ainda não terminaram o curso profissionalizante.

Em relação ao tempo de serviço na equipe, os profissionais têm de seis meses a 15 anos de atuação, sendo que os ACS têm um maior tempo de atuação na estratégia do PSF, porque muitos eram do PACS e foram sendo agregados ao PSF.

Quanto à forma de admissão dos informantes no estudo, percebe-se que a maioria dos profissionais das ESF de nível superior é contratada (médicos, enfermeiros e odontólogos). No entanto, alguns desses profissionais, os quatro enfermeiros e um odontólogo são contratados, com cargo comissionado, para atuarem nas ESF, sendo este um tipo de vínculo estabelecido pela gestão municipal para que eles atuem nas ESF, deste município. Entre os profissionais que são efetivos, observou-se que a maioria é de profissionais de nível médio. A maior parte dos ACS que atuam na estratégia PACS/PSF no município foi selecionada e, após a criação da Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002c) do Diário Oficial da União, que regulamentou o exercício da categoria profissional, estes foram efetivados pela gestão pública municipal. Os técnicos/auxiliares de enfermagem e o ACD são concursados (efetivos) e participaram de um processo seletivo para atuarem nas ESF.

Quanto à carga horária semanal dos trabalhadores de saúde do estudo, poucos profissionais (médicos e odontólogos) não trabalham as 40 horas semanais no programa. Entretanto, a maioria dos profissionais (enfermeiros, odontólogos, técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACD) trabalha 40 horas, conforme preconiza o MS, através da portaria 648/2006. Porém, em relação aos profissionais

médicos, já estão respaldados pela Portaria 2027/2011 do MS em atuar apenas 20 horas na ESF (BRASIL, 2011).

Quadro 04: Características dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo, Mai./Jun./Jul. de 2011 (Continuação).

Entrevistado	Tem duplo Vínculo/onde	Pós-Graduação lato sensu	Participou do treinamento introdutório?	Participa de algum curso de atualização na área. Quais?
Ent. 1	SIM. HGPV	Ginecologia/Obstetrícia	Não	Diabetes, HIV, Pré-natal
Ent. 2	SIM.CSJ (estado)	Não	Sim	Saúde do trabalhador, Tuberculose
Ent. 3	SIM. UPA.	Neonatologia	Não	Hanseníase, Pré-Natal, DST-AIDS, AIDPI e Dengue.
Ent. 4	SIM. Centro de Referência em Saúde Sexual.	Dermatologia e Estética	Sim.	AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Medicina do trabalho.
Ent. 5	Não.	Saúde Coletiva.	Sim.	Hanseníase, Saúde do trabalhador e do idoso.
Ent. 6	Não.	Gestão de Saúde Pública.	Sim.	Urgência e Emergência, Abordagem em DST/AIDS, AIDPI, Tuberculose e Hanseníase.
Ent. 7	Não.	Gerontologia e Saúde da Família com ênfase nas linhas de cuidado.	Sim.	DST, Imunização, Dengue, Planejamento Familiar, Hipertensão, AIDPI, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes e Preventivo.
Ent. 8	Não.	Enfermagem do trabalho.	Não	Não.
Ent. 9	Não	UTI/Metodologia do ensino superior	Sim	Dengue/Tuberculose/Hanseníase/Vacina/Hipertensão e Diabetes / AIDPI
Ent. 10	Sim. Consultório da Santa Helena e Iorte,	Cirurgia buco-maxilo	Não	Atualização em Urgência, Emergência E Resgate e Cirurgia Ortognática.
Ent. 11	Não.	Orthodontia	Sim	Introdutório, Linhas de cuidado (SESAB/SMS)
Ent. 12	Sim. Clínica particular.	Endodontia e Saúde Coletiva	Sim	Cirurgia buco-maxilar, Estética dental, dentística.
Ent. 13	Sim. Clínica particular	Saúde Coletiva e Implantação da linhas de cuidado, promovido pela SESAB.	Sim.	Acolhimento pedagógico, Envelhecimento em saúde da pessoa idosa, odontologia legal.
Ent. 14	Não	Não se aplica	Sim	Treinamento de vacina, ética no trabalho, anemia falciforme, alimentação, alternativas e curso técnico de agentes comunitários de saúde.
Ent. 15	Não	Não concluiu o curso técnico de ACS	Sim	Treinamento de vacina, dengue, Mal de Alzhemi. Cuidado com crianças e drogas.
Ent. 16	Não	Não concluiu o curso técnico de ACS	Sim.	Vacina, Tuberculose, Hanseníase, Mal de Alzhemi, Mal tratos aos idosos.
Ent.17	Não	Não se aplica	Sim.	Teste do pezinho, sala de imunização e planejamento familiar.
Ent. 18	Sim. HGPV.	Não. Em curso Graduação em Serviço Social	Sim.	Vacinação, Capacitação em PSF, Curso de urgência e emergência, Curso de ECG e outros.
Ent. 19	Sim. HGPV.	Não se aplica	Sim.	Curso de Educação permanente em vacina, curativo e saúde do trabalhador.
Ent. 20	Não.	Não se aplica	Não.	Atualização nas linhas de cuidado, Capacitação em vacinação e Dengue.
Ent. 21	Sim. HGPV.	Não se aplica	Não.	Vacinação, Linha do Cuidado em Saúde da Família
Ent. 22	Não.	Não se aplica	Sim.	Vacinação.
Ent. 23	Não.	Não se aplica	Sim.	Vacina e feridas
Ent. 24	Não.	Não se aplica	Sim.	Não.

Fonte: Dados da pesquisa

Entre os profissionais de nível superior, a maioria é especializada, nas diversas áreas, de acordo a sua categoria profissional. Os ACS referiram que não concluíram o curso técnico para ACS e os técnicos/auxiliar de enfermagem apenas um referiu estar cursando a graduação em Serviço social.

Entre os trabalhadores de saúde, percebeu-se que a maioria participou do Treinamento Introdutório,²¹ principalmente os de nível médio, os ACS, ACD e os técnicos de enfermagem. Conforme o Relatório de Gestão Municipal, o Treinamento Introdutório não é mais oferecido às equipes de Saúde da Família, o que se pode verificar no quadro 3, com profissionais de nível superior e de nível médio atuando nas ESF sem o devido treinamento (JEQUIÉ, 2009). Quanto à participação dos profissionais em curso de atualização na área, todos os sujeitos referiram participar de vários cursos.

3.5 TÉCNICA PARA COLETA DOS DADOS

As técnicas para a coleta de dados foram realizadas utilizando-se a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental. A entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) foi escolhida por possibilitar a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais, e foi utilizado um roteiro para facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2010).

A coleta dos dados foi realizada em três etapas: a primeira foi a realização das entrevistas com os profissionais de saúde, que foram selecionados a participarem da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2011 nas ESF, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), através do processo nº 206/2010.

Posteriormente após aprovação do projeto no CEP, foi encaminhado um ofício ao Secretário de Saúde do município pelo Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), solicitando permissão para a coleta dos dados nas ESF com os sujeitos do estudo nas Equipes de Saúde Única do município.

Foi realizada uma apresentação à coordenação de cada equipe de saúde, com o

²¹ **Treinamento introdutório:** é um dos pilares da capacitação das ESF, abordando princípios e diretrizes do SUS, bases doutrinárias da atenção primária à saúde, desenvolvimento do trabalho em equipe, processo de territorialização, diagnóstico da saúde da população adscrita e desenvolvimento de técnicas de mobilização social (BAHIA, 2001).

respectivo ofício da Secretária Municipal de Saúde autorizando a pesquisa, no início do trabalho de campo. Neste primeiro momento, foi descrito o propósito da pesquisa e realizado o sorteio com a coordenadora da unidade, dos três membros que seriam entrevistados na coleta dos dados. Em seguida, o membro da ESF foi informado sobre o sorteio em que o mesmo havia sido selecionado para participar da pesquisa, esclarecendo os seus objetivos e a finalidade desta e solicitando a sua aceitação para participar. Na seleção da amostra para a realização da entrevista e observação, todos os sujeitos selecionados, aceitaram participar, ao serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo.

A entrada em campo fundamenta-se em uma fase essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele e que, conforme Minayo (2010, p.202): “[...] Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial”. Todo o empenho é investido para que “o corpo e o sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas”.

Durante todo o período, em cada USF, houve a preocupação de manter uma boa relação com toda a ESF. Eles verbalizaram que a Universidade tem realizado muitas pesquisas, porém eles não têm conhecimento dos seus resultados já que não são retornados, após a conclusão de cada pesquisa, sendo esta uma observação feita por todas as equipes do estudo.

Foi utilizado um gravador para a realização das entrevistas e, posteriormente, as informações gravadas foram transcritas. Em seguida, fez-se uma leitura criteriosa do material transcrito, buscando-se estabelecer as categorias que traduziam as informações dos sujeitos do estudo.

A segunda técnica utilizada foi a observação sistemática, sendo esta um tipo de observação na qual o “investigador não toma parte nos conhecimentos sobre o objeto de estudo como se fosse membro do grupo observado, mas apenas atua como espectador atento” (RICHARDSON, 2008, p.260). Para a realização da observação sistemática, foi empregado o roteiro de observação (APÊNDICE C).

Os sujeitos do estudo foram informados, verbalmente, que estariam sendo observados durante o trabalho na consulta e sua atuação na USF, sendo que todos aceitaram participar da observação. Durante as consultas médicas, de enfermagem e

odontológica, a pesquisadora solicitava a permissão de cada usuário para que a mesma observasse a consulta. Também, durante a observação das visitas domiciliares de todos os profissionais, foi solicitada a permissão dos usuários para participar da mesma e esclarecendo-se o objetivo da pesquisa.

Nesta fase, a atuação baseou-se na observação do trabalho dos sujeitos que foram pré-selecionados para participarem da pesquisa. Esta observação foi realizada com os profissionais de saúde desenvolvendo suas atividades no processo de trabalho em ato, na USF e na comunidade, nas consultas médicas e de enfermagem, no Acolhimento (triagem) do usuário, realizado pelo técnico/auxiliar de enfermagem, na distribuição da entrega dos medicamentos na farmácia, nas atividades educativas na unidade e na comunidade pelos trabalhadores e nas visitas domiciliares dos profissionais de nível superior e de nível médio (ACS e técnicos de enfermagem).

Pode-se observar, também na recepção da USF, o acesso do usuário para o agendamento do atendimento com o médico e a enfermeira na ESF, pois, em algumas equipes, este acesso do usuário aos profissionais médicos é realizado por meio da demanda programada, através da semana típica ou agendamento realizado semanalmente. O usuário da demanda espontânea é encaminhado para a triagem, para o atendimento com a Técnica/Auxiliar de enfermagem. O acesso dos usuários na rede do sistema de saúde para as especialidades médicas é realizado com a marcação dos exames especializados dos usuários, pelos agentes administrativos no Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SRCA) via online.

As observações foram realizadas diariamente, paralelamente com as entrevistas, nas oito ESF pesquisadas. Para a realização da observação, foi utilizado um diário de campo, com o propósito de descrever o processo de trabalho dos profissionais das ESF, registrando informações sobre suas conversas com os usuários e situações ocorridas no dia-a-dia do trabalho destas equipes. Neste sentido, diário de campo é:

Diário de campo nada mais é do que caderninho de anotações, em que o pesquisador, dia por dia, vai escrevendo o que se observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Ao término de cada observação diariamente, a mesmas eram digitadas e armazenadas em arquivo, para serem posteriormente analisadas pela pesquisadora do estudo (MINAYO, 2010, p.295).

Ao término de cada observação em cada USF foram expressos os agradecimentos aos membros das ESF pela colaboração com a pesquisa.

A terceira técnica utilizada para a coleta dos dados foi a análise documental, sendo que “esta visa estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas” (RICHARDSON, 2008, p. 230).

Deste modo, utilizaram-se as seguintes fontes secundárias que auxiliaram na análise dos dados:

Documento 1 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2006);

Documento 2 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2007);

Documento 3 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2008);

Documento 4 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2009);

Documento 5 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2010);

Documento 6 – Relatório da V Conferência Municipal de Saúde (2008);

Documento 7 - Plano Municipal de Saúde do Município de Jequié (2002-2005);

Documento 8 – Plano Municipal de Saúde de Jequié (2006-2009);

Documento 9 – Portaria 648/GM do ano de 2006;

Documento 10 – Portaria 2.027/GM do ano de 2011.

Alguns destes documentos foram solicitados à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, através de ofícios dirigidos ao Secretário de Saúde e, posteriormente, após seu conhecimento e aceitação do mesmo, este ofício foi encaminhado ao Departamento de Planejamento e Gestão, para a liberação dos seguintes documentos (04, 05, 06, e 07) e os demais (01, 02, 03 e 08) foram solicitados no Conselho Municipal de Saúde e o documento nove foi acessado online.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Na realização das entrevistas foram atendidas as diretrizes contidas na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que

aborda a pesquisa em seres humanos, respaldada nos aspectos éticos e legais (BRASIL, 1996b). O Projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) para análise e, após parecer favorável, foi dado início à coleta dos dados nas ESF.

Por sua vez, todos os informantes, foram esclarecidos sobre a proposta do estudo, os objetivos, o campo de investigação, as técnicas de coleta de dados, os riscos e os benefícios e, após o consentimento, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde foi assegurado o sigilo e o anonimato das informações. Todos cederam os direitos de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, bem como a autorização para a publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos, nacionais e internacionais.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010).

Utilizou-se a técnica da análise temática, para a análise dos dados. Conforme Minayo (2010), a análise temática está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo. O autor define tema “como a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (MINAYO, 2010, p.315).

Para a análise dos dados, baseada na análise temática, seguiram-se as três fases básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (MINAYO, 2010).

1ª fase: a pré-análise consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais do estudo que, no caso, se constituiu na presente investigação, com as transcrições das entrevistas dos membros das ESF. Posteriormente, foi realizada a leitura flutuante do material coletado transcrito das entrevistas dos profissionais de saúde, revelando um conteúdo envolvente sobre acolhimento, vínculo, escuta, desenvolvimento do trabalho na equipe de saúde e os retrocesso e facilidades para os profissionais de saúde atuarem na ESF.

2ª fase: a exploração do material ocorreu, essencialmente, numa operação classificatória que visava alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, buscaram-se, nas falas dos sujeitos, as categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. A categorização consistiu, ainda, em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas sendo, esta, uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias, a priori, levasse a uma abordagem rica e densa.

3ª fase: os resultados foram submetidos a operações estatísticas simples (percentagens), que permitir colocar em relevo as informações obtidas. Assim, propomos inferências e realizamos interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, bem como abrimos outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Finalmente, após a análise dos dados empíricos dos depoimentos dos sujeitos realizou-se uma reflexão crítica sobre os diferentes temas que permeiam o processo de trabalho nas ESF. Este momento permitiu articular as questões norteadoras do estudo com os núcleos de sentidos, proporcionando a conformação de cinco categorias e as respectivas subcategorias, a saber:

Quadro 05: Distribuição das categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
1. Processo de trabalho da equipe de saúde da família	1.1 Prática assistencial 1.2 Prática gerencial 1.3 Prática educativa 1.4 Prática política
2. Ferramentas organizacionais do processo de trabalho no programa de saúde da família (PSF).	2.1 Acolhimento 2.2 Planejamento em saúde 2.3 Sistema de Informação da Atenção Básica 2.4 Fluxograma da Unidade de Saúde da Família
3. Tecnologias utilizadas pela equipe de saúde no processo de trabalho	3.1 Tecnologia leve 3.2 Tecnologia leve-dura 3.3 Tecnologia dura
4. Retrocessos e facilidades vivenciados pela equipe de saúde no processo de trabalho no Programa de Saúde da Família	4.1 Retrocessos 4.2 Facilidades

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Acreditamos que uma micropolítica processual poderá construir novos modos de subjetivação que singularize o ato do cuidado tal qual vem se dando no processo de trabalho da equipe visto que as mutações que ocorrem na subjetividade não funcionam apenas no registro das ideologias, mas no próprio coração dos indivíduos, em sua maneira de perceber o mundo, de se articular com o tecido social, com os processos maquínicos do trabalho e com a ordem social suporte dessas forças produtivas.

(GUATTARI; ROLNIK, 2005)

4.1 CATEGORIA 1 - PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PSF

A prática dos profissionais de saúde deve estar voltada às necessidades de saúde dos usuários e ao propósito da construção de um cuidado integral em defesa da vida e da cidadania.

4.1.1 Subcategoria 1.1 – Prática Assistencial

No trabalho das ESF, a atividade clínica depende de profissionais de saúde com graduação específica (enfermeiro, médico e odontólogos), mas depende também da interação interdisciplinar entre estas diversas maneiras de exercício clínico existentes, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe (PINTO, COELHO, 2010).

Nesta fala identifica-se a prática assistencial do enfermeiro na equipe de saúde:

[...] na **prática assistencial** atendo no **HIPERDIA, pré-natal, preventivo**, todos. Todos os pacientes que vem para mim eles não são **triados** anteriormente, se ele vem pra o **HIPERDIA** eu faço tudo aqui, eu que **peso**, eu que **meço**, eu que faço **glicemia capilar**, eu que faço **pressão arterial**, porque tem alguns postos que eles já vêm pra a sala do enfermeiro totalmente triados, aqui não, todos os meus pacientes eu que faço todos os procedimentos, se faz **pré-natal** eu que faço **ausculta cardíaca**, é eu que faço **pressão**, eu **peso**, [...], a gente faz a abordagem, solicito os exames, eu sempre peço periodicamente todos os exames, sífilis, HIV, HTLV, Anti HCV, HBS, peço tudo. [...] (E 6).

Na fala percebe-se como é realizado o processo de cuidar do enfermeiro na assistência às pessoas nos serviços de HIPERDIA, pré-natal, preventivo e a solicitação dos exames preconizados pelo MS para o programa de pré-natal. Na realização destas ações de saúde, o enfermeiro utiliza os recursos materiais das tecnologias duras, ao referir que procede, durante a realização da consulta ao usuário, a verificação da pressão arterial, verificação do peso, altura, ausculta dos batimentos cardíacos e a glicemia capilar.

Neste sentido, descreve-se uma observação de campo de uma enfermeira na realização do pré-natal, entretanto a fala do entrevistado é divergente com a observação, pois nesta observação quem realiza os procedimentos de pesagem, verificação da pressão é o técnico de enfermagem.

A consulta foi com uma primigesta. O tempo da consulta foi de 30 minutos. Segundo informações da usuária, os exames preconizados para a gestante no pré-natal já tinham sido solicitados pela médica na 1ª consulta, quando ela suspeitou estar grávida. O resultado Beta HCG (BHCG) positivo. No início da consulta, a enfermeira realizou o cadastramento da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-natal) e preencheu o cartão de pré-natal. Foi verificada a sua pressão arterial, sua altura e peso, pela técnica de enfermagem. A enfermeira realizou a anamnese (histórico), perguntando à gestante sobre a data da última menstruação (DUM), história vacinal e doenças em familiares. A enfermeira orientou a gestante sobre a importância do uso de roupas leves, pois a ela estava com roupas apertadas, cuidados com a gestação, importância da participação do pai durante a gravidez, sinais de abortamento e uso de óleo de amêndoas nas mamas. Em seguida, prescreveu ácido fólico. A gestante foi encaminhada à maca para realização do exame físico, sendo realizado o exame das mamas, verificado a altura uterina e auscultado os Batimentos Cardíofetais (BCFs). Posteriormente, foi preenchida a ficha de pré-natal pela enfermeira e realizado o agendamento para a próxima consulta pela técnica de enfermagem, que entregou o cartão de pré-natal preenchido encaminhando a gestante para a sala de imunização.

Em algumas ESF, durante a observação in loco, identificou-se que a prática do enfermeiro no processo de trabalho está operacionalizada, baseada no modelo das ações programáticas, quando atende nos programas de pré-natal, hipertensão arterial e diabetes, crescimento e desenvolvimento e planejamento familiar. Também, em algumas situações a enfermeira atende seguindo o atendimento baseado no modelo hegemônico (queixa-conduta), na demanda espontânea.

O modelo de organização do processo de trabalho da assistência no PSF é pautado nas ações programáticas em saúde, com prática mais frequente voltada à

assistência aos indivíduos nos programas preconizados pelo MS (NASCIMENTO, 2003).

Este trecho descreve a atuação do enfermeiro na equipe de saúde.

[...] **Trabalho na assistência, na gerência, na parte educativa**, a gente acaba trabalhando em tudo, é muito abrangente a **atuação** da gente porque, desde a **assistência**, dos **programas**, até a parte de **gerenciamento**, de tá correndo lá fora, vendo as necessidades das técnicas de enfermagem e da agente administrativa, fazendo **comunicação internas**, vendo **medicação, pedido de material** porque quem faz isso tudo sou eu, apesar que tem a oficial e a agente, mas eu prefiro tá fazendo porque eu tenho mais contato, realmente do que tá pedindo, [...], quando eu iniciei mandando, às vezes vinha faltando, às vezes no sistema também apresenta coisas novas, então eu vendo eu vou poder ter mais contato para está sabendo o que tá pedindo ali, a parte também de tá **orientando**, ensinando o trabalho, de tá também **supervisionando os ACS**, está vendo necessidade de capacitação, as meninas tá solicitando também **atividades educativas** desses grupos, que a gente faz **sala de espera**, da parte também de está **supervisionando** os funcionários, no caso interno aqui, do horário, cobrando também uma melhor qualidade no atendimento, tanto da médica, quanto da dentista, dos serviços gerais até a médica, [...]. [...] (E 9).

Nesta fala, identifica-se o enfermeiro como o profissional responsável pela assistência, pelo gerenciamento da USF, pela parte educativa, capacitação de educação permanente e supervisão dos agentes administrativas, técnicos de enfermagem e ACS no processo de trabalho da equipe de saúde.

Assim, o processo de trabalho dos enfermeiros na ESF é distribuído entre gerência e assistência, o que representa um desafio para sua atuação na qualidade do cuidado produzido aos usuários. Na prática gerencial, o enfermeiro desenvolve ações de solicitação de insumos/materiais e de supervisão do trabalho dos ACS e dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Na prática assistencial, realiza assistência aos grupos populacionais preconizados pelo MS, permeado por atividades educativas como sala de espera, e grupos de gestantes, hipertensos, mulheres em idade fértil e mães (GOMES; NASCIMENTO, 2010).

Os depoimentos a seguir trazem o processo de trabalho da ESF relatado pelo profissional médico:

[...] Não tem o programa, que o médico atende só **consulta**. Não, **pré-natal** quem faz é a **enfermeira**. O **HIPERDIA**²² (Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus), a **enfermeira** atende e eu **médico**, [...]. Os **pacientes** que já estão sendo acompanhados, ela dá a **medicação**, aqueles pacientes que não estão sendo **acompanhados**, ou que já tem um certo período, ela encaminha pra mim, para medicar, para aumentar ou diminuir a **medicação**, conforme a resposta do paciente à **medicação**. [...] (E 2).

[...] **Pré-natal** geralmente a **enfermeira** me manda esses **pacientes** que tem **risco**, ou o **paciente** que é **hipertenso**, que precisa que eu acompanhe, ou o **paciente** que ela nota alguma alteração no nenê, eu pego o sonar, vou **escutar**, vou **pesar**, vou **medir**, tudo o que faz no pré-natal. Rever os **exames laboratoriais** que foram pedidos, se tão tudo correto, é o pré-natal normal, só que tem que passar pela parte de **medicação** que quem faz sou eu, tem que passar por mim, para fazer isso tudo eu tenho que examinar. [...] (E 3).

[...] O **paciente hipertenso** nós fizemos assim, **nós dividimos, fazemos** uma **triagem** com todos os pacientes que são acompanhados aqui e nós **dividimos** entre **hipertenso A, B e C**, o paciente leve, moderado e grave. O paciente **hipertenso leve**, que é aquele que faz o tratamento só alimentar, não faz o tratamento medicamentoso, nós acompanhamos de três em três meses. **Hipertenso moderado**, de dois em dois meses e **hipertenso severo**, mensalmente. O **diabético**, a mesma coisa, a gente dividiu, o insulino dependente a gente faz mensal, e o que utiliza o **hipoglicemiante**, acompanhamento **bimensal**, então esse paciente, ele geralmente, ele nem sempre é acompanhado por mim, às vezes eu divido esse acompanhamento com a **enfermeira**. Então os pacientes que têm **resultado**, que têm queixas, vêm pra mim e os **pacientes** que vêm fazer só o acompanhamento, passa pela **enfermeira**. Ele é questionado sempre em relação ao uso da medicação, eu peço sempre para ele me trazer as **medicações** na **consulta**, ele me mostra como é que ele tá tomando, que existe um grande problema em relação à **adesão**, à identificar o remédio, a gente tem muito paciente aqui que não tem a leitura, então a gente identifica, faz um risquinho na cartela, pra ele saber que aquele remédio é o da pressão, que aquele é o do diabete, então sempre peço a ele pra trazer, mostro como é que ele toma, sempre são questionados em relação a dieta, **eles são pesados, afere a pressão, afere a glicemia**, então a gente tá acompanhando se tá ganhando peso, se tá fazendo a dieta, então esse é o controle que a gente sempre tem se preocupado, e as **queixas, dor torácica**, a gente encaminha, faz outros **tipos de exame**, em relação às **queixas** a gente consegue direcionar, mas a regularidade é sempre em relação à **medicação**, ao uso da **dieta**. O **pré-natal** é a **enfermeira**, ele faz um **atendimento mensal**, as **consultas mensais** e quando tem **resultado de exame de ultrassom** ou **queixas**, essas pacientes são **encaminhadas** pra mim. Criança eu atendo aqui todo dia, todos os turnos, até turno de **HIPERDIA** a gente tem que tá atendendo **criança** por conta de **febre**, o acompanhamento do **crescimento e desenvolvimento** quem faz é a **enfermeira**, quando precisa de algum **suporte nutricional**, quando tem alguma deficiência **nutricional**, ela encaminha pra **tratamento**, eu acompanho e acompanho também a parte toda de ambulatório de criança, quando tem um **pico febril, tosse, dor abdominal, diarreia**, [...]. O **adulto**

²² **HIPERDIA**: é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção Básica à hipertensão e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002b).

jovem não é uma frequência muito grande não, tem uns **adultos jovens** que eu acompanho e que fazem parte do **programa**, mas **adulto jovem** quando **queixa** de alguma **algia**, uma **amigdalite**, **cefaléia**, é muito comum nessa idade, mulher é mais frequente do que homem [...], homem só vem quando tá com um **problema** sério na lombar, quando tá com muita febre, mulher faz mais acompanhamento de **rotina** de tá fazendo **preventivo**, **transvaginal**, **mamografia**, vem pedindo o chek up também, avaliação de rotina é mais comum, [...]. [...] (E 4).

O entrevistado 2 refere em seu depoimento, que no PSF, só atende as consultas individuais e que a enfermeira, aos programas de pré-natal e HIPERDIA. Entretanto, ao ser atendido pela enfermeira, o usuário que estava sem acompanhamento no programa de HIPERDIA, posteriormente é encaminhado para atendimento clínico.

Nos depoimentos dos médicos 3 e 4, eles descrevem que dividem os programas de pré-natal e hipertensão arterial com o atendimento da enfermeira. Eles mencionam que fizeram uma divisão com a enfermeira, atendendo no programa de pré-natal as gestantes de risco e, no programa de HIPERDIA, os usuários que não estão aderindo ao tratamento dos anti-hipertensivos.

Ao analisar as falas percebe-se que o trabalho em ato dos médicos 3 e 4 está fundamentado no modelo hegemônico, através da queixa-conduta e no modelo das ações programáticas em saúde, quando presta atendimento aos grupos priorizados pelo MS.

Nos depoimentos 2, 3 e 4, também se observa um domínio das tecnologias duras e leve-duras. Os médicos referem ter domínio na clínica, no diagnóstico e no tratamento. Assim, eles concentram-se na solicitação de exames, avaliação dos resultados destes exames, diagnóstico e tratamento das infecções, suporte nutricional e prescrição de medicamentos aos indivíduos hipertensos, diabéticos, jovens, gestantes e crianças.

Conforme nos afirma Merhy (1998), a profunda crise do modelo que estruturou o modo atual do trabalho médico é marcada, entre outras crises, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários, pela separação que o mesmo produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde, pelo desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais e, também, pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado, reduzido à produção de procedimentos.

Sabe-se que existe nas tecnologias duras o domínio dos interesses organizados; os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Dessa maneira é que se fala que, atualmente, o modelo assistencial é todo voltado para a produção de procedimentos, que consome intensamente tecnologia dura gerando, ainda mais, necessidade de produção de procedimentos (MERHY, 1998).

O trabalho do médico no PSF, quando orientado por esse modelo, se isola dos outros trabalhos em saúde, pois, se tornando especializado, a cada introdução de novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, vai-se necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si mesma (MERHY, 1998).

Repensando sobre as três valises tecnológicas e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de trabalho em saúde, em um atendimento de um profissional de saúde a um usuário, em uma ESF, durante uma consulta ou em uma visita domiciliar, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos singulares, implicados com certos tipos de produtos. Nas valises das mãos, das tecnologias duras, permite operar com os seus equipamentos imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros. Porém esses produtos, para serem operados, consomem, além do trabalho morto da máquina, o trabalho vivo de seu operador com seus saberes tecnológicos (MERHY, 2007b).

Durante a observação de campo de uma consulta de um médico com o usuário, verificou-se um atendimento rápido, em que o profissional estava centrado em ouvir a queixa do usuário e, após a medicação, de acordo com o conhecimento científico da doença e a queixa sobre o sintoma, usando assim, apenas as tecnologias duras e leve-duras. É claro que, se comparado o tempo que estes profissionais têm desde a graduação, percebe-se uma variação no tempo disponibilizado para cada consulta, em que os médicos recém-formados levaram mais tempo com o usuário, como também se preocuparam em manter a escuta durante a consulta, usando assim, neste ato, a tecnologia leve, em comparação aos seus colegas mais antigos.

As falas dos odontólogos retratam o processo de trabalho destes profissionais:

[...] A **consulta** é o seguinte, o **paciente** chega, é feito uma **anamnese certo**. O **histórico** dele todo de saúde, é feito um **exame extra-bucal**, da face toda – já aí aquele assunto de você falar da especialidade ajudar – é feito exame **intra-bucal** de tecido mole, tecido duro, não só **dente** porque geralmente a pessoa fala que **dentista** é só dente, não é bem assim. É feito todo esse **exame**, a gente faz um **odontograma**, que é a ficha do paciente de tudo o que ele tem, se ele tem um **dente** ausente, aí escreve ausente, se tem um **dente** pra tirar, escreve **exodontia** é necessário, **restauração**, anota tudo. Aí essa ficha fica comigo, se o paciente relatar alguma coisa, eu peço o **prontuário médico**, peço pra trazer pra eu olhar, ou então discuto com a médica da equipe [...], depois dessa primeira consulta, já deixa o **paciente marcado** para fazer os **procedimentos**. Quando a **exodontia** é muito **urgente**, tá com dor, ou tá com um foco de **infecção** muito grande, eu faço a **exodontia** tudo primeiro, depois a gente faz **restaurações**, depois a gente faz duas **limpezas**, às vezes tem que fazer uma “**limpeza**”, uma **remoção de tártaro** antes da **exodontia**, para não poder contaminar. [...] Pra você fazer uma “extração”, você tem que fazer um preparo da boca, você não pode chegar e, a não ser que seja urgência. Se tiver algum **abscesso**, aí você drena e, se puder, já extrai, claro, com **cobertura antibiótica**, que também falta medicação, [...]. Aí depois, por último, vêm as **restaurações** e a **limpeza**. [...] (E 10).

[...] toda **consulta programada** a gente trabalha com **anamnese, exame clínico e exame físico**. [...], aqui tem um cadastro de um paciente nosso, [...], o **odontograma**, então na primeira consulta que a gente faz, aqui explica, exemplifica bem. Aqui esse paciente veio a primeira vez aqui, a gente fez a **anamnese**, o **exame** perguntando a respeito de alguns **problemas de saúde**, se faz uso ou não de **medicamentos**, se tem **alergia de medicamento**, quanto tempo que não vai ao **dentista**, se tem algum **problema** em relação à **produtos odontológicos**, à **materiais odontológicos** isso, um paciente abaixo de 18 anos ele responde, abaixo de 14, somente com o responsável, abaixo de 18 também, só com o responsável, pra fazer essa **anamnese**. Faço o **odontograma** completo do paciente, determinando as lesões de cárie, os dentes a serem extraídos e nós agendamos para uma outra consulta. [...], aqui nós realizamos os **procedimentos básicos, extração, restauração, profilaxia, limpeza, remoção da placa bacteriana**, que nós chamamos de raspagem superior de válvula. E, para esses **procedimentos**, nós temos realmente os **equipamentos** necessários sim. [...] Então o paciente, assim que ele chega à unidade ele é atendido, é feito uma **consulta programada**, essa consulta a gente faz todo o **odontograma** do paciente, faz toda a **anamnese, exame clínico e exame físico**, situações em que nós temos horários disponível, vaga disponível, a gente já inicia o **tratamento odontológico** desse paciente, já de imediato, caso contrário, a gente faz a marcação desses pacientes, em caso de situações que requeiram um diagnóstico complementar, a gente faz a solicitação de radiografia periapicais, inter-proximais, que são realizadas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). [...], mas primeiro realizar uma melhora da saúde bucal, muitos pacientes chegam com **extração de dente**, para fazer **extração dentária**, a maioria **solicita extrações dentárias**, mesmo a gente tendo a conduta de fazer um **procedimento** mais conservador, as pessoas ainda têm a **cultura** de extrair os dentes, mas aqui só realiza essas extrações quando realmente são **necessárias**. [...] (E 11).

[...] Primeiro assim, devido à experiência que eu tenho, eu já sei se aquele **dente** eu vou abrir e fechar ele na mesma hora, devido à experiência. Tem **dentes** que às vezes você abre, aí precisa colocar um **curativozinho** entendeu, pra deixar, porque se a gente tem certos **dentes** que a profundidade é tão grande que se você abrir, fechar e botar logo a **restauração** nele, aí o dente fica doendo, doendo, doendo, aí termina até precisando **fazer canal**. Então, pra evitar isso a gente faz um **curativo**, uma **prevenção**, aí passa assim, uns oito, dez dias com aquele **curativo**, depois o paciente retorna e a gente **restaura** o dente [...], eu prefiro fazer um tratamento mais assim, terminar, abrir e fechar logo, faço o possível para, abrir e botar curativo, abrir e botar curativo, eu não faço isso, [...], porque aí a gente perde tempo, o cliente fica às vezes, vários meses aqui em **determinado tratamento** e já eu não, se eu tiver condições de abrir e de fechar logo, se der eu fecho logo. [...] (E 12).

No depoimento do entrevistado 10, ele identifica como é a sua consulta odontológica que, para a realização, seguem-se as etapas de anamnese, histórico e exame físico da boca, sendo que a partir deste exame será preenchida uma ficha odontológica, chamada pelo mesmo de odontograma. Também relata que quando necessário avalia o prontuário médico do usuário ou discute o caso clínico do usuário com a médica da equipe. Em seguida, realiza-se o agendamento para a execução do procedimento.

Na sequência, para o trabalho do odontólogo 10, ele refere que em caso de foco de infecção, primeiro é realizada a exodontia, depois as restaurações, seguidas pela limpeza, com o objetivo de prevenir a contaminação entre os procedimentos. Posteriormente, o mesmo afirma que sempre que necessário realiza a drenagem no dente e prescreve antibióticos para os pacientes.

O entrevistado 11 refere que em toda consulta programada ele trabalha com anamnese, exame clínico e físico, fazendo posteriormente o cadastro do usuário no odontograma.

No depoimento do entrevistado 13, menciona a sua atuação realizando profilaxia, trabalho clínico com a limpeza, extrações e restaurações.

No processo de trabalho da equipe de saúde identifica-se nos depoimentos, a divisão de tarefas.

[...] É, assim, porque **eu** não consigo **trabalhar** em **equipe** sem tá **dividindo o trabalho do PSF**, porque tem gente que não **divide** esse **trabalho** do **PSF**, não consegue desenvolver, **pesa** demais, [...], a gente, faz sorteio, também não é nada imposto, mas tipo assim, é obrigação de todo mundo do **PSF**, eu sou bem clara tá, então a técnica, [...]. E assim, para o **técnico** tá aqui ele tem

uma gratificação, ele tem que saber que o **trabalho** dele é diferenciado, o **médico** deveria saber, deveria ser cobrado, talvez, inclusive pelos próprios **técnicos**, [...]. (E 7).

[...] faz uma **escala**, [...] **três** meses eu fico na **vacina**, aí depois eu mudo de **escala**, para não ficar mudando assim todo mês. Aí ela faz assim, eu fico três meses na **vacina**, depois desses três meses, quando eu to na **vacina**, eu não faço só **vacina**, porque sempre tá chegando gente para **aferir pressão, administração de medicamento**, [...], de fazer uma **nebulização**, [...]. Então, quem tá na **vacina** também faz esse serviço, só não vou para a **sala de curativo** porque na sala de curativo já vou, me contaminar, então quem tá no **curativo** já faz também, **afere pressão, administração de medicamentos**, se tiver desocupado. [...] (E 17).

Conforme o depoimento do entrevistado 7, a divisão técnica do processo de trabalho aconteceu com o objetivo de distribuir atribuições aos outros membros na ESF.

Na fala do entrevistado 17, a técnica de enfermagem refere que para o desenvolvimento do seu trabalho na equipe é realizada uma escala trimestral das atividades, com o propósito de dividir as funções entre as técnicas de enfermagem na USF. Percebe-se, nesta fala que para o desenvolvimento do processo de trabalho em ato, os técnicos de enfermagem são responsáveis pelo emprego no processo de trabalho das tecnologias leve-duras e duras. Nas tecnologias leve-duras elas utilizam o conhecimento sobre a imunização e nas duras a realização de administração de medicamentos e nebulização, a aferição da pressão arterial e a realização do teste do pezinho conforme escala.

Nos depoimentos a seguir, pode-se analisar o processo de trabalhos dos técnicos/auxiliares de enfermagem na ESF.

[...] como **auxiliar de enfermagem**, [...], eu faço **administração de procedimentos, administração de medicamentos**, eu faço **vacina, curativo**, [...]. **Faço também teste do pezinho**, as duas auxiliares foram treinadas, [...]. [...] (E 17).

[...] Primeiro a **triagem**, primeiro porque a **triagem** é mais feita à tarde, logo pela manhã é **vacina**, a gente dá prioridade à **vacina**, depois **curativo**, depois **esterilização. Esterilização, triagem, vacina**, é só isso mesmo. E responsável pela **sala de vacinação**. [...] (E 18).

[...] Eu de manhã fico responsável pela **vacina** e, a outra colega fica responsável pelo **curativo** e pela **triagem**. À tarde, eu fico responsável pela **vacina** e pela **triagem**. [...], aí de manhã eu fico na **vacina** e na **triagem**, de tarde eu fico no **curativo** e na **triagem**. Além de ficar responsável por agendamento, encaminhamento, hoje, já verifiquei a **pressão arterial**,

glicemia, [...], **peso** e **altura** dos pacientes do **HIPERDIA**, na realidade, tudo o que vai passar pela unidade, passa pela triagem que fica com o técnico de enfermagem. [...] (E 19).

[...] Eu faço tudo. O **auxiliar de enfermagem** ou o **técnico** é o que **trabalha** em tudo, todas as áreas aqui, a gente **trabalha** um pouco com a recepção, a gente lida também com um pouco de **farmácia**, a gente já trabalha diretamente com a **enfermeira** e com o **médico**. [...] **Vacina** trabalha mesmo com **vacina**, que é muito dos procedimentos invasivos, e a gente tem que ter o critério, o **cuidado** de informar à mãe, o que vai ocorrer, [...], com a criança. O critério da lavagem das mãos, que é fundamental, de manter a refrigeração da sala, para que não haja nenhum outro tipo de **procedimento** que interfira, que a gente sabe que é um **procedimento** que não pode ser misturado com outras coisas. Então a gente tem sempre esse cuidado, de **trabalhar** com a **vacina** é só a **vacina**. [...] (E 20).

Nestes trechos os técnicos/auxiliares de enfermagem mencionam que desenvolvem várias atividades na equipe de saúde, seja na triagem, verificação da pressão arterial e peso, esterilização dos materiais, realização do teste do pezinho, na recepção da unidade, na farmácia na entrega e orientação do usuário de como usar a medicação e na vacinação.

O entrevistado 20, no seu depoimento, relatou os cuidados que o técnico/auxiliar de enfermagem deve ter na sala de vacinação, no processo de trabalho em ato, que são: orientação às mães sobre as reações adversas que podem acontecer com a criança após a administração do imunobiológico, os cuidados de higiene com as mãos e o cuidado que deve ter ao manipular as vacinas, limitando-se à execução deste procedimento, para evitar o risco de contaminação.

Estes resultados são compatíveis com a pesquisa realizada pelos autores Shimitu et al. (2010), onde constataram, por meio da identificação das atividades realizadas pelos auxiliares de enfermagem, que as atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF são de caráter individual, e ainda se pautam no modelo clínico de atenção à saúde.

Nos depoimentos dos ACS sobre a sua prática, constataram-se diferentes modos de produzir os atos assistenciais.

[...] quando é a faixa etária para **peso**, a gente **pesa** e procura saber da mãe como foi o **desenvolvimento**, **alimentação**, [...], se a pessoa tá com um bom **desenvolvimento**, **crescimento**, **alimentação**, se a mãe tem aquela coisa de tá dando a comida normalmente, se já come de tudo, se a gente vê que já tá assim, aparentemente tá com **carência** ou não de alguma coisa, aí a gente

orienta a mãe em relação a isso. Também, a mesma coisa, **hipertenso** e **diabético** a gente vai olhar se tá tendo a **medicação**, se tá tomando as **medicações** nos horários corretos, principalmente quando é **idoso**, eles não tomam nos **horários** corretos, têm muita dificuldade de tomar a **alimentação** deles, principalmente quando é **diabético**, eles têm dificuldade também de fazer uma certa **dieta**, tem aquela cultura que tem de comer de tudo e aí a gente tem que ter uma cautela, de como explicar, de como mudar essa cultura, sem **precisar** ferir e **orientar** pra que a pessoa possa ter uma boa qualidade de vida, mesmo tendo **hipertensão** ou tendo **diabetes**. Ter cuidado com o **corpo**, quando é **diabético**, principalmente, pra não ter **ferida nos pés**, [...], não está com nenhum **problema**. [...]. Se a pessoa tiver alguma coisa, aí nós vamos já diretamente com cada membro da família, nós vamos conversar com cada pessoa ou então, se tiver uma pessoa responsável, como é o caso, principalmente em caso de **criança** ou um **idoso**, nós passamos a **orientar** e explicar toda a maneira daquela pessoa se desenvolver, [...], de fazer o **tratamento** ou o acompanhamento na unidade, tudo isso particularmente, com cada pessoa. [...] (E 14).

[...] Então às vezes, uma coisa que nem é da minha **atribuição** fazer, às vezes a **enfermeira** chama a atenção, ah às vezes tu quer **resolver** tudo, principalmente de **idoso**, que minha área tem muito disso. Eu tenho muito **idoso** na minha área, aí mora com o neto, com as filhas, mas **são maltratados**, só tomam a medicação, o **remédio** de **pressão** se eu levar. No mês que eu não levo eles ficam sem medicação porque eles não vêm pra aqui pegar, os filhos, os netos, não vêm buscar. Às vezes eu chego, tá sem tomar remédio ou às vezes, tomou medicação errada. Então às vezes eu acho assim, não é minha atribuição eu tá indo na mesma casa todos os dias, mas às vezes quando eu vejo que aquele idoso precisa de uma atenção maior por conta que a família não dá, [...], eu acabo trazendo como uma responsabilidade minha. Às vezes, duas vezes na semana, eu tinha um casal de idoso, inclusive hoje já saiu da minha área, que eu ia todos os dias dá medicação. Tento, às vezes eu não consigo, mas eu tento resolver. [...] (E 15).

No depoimento do entrevistado 14, configura-se a preocupação dos ACS durante realização da visita domiciliar, diante da tentativa de identificação das alterações no processo saúde-doença dos indivíduos na família, além de promover a orientação após confirmação dos diagnósticos nos grupos específicos como crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, entre outros.

O entrevistado 15 refere no seu depoimento, que na micropolítica do processo de trabalho nos domicílios, por existirem alguns idosos que são menosprezados pelos membros familiares, ela assume como ACS a responsabilidade do cuidado, se preocupando em levar as medicações para estes indivíduos, após pegar os mesmos na USF. Percebe-se, nesta fala, que no processo de cuidar existe o acolhimento do ACS, pois este identificou uma necessidade do idoso durante a visita domiciliar e buscou resolvê-la da melhor maneira, conforme o seu saber permitiu.

Neste sentido, pode-se concordar com a autora Ferreira (2008), que na cartografia do processo de trabalho do ACS na prática, são empregadas as tecnologias leves e leve-duras no agir do seu trabalho vivo em ato.

As visitas domiciliares se constituem em instrumento de trabalho dos profissionais de saúde da ESF em sua área de abrangência e devem ser realizadas pelos trabalhadores de saúde com os seguintes propósitos: a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias. A seguir, algumas falas dos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento da visita domiciliar às famílias:

[...] A **visita** a gente vai à tarde aos **acamados**, vou, converso, vejo as **queixas**, a maioria são **hipertensos**, **idosos**, vejo os **exames**, **solicito os exames**, tem alguns que estão com indicação de ir pra o hospital, de serem internados. **Acamados** e **idosos**, que não têm condição de vir no posto, não tem condições de vir, então a gente vai nas casas. [...] (E 1).

[...] Na **visita domiciliar** eu sempre vou com o **agente comunitário**, ela sempre me acompanha na **visita**, [...], ela faz essa **triagem**, [...], geralmente eu atendo esse **paciente** que tá restrito ao leito, que tá **restrito** a uma cadeira de rodas, a gente tenta atender da melhor forma possível, às vezes a gente não consegue **examinar** muito bem porque não tem um local adequado, na realidade a casa não é um local adequado pra isso, mas eu sempre vou **aferrir** a **pressão arterial**, faz a **glicemia capilar**, faz uma **ausculta**, o **exame abdominal** é mais prejudicado porque quando o paciente não tá deitado às vezes a gente não consegue fazer, mas **orientação** a gente, eu tento também olhar a **medicação** dentro da casa, ver como é que tá tomando, a gente vê a alimentação, a queixa do usuário como um todo, a **orientação** de exame, **cuidados de higiene, cuidados de postura**. [...] (E 4).

[...] a **visita domiciliar**, a **consulta no domicílio**, que a gente faz, esse mês mesmo eu já fiz a visita de alguns pacientes, [...], já encaminhei alguns **usuários** pra **médica**, então ela já foi fazer também a visita dela de forma mais direcionada, porque eu já tinha visto antes o usuário, então eu direcionei pra ela. [...] (E 8).

[...], eu também vou pras **visitas domiciliares** das **gestantes**, eu faço as **visitas domiciliares** das **puérperas** e, aprendi até a falar sobre o coto umbilical (riso), porque assim, não tava tendo ninguém disponível, como eu faço pra **orientar a amamentação**, estimular mesmo a mãe a amamentar, não só nos seis primeiros meses, não só focando na **alimentação**, mas também por causa da formação do arco do palato, pra desenvolver, a respiração da criança e tudo, não respirar bucal, aí a **enfermeira** pediu minha ajuda pra ir e olhar também o **coto umbilical**, então aí eu já tô ficando craque em **coto umbilical**, [...]. [...] (E 13).

[...] Faço muita **visita domiciliar** aos **acamados** que não pode vir na **unidade de saúde**. [...] (E 18).

Nestes trechos, os entrevistados médicos citam que fazem a visita domiciliar aos acamados e idosos e que, durante o ato da mesma realizam a anamnese, a ausculta, o exame abdominal, solicitam exames e avaliam os resultados após a realização e prescreve medicamentos.

O entrevistado 8 refere que realiza a visita domiciliar quando o usuário está acamado e precisa da consulta no domicílio; em seguida, faz o encaminhamento para avaliação com o médico da equipe de saúde.

Este depoimento é condizente com a observação em campo de uma enfermeira, ao acompanhar o agendamento do usuário para a visita médica, após a realização da visita domiciliar.

No contexto da micropolítica do processo de trabalho, a equipe de saúde desenvolve a visita domiciliar preocupando-se com o aspecto biológico do indivíduo, através da realização de procedimentos, pedido de exames e prescrição de medicamentos. Estes resultados foram compatíveis com os resultados dos estudos de Franco, Ferreira e Andrade (s.d) e Ferreira et al. (2009), onde estes identificaram que os saberes e práticas hegemônicos ainda dominam o processo de trabalho da equipe, entretanto poucos são os trabalhadores de saúde que conseguem subverter essa lógica com o propósito de criar espaços de fuga e produzir um cuidado baseado nas tecnologias das relações.

Condizendo com os autores, esse processo de trabalho caracteriza uma assistência pouco resolutiva, não relacional, em que a participação do usuário como sujeito do processo terapêutico quase não existe.

Os odontólogos, entrevistados 10 e 13, realizam também a visita domiciliar na ESF. O entrevistado 10 refere que quando precisa de alguma visita domiciliar aos acamados, ele é comunicado pelo ACS e, posteriormente, realiza a visita domiciliar. Porém, o odontólogo entrevistado 13, afirma além da visita aos usuários acamados, realiza a visita domiciliar às puérperas, com o propósito de orientar sobre o aleitamento materno, os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido e sobre a formação do arco do palato para desenvolver a respiração da criança.

Neste sentido, compreende-se o autor Marques (2004) ao referir sobre a integralidade da atenção que tem como objetivo implementar ações para superar o

modelo centrado na especialidade, no procedimento e nos atos médicos (concepção de que o indivíduo é único e não fragmentado). Pela diretriz da integralidade será possível a relação entre as diversas áreas do conhecimento (relação entre saberes) e a interface com ações intersetoriais (relação de um serviço com os demais, formando redes e constituindo um sistema com múltiplas relações), disponibilizando toda tecnologia para reduzir agravos à saúde, buscando a qualidade de vida do cidadão e o atendimento das reais necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Seguem outros depoimentos sobre a visita domiciliar dos técnicos/auxiliares de enfermagem:

[...] A gente vai fazer **visita** para ver **pressão**, pra ver a **glicemia**, para ver se o paciente está precisando de uma **avaliação médica**. Se precisar, a gente fala com a **ACS** que ele precisa de uma **visita médica**, o ACS já agenda com o **médico**, pra **orientar**, a gente trabalha com **educação em saúde** também. E também **vacina** em **domicílio, curativo** também para gente ver, de uma pessoa que tá **acamada**, se for necessário a gente vai no dia de **visita**. [...] (E 20).

[...] O **paciente** ele vem e pede. A minha **visita domiciliar** é, tá passando mal, aí a gente vai lá e vê a **pressão**, aí eu vou lá e vejo a **pressão** dele, ou então tá precisando, **é um acamado**, tá precisando de **curativo**, eu vou também e faço o **curativo**, é isso aí. [...] (E 23).

Os entrevistados 20 e 23 referiram, em seus depoimentos, que a visita domiciliar tem como finalidade a execução de procedimentos e/ou a realização de educação em saúde. Na visita domiciliar dos ACS identifica-se a presença de duas lógicas contraditórias no desenvolvimento de sua prática:

A primeira representada por um conjunto de técnicas, normas e procedimentos ou na medicalização da doença e encontra-se escorada pela racionalidade normativa e instrumental, podendo ser visualizadas através das ações de educação à saúde de cunho informativo, corretivo e prescritivo das práticas de higiene e do auto cuidado dirigidas às famílias. Em muitos momentos, prevalece esta lógica de trabalho, centrada nas tecnologias duras. Em outra face da 'dobra' aparece o ACS com alto grau de liberdade no seu trabalho, operando, sobretudo as tecnologias mais relacionais. Esse suposto contraditório demarca sua rotina de trabalho, sendo que o ACS se encontra no centro de tensão entre as duas lógicas (FERREIRA, 2008, p.269).

Esse discurso, também confere com o depoimento:

[...] Então a gente programa essas **visitas** na sexta-feira mesmo, as meninas que já têm essas **visitas** assim, que tem que fazer visita à **puérpera**, aí ela fala, tem duas **puérperas** para serem **visitadas** [...] a gente já deixa **agendada** [...], mas a gente marca um horário e vai fazer essas **visitas** e lá a gente tenta **conversar** e **orientar** a **puérpera** sobre a **importância** do **teste do pezinho**, [...] **orienta** sobre a **importância da vacina**, do **aleitamento materno**, a gente dá todas as orientações do coto umbilical [...] a gente tenta esclarecer tudo assim, na medida do possível. [...] (E 17).

Neste depoimento, o entrevistado discorre sobre a importância da educação em saúde às famílias no domicílio:

[...] as práticas educativas desenvolvidas para ensinar a comunidade o autocuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis têm produzido uma normalização na vida das pessoas que tem, muitas vezes, gerado conflitos e resistências na aceitação de tais orientações. Sabe-se que o ato de fala por si não implica, necessariamente, mudanças no modo dos sujeitos envolvidos andarem a vida. Por outro lado, a desqualificação do patrimônio de conhecimento da população produzido pelo saber científico produz apatia e pouca participação da comunidade na gestão da unidade, do cuidado e nos grupos educativos ou de apoio (FERREIRA, 2008, p.265).

Os depoimentos revelaram que a visita domiciliar realizada pelos ACS tem o propósito de identificar e solucionar alguns problemas, sendo estes diagnosticados durante a sua realização em ato.

[...] a gente faz o **acompanhamento** das **famílias** e em cada casa nós vamos observar se tem alguma anormalidade ou alguma coisa assim que mereça nossa atenção, pra gente tá **orientando** aquela família, ou até mesmo tentando **solucionando os problemas**, seja lá qual for, **social** e tudo, a gente tenta fazer o que pode. [...] (E 14).

[...] A **gestante** é essa mesma, peço o cartão, pergunto se já **fez o pré-natal**, fala que fez, mas mesmo assim eu pego o **cartão** pra verifico se realmente **fez**. Pergunto se tem alguma **queixa**, se gostou da **consulta**, porque às vezes elas têm **queixa**, ah porque eu já to indo três meses e não conseguiu ainda **escutar** o coraçãozinho do bebe. Ah mas é assim mesmo, varia de **criança**. Vejo como é que tá a **alimentação**, às vezes tem gestante que tá com a **pressão alta**. Então por que tá com a pressão alta, tá ansiosa demais ou é a alimentação? Também **oriento** questão da **vacina**, ah eu já tomei a **vacina**, o cartão perdeu, mas tem que tomar novamente porque é importante pra o bebê. [...] (E 16).

Nos depoimentos percebe-se que o ACS realiza a visita domiciliar, buscando identificar os problemas de saúde que acometeram os indivíduos no processo saúde-doença, suas queixas em relação à gestação e, posteriormente, realiza as orientações sobre os cuidados que os indivíduos devem ter para a mudança do seu estilo de vida.

Esses depoimentos são coerentes com a visita domiciliar de um ACS a um usuário com diagnóstico de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus onde a ACS, ao investigar sobre sua saúde, foi informada que ele esteve hospitalizado na SERVIR durante cinco dias. A ACS pegou as solicitações dos exames que foram solicitados: ECG e 2 amostra de baciloscopia de escarro. A ACS informou que o exame de ECG não está sendo agendado pelo SUS, podendo ser realizado, no momento, apenas pela rede particular. Ao analisar a receita do paciente, a ACS verificou que ele estava usando glibenclamida 5 mg uma vez ao dia, metformina 850 mg uma vez ao dia após o almoço e enalapril de 20 mg. Foi orientado pela ACS que na USF já tem a fita de glicemia capilar, para realizar o teste da glicemia, solicitando que ele fosse conduzido pela filha, para o referido procedimento. Nesta visita domiciliar a ACS utiliza como instrumentos de trabalho: o lápis e o caderno (para anotação das informações obtidas), a fala e a escuta.

A visita domiciliar é realizada como uma oportunidade de perceber se existe alguma anormalidade com a vida do usuário em seu processo saúde-doença, abordar questões que vão além da doença física e que contemplem, também, os problemas sociais e emocionais proporcionando, assim, orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário (SAKATA, 2007).

Neste depoimento, a visita domiciliar tem o propósito de realizar a integralidade da atenção no cuidado aos indivíduos no contexto familiar, como se pode ver:

[...], na família que tem **gestante**, a gente não vai unicamente olhar só a **gestante**, quando nós entramos na **família** nós olhamos a família por inteiro, **pai, mãe, filho, neto**, quem tiver na família. Se a **família** for **composta** por dez pessoas, a gente observa as dez pessoas certo, mesmo que a pessoa não esteja presente no momento, a gente procura saber de um responsável por aquela pessoa, como aquela pessoa tá, se apresentou algum **problema**, alguma coisa durante o mês, ou durante aquela semana e, as gestantes a gente vai olhar o quê, as fichas do pré-natal, vê o **físico** dela, se tá com alguma anormalidade, procurar saber dela, se aconteceu alguma coisa, sangramento, perda de líquido, alguma coisa assim, a gente observa no cartão de pré-natal como é que tá a pressão, o desenvolvimento dela, se ela

tá engordando muito ou não, vacina, se ela fez os **exames periódicos** que precisa fazer, se ela fez e já apresentou alguma coisa, a gente vai ficar mais atento pra olhar e observar e, o desenvolvimento dela também normal durante o tempo de gravidez. Tem **gestante** que apresentam coisa antes mesmo do período de tá próximo ao **parto**, então a gente tem que tá observando isso, orientando, principalmente as mães, [...] que são muitas **adolescentes**, a gente tem que está mais **atenta, cuidando, orientando** porque geralmente as **adolescentes** não sabem [...], especificamente nada. [...] (E 14).

Neste depoimento, percebe-se a importância da visita domiciliar do ACS para identificar a situação de saúde de cada membro da família, com o objetivo de orientar as intercorrências de cada membro, individualmente. Em caso de gestante, ele deve buscar os serviços de saúde de acordo a sua necessidade de saúde.

No PSF a visita domiciliar tem forte potencial como atividade na atenção à saúde, para que as ações de promoção se efetivem, podendo ser vislumbrada como uma ação propulsora da integralidade (SAMPAIO et al., 2010). Assim, a integralidade poderá, de fato, permear as práticas cotidianas do processo de trabalho nas ESF.

A fala retrata a visita domiciliar do ACS:

[...] É específico porque tem dias que, dependendo de cada caso, tem dia que a gente realiza duas ou três **visitas**, dependendo da **visita**, [...], porque têm casos que a gente perde mais tempo, a gente dá mais tempo assim pra aquela **visita**. Já tem casos que a gente utiliza menos tempo, então é relativo, pode ser que em um dia eu faça quatro ou cinco visitas, no outro dia eu possa fazer dez, doze, isso é muito relativo. [...] (E 14).

O que condiz com a observação in loco realizada a uma ACS, onde ela relatou que fazia uma média de 11 a 14 visitas domiciliares por dia. Também informou que, às vezes, estas visitas se reduzem a apenas duas, pois acontece de, durante a realização da visita, presenciar brigas entre companheiros (marido e mulher), sendo necessária a sua intervenção para apaziguar aquela situação na família.

Assim, pode-se constatar a opinião dos autores Ferreira et al. (2003) que a micropolítica do processo de trabalho do ACS é atravessada por lógicas próprias das experiências da família no território e no domicílio, onde os sujeitos que aí convivem, padecem fingimentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e aspectos do cuidar.

No depoimento a seguir, verifica-se que a visita domiciliar de rotina tem a intenção de realizar a orientação à família que não apresenta alterações no seu processo saúde-doença.

[...] Nós fazemos uma **visita de rotina**, vamos na casa, se **observarmos**, através da conversa, do diálogo, que qualquer coisa que a pessoa possa relatar pra gente tenha que tá fazendo uma **orientação, uma intervenção**, nós fazemos. Se a pessoa informar que, geralmente tá tudo bem na família, os membros, não tem ninguém doente, não tem ninguém com nenhum **problema**, com nenhum **sintoma** de alguma coisa, nós só fazemos a **visita mesmo de rotina** e no próximo mês voltamos de novo pra ver se tá tudo bem. Então a gente **trabalha** muito em cima das informações que as pessoas passam, através de cada informação que eles ditam, aí nós vamos **trabalhar** em cima dessa informação. [...] (E 14).

Percebe-se, neste depoimento do ACS, uma valorização do aspecto biológico, ou seja, no processo de trabalho em ato, ele desenvolve mais ações preocupada com a doença no corpo do indivíduo do que com as ações de promoção à saúde, considerando que ele não aproveita a oportunidade da visita, estabelecida como de rotina, para realizar um trabalho de educação, baseado nos aspectos de promoção à saúde.

No depoimento do informante, a fala contempla a prática da visita domiciliar:

[...] A **visita domiciliar** a gente só faz quando **é solicitado**, ultimamente a gente não tá tendo tempo de fazer essa **visita**, quando a gente tinha uma **equipe menor**, a gente tinha tempo de **visitar**, às vezes o **agente comunitário** chegava aqui e tinha **necessidade** de levar a gente pra **visita domiciliar**, a gente ia pra fazer, uma pessoa resistente, que não quer vir ao posto, que não quer fazer vacina, aí a gente ia lá com o **agente comunitário**, a gente conversava com esse paciente, mostrava **necessidade da importância da vacina** entendeu e tentava convencer esse paciente a vir à **unidade**, graças a Deus a gente tem tido retorno assim com isso, quando a gente vai até eles, que leva informação, que conversa com eles, eles terminam aceitando, mas tem pessoas que são resistentes. [...] (E 17).

Pode-se identificar, neste depoimento, que a visita domiciliar só é realizada quando solicitada, devido ao aumento do número de famílias e, por este motivo, a técnica não dispõe do tempo necessário. Posteriormente, ela afirma que realiza a visita domiciliar, de acordo com a necessidade do usuário, com o objetivo de educá-lo para a vacinação, quando constatada a existência de usuário rebelde. Assim, corroborando

com Sampaio et al. (2010, p.5), a visita domiciliar surge como um instrumento de trabalho nas USF, com a finalidade de ir:

[...] facilitando o desenvolvimento de intervenções a partir das necessidades identificadas, configurando-se como uma ferramenta valiosa de avaliação das condições em que vivem os membros do grupo familiar, sendo desenvolvida junto a grupos populacionais prioritários (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso) na perspectiva de identificar/atuando sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Conforme os depoimentos, pode-se confirmar a teoria dos autores de que a visita domiciliar dos profissionais de saúde na ESF é realizada baseada nas ações programáticas em saúde:

[...] Especificamente, não porque a gente faz o **planejamento**, eu faço o **planejamento** das minhas **atividades diárias** pra mim desenvolver durante um mês, porque a gente tem que entregar a **produtividade** no final do mês, então pra ficar mais fácil meu desenvolvimento na área, então a gente, eu especificamente, divido as **visitas domiciliar**, às vezes com **os hipertensos**, depois, **peso as crianças**, olho as **gestantes** e, por último eu deixo aqueles casas que não têm nenhuma coisa assim, específica pra olhar, que a gente só vai fazer **visita de rotina** mesmo.[...] Ó pra tanto pra **tuberculose** ou pra **hanseníase** ou pra qualquer outro tipo de doença, a gente vai fazer o acompanhamento pra ver se a pessoa tá fazendo a medicação, se tá vindo pra o **programa**, fazendo a **consulta** no **programa** a cada mês, vendo se tá tomando a **medicação**, a **alimentação** e **acompanhamos** também os comunicantes, se não tá com algum problema, se não tem ninguém com nenhum sintoma, pra começar a fazer. [...] (E 14).

A partir destes depoimentos, percebe-se que, durante as visitas domiciliares, houve predomínio dos aspectos biológicos na abordagem do processo de saúde e doença das famílias restringindo-se aos aspectos padronizados para cada situação, tais como: tuberculose, hanseníase ou qualquer outro tipo de doença com o propósito de supervisionar o tratamento do indivíduo no domicílio.

O discurso do entrevistado 14 condiz com a observação de campo das visitas domiciliares realizadas por uma ACS, na área, onde as ações em saúde são realizadas com base nas ações programáticas, ou seja, um atendimento voltado a um tipo de necessidade, por dia, como por exemplo: a programação de um dia para o atendimento de gestantes, apenas.

A primeira visita domiciliar foi a uma gestante com idade gestacional de seis meses e meio. O cartão de acompanhamento pré-natal foi entregue à ACS para o preenchimento das informações da gestante, na ficha B. A ACS solicitou informações sobre o estado de saúde e a gestante respondeu que esteve em observação na maternidade do HGPV, devido a uma dor abdominal intensa, que teve no último domingo. Esta apresentou as medicações (antibióticos) que estava usando para infecção urinária, pois este foi o diagnóstico constatado pelo médico durante o atendimento à nível hospitalar. A ACS orientou a gestante sobre os cuidados com as mamas, alimentação e a importância do pai no período de gestação, de conversar com o bebê e de beber bastante líquido. A gestante queixou-se de azia. Foi orientada sobre a dieta alimentar e os cuidados com o coto umbilical do bebê.

A segunda visita domiciliar in loco foi a uma primigesta. Após os cumprimentos, foi solicitado o seu cartão de gestante, para o preenchimento das informações na ficha B-GES. Foi orientada pela ACS sobre a realização da US obstétrica, no dia seguinte, no centro de Saúde de Jequié. Posteriormente, a ACS colheu as informações no cartão de pré-natal da gestante sobre o início do pré-natal registrando, também, as datas das consultas. A gestante referiu episódios de vômitos frequentes. A ACS recomendou a diminuição da quantidade de alimento e aumento do número de vezes ao dia, e orientou sobre os documentos que devem ser levados para o hospital, em caso de perda de líquido ou sangue, que são: cartão do pré-natal e resultado de exames de laboratório. Também, a ACS analisou os resultados dos exames laboratoriais, o seu tipo de sangue e o fator Rh, tecendo orientações.

Conforme os autores Ferreira et al. (2009), o ACS organiza seu processo de trabalho, centrado nas ações programáticas em saúde, onde o mesmo divide o desenvolvimento de suas ações diárias por programas.

As observações in loco comprovaram que a prática da visita domiciliar é a atividade na equipe de saúde mais realizada pelo ACS, o que é natural, considerando as características do trabalho desenvolvido por ele na área do PSF. Os outros membros da equipe de saúde na USF desenvolvem atividades nas consultas, por categoria profissional e procedimentos. Estes relatam a falta de tempo para o desenvolvimento dessas atividades, conforme fala:

[...]eu faço a **avaliação** lá mesmo. Geralmente só pra **avaliação**, até porque eu não tenho um dia só para **visita**, então eu tenho que sair daqui rápido, **avaliar** e voltar para o expediente, porque eu não vou deixar de atender aqui para **avaliar**, [...] e também porque não tem **demandas** para tudo isso, para tirar uma tarde pra **avaliar**, não tem sentido. [...] (E 10).

Neste contexto, percebe-se que, em virtude das várias atividades que a enfermeira executa na equipe, em seu processo de trabalho, ela não dispõe de um turno específico para a visita domiciliar, o que acontece durante o seu período de expediente. Este depoimento coincidiu com a pesquisa da autora Mendonça (2008), onde afirma que a visita domiciliar do enfermeiro, na área de abrangência do PSF, é menos frequente, devido às suas atribuições na USF.

Nas ESF todos fazem a visita domiciliar, porém o profissional de saúde que mais realiza este procedimento é o ACS, sendo uma rotina favorecida pela própria micropolítica do processo de trabalho. Para os demais membros esta prática tem um caráter mais preventivo e curativo do que de promoção à saúde, porque estão comprometidos com outros atendimentos que precisam desenvolver na própria USF.

4.1.2 Subcategoria 1.2 - Prática gerencial

A prática gerencial, em algumas situações, é realizada em equipe. Historicamente a gerência dos serviços de saúde se configura com um referencial normativo e tradicional que pode ser exemplificado com a caracterização de Mishima (1995, p.64):

O conceito do trabalho expõe a gerência como uma atividade extremamente burocrática, no sentido de manipular papéis, sendo um trabalho rotinizado, pré-determinado, com poucas chances de criação, onde se tem intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente às normas colocadas. Este quadro se contrapõe ao desejo de desenvolver um trabalho mais amplo. O perfil que surge na prática é estritamente burocrático, não sendo a princípio, necessária nenhuma atuação nas questões técnicas ou relacionais à política de saúde.

Assim, a gerência no PSF, deve ser entendida, conforme Merhy (1997), através da utilização das tecnologias leve-duras, das normatizações burocráticas e técnicas

para o desenvolvimento do trabalho, e poderia empregar, além dessas, as tecnologias consideradas leves das relações, o que possibilitaria a emergência dos instituintes indispensáveis para a recomposição do trabalho (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Os enfermeiros afirmam em seus depoimentos que a gerência na USF é compartilhada com os outros membros da equipe, como se vê:

[...] Ah, mas tu que **resolve**, ou eu falo que eu não quero ser mais **coordenadora** e tem uma nova **coordenação** e todo mundo vai entrar menos eu porque eu já tenho dois anos e meio na **coordenação** sozinha. Então como seria essa divisão? Aí eu falei: a **divisão** é **dividir** um pouco mesmo, [...], aí eu tenho que sair e olhar se tem ficha, vocês que tem conhecimento pra solicitar, então porque aqui dentro a gente tem necessidade do **administrativo**, essa divisão é uma **divisão** informal, pra a **secretaria**, o pessoal na secretaria sabe que eu trabalho assim, mas na secretaria o **coordenador** sou eu tá, agora informal porque esses daqui ajudam, de que forma? [...] (E 7).

[...] Sim, tenho certeza, que aqui na unidade, as **reuniões** que são realizadas, todos opinam, não há um **consenso único** de, ah eu sou o **coordenador** eu que mando, ou eu sou o **dentista**. Aqui não existe isso, hierarquias, aqui todas as ideias são ouvidas, são discutidas, nem todas são **aprovadas**, mas são discutidas. [...] (E 11).

[...] Por exemplo, assim ó, se, por acaso, a **enfermeira** naquele momento não tá porque foi pra alguma **reunião**, pra alguma coisa, não tem aquele, ah você é a responsável, não, é todo mundo precisando ó, infelizmente a dentista, [...] Então a **prática gerencial** é assim, ó quando ela não está, todo mundo ajuda, é **compartilhado**. [...] (E 13).

Percebe-se que o compartilhamento das funções reduz as atribuições do enfermeiro, além de possibilitar a maior integração da equipe de saúde, através da participação nas decisões. No processo de trabalho do PSF, baseado na proposta do modelo assistencial do programa, torna-se necessário que a gerência dos enfermeiros nestes serviços de saúde seja tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior destas ESF. Neste sentido, poderá se instituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas públicas (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

As autoras Almeida e Mischima (2001) entendem que o PSF pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores de saúde, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, bem

como maior integração na equipe de saúde. Este é um dos grandes desafios que se coloca para os profissionais de saúde que vêm se inserindo no PSF. Se esta integração não existir, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual, com rígida divisão de tarefas e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para a construção do projeto de saúde da família é necessário que a equipe construa um projeto comum e, para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores de saúde e desses com os usuários dos serviços.

Em relação à prática gerencial na equipe de saúde no PSF, constata-se que em algumas situações esta prática é fragmentada, ou seja, conforme os depoimentos, o profissional enfermeiro é responsável pela gerência nas ESF, porém apenas quando o mesmo não está presente na USF, outros membros respondem pela coordenação da USF.

[...] Não, de **resolver** os **papéis**, de **organizar**, não, **é a enfermeira**. [...] (E 1).

[...] Na **atividade gerencial** tudo é com a **enfermeira**. [...] (E 3).

[...] Se a **enfermeira** não tiver, que é a **coordenadora oficial**, o médico, se o **médico** não tiver, o **odontólogo**. Que, geralmente a unidade não fica sem algum deles. [...] (E 19).

Nesse estudo foi constatado que é o profissional enfermeiro responsável, também, pela coordenação da equipe. Os trechos dos depoimentos são compatíveis com o estudo de Vidal (2010), onde esta refere que no município em estudo a enfermeira é gerente da USF e gerente do cuidado que, tanto ela como a equipe de enfermagem opera no processo de trabalho em ato. Cada uma dessas atribuições possui finalidades diferentes no processo de trabalho, o que gera certa dualidade na equipe e que tem como consequência, uma dupla jornada de trabalho para a enfermeira, nas ações de caráter gerenciais e para ações de cuidado.

4.1.3 Subcategoria 1.3 - Prática educativa

A prática educativa realizada pelas equipes de saúde no PSF propõe a intervenção que tem como propósito a democratização das informações, a socialização do conhecimento, o processo saúde-doença e a organização dos serviços, resgatando a importância da promoção da saúde (NASCIMENTO, 2003).

Os depoimentos permitiram perceber a prática educativa dos profissionais de saúde na ESF:

[...] Sim, a gente, nos primeiros três anos nós fazíamos **grupos de HIPERDIA**, de **pré-natal**, de **planejamento familiar**, a gente faz sempre, nós temos um auditório aqui e nós temos um material interessante pra dar aula, nós utilizamos aquele álbum seriado, eu faço esse acompanhamento, esse **trabalho educativo** com os pacientes, não na **sala de espera**, mais no **auditório**. Sempre, já fiz em relação à o que é **hipertensão**, qual a **alimentação** que você deve usar, qual o tipo de alimentação para quem é **diabéticos**...[...], **salas de espera**, a gente volta e meia faz palestras com a comunidade. [...] tem parceria com o **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**, tem **grupos educativos**, [...], é basicamente isso, na parte **educativa** é **sala de espera** e **grupos educativos**, que são quatro, o de **mães, adolescentes, idosos** e **gestantes**, [...]. [...] (E 6).

[...] Aí minha **prática educativa** tem dois momentos, um momento que é durante toda minha **prática da assistência** e outro momento aí, até às vezes quando eu to aí pelo corredor [...] dando orientação, na **sala de espera**, ou então chega um paciente, que às vezes vai para a médica, a gente já tá orientando, também nos **programas** que já é separado, quando tem a parte **educativa** mesmo e durante a **assistência** [...]. (E 9).

[...] A gente faz ali naquela salinha ou então na **comunidade**, aí assim, quando é dia de **gestante**, aí a gente pega um dia e faz **palestra** para **gestante**, quando é dia de **idoso**, sempre marca antes com os **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**, para trazer os **pacientes**. [...] (E 10).

[...] nós levamos a **espátula de madeira, luva, máscara** e realizamos uma **avaliação bucal** nas **crianças** e as que estão com **maiores necessidades de tratamento**, já são encaminhadas diretamente para casa. [...] (E 11).

A prática educativa no processo de cuidar da equipe de saúde é desenvolvida durante a consulta médica e de enfermagem, na sala de espera das USF, conforme os trechos dos entrevistados 6 e 9 e na comunidade e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O entrevistado 10 refere que a sua prática educativa é realizada na sala de espera da USF, após a convocação da comunidade dos grupos específicos, gestantes e idosos.

O odontólogo, entrevistado 11, afirma no seu depoimento que, para a realização da atividade educativa na escola, ele utiliza os seguintes instrumentos: espátula de madeira, luva e máscara. Este depoimento é compatível com os estudos de Santos e Assis (2010), onde afirmam que o cirurgião-dentista estabelece uma tentativa de estabelecer alguns critérios de acesso equitativo e para isso faziam reuniões na comunidade para realização de exames coletivos.

Durante o processo de observação das ESF, constatou-se que a equipe de saúde tem a preocupação de desenvolver a atividade educativa na sala de espera. Porém, esta prática de promoção à saúde pelos profissionais de saúde é desenvolvida apenas para temas específicos, sendo estes muitas vezes, voltados para datas comemorativas preconizadas anteriormente pelo MS, a exemplo dia da AIDS, dia da tuberculose, entre outros. Verificou-se, também, que esta atividade de educação em saúde, quando desenvolvida, é realizada apenas nos grupos de risco, como crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos.

Esta observação pode ser reafirmada numa das USF, através da escala diária (manhã e tarde), exposta em um ponto próximo à recepção, para o desenvolvimento da atividade da sala de espera, pelos membros da equipe de saúde, assinada pela coordenadora (enfermeira). Estas atividades, desenvolvidas por toda a equipe de saúde, abrangem as seguintes temáticas: dengue, atribuições dos membros da equipe, entre outros. Verificou-se que os ACS também participam da sala de espera falando das suas atribuições. Existe também a programação anual das atividades da USF, onde consta a divisão dos grupos por cor e, neste documento, também consta o grupo que irá desenvolver a atividade, eventos (voltados para o Dia Nacional da Hanseníase, Dia Internacional da Mulher, adolescentes, gestantes e adultos) as datas, justificativa, objetivos, público alvo, os temas e os materiais necessários.

A atividade educativa é uma atribuição de toda equipe de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS) no PSF, tem como principal função a ênfase à promoção e prevenção à saúde e deve estar voltada a

mudanças de práticas dos sujeitos, individual e coletivamente. Esta prática está baseada na tecnologia leve e leve-dura, pois os membros da ESF empregam a fala e os conhecimentos científicos adquiridos para a execução desta ação de promoção à saúde.

A educação em saúde é uma ferramenta importante para atuação da equipe, no PSF, por possibilitar a troca entre conhecimentos técnicos e populares (TRAESSEL et al, 2004).

Nas falas identifica-se a prática educativa do odontólogo na ESF.

[...] A **prática educativa** [...], nós fazemos uma carta, entregamos pra os professores pra que os professores entreguem pra os pais na hora que os pais forem buscar os alunos e já tá lá o dia pra que eles compareçam aqui. E, após essa **avaliação** nós realizamos **escovação supervisionada** e **aplicação tópica de flúor**, às vezes. [...] (E 11).

[...] Só que assim tem **criança**, tem muita **criança** que não deixa. Ontem mesmo, eu atendi aqui um menininho de dois anos, já tava com uma **“cáriezinha” no incisivo**, mas eu disse à mãe, ele não vai deixar, ele não queria nem sentar na cadeira, ele sentado no colo da mãe ali ó, ele não deixa, então é muito difícil, então eu **orientei** ela assim, de **escovar** mais, evitar dar doce, evitar dar açúcar para **criança**, para aquela cárie não aumentar, pra ver se chega assim, pelo menos à uns quatro anos, para gente fazer. Porque quando a criança tá melhorzinha assim que a gente consegue conversar e ver se deixa fazer. [...] (E 12).

[...] Faço o acompanhamento na **escola**, [...], faço **promoção em saúde** com **palestras**, passo vídeo para as **crianças**, uma coisa interativa, não é só ficar falando porque eles têm que interagir com eles, porque eu acho que eles ficam, sentem melhor, **faço aplicação de flúor** e **escovação supervisionada**. Nem todas as vezes a gente faz **escovação**, às vezes faz a palestra e, quando tem o material, que é a **escova**, porque a gente sempre dá o kit, a escova com o creme dental e aí a gente entra com o **flúor** certo, [...]. (E 13).

No depoimento do entrevistado 11, vê-se que este refere que, para desenvolver a prática educativa do odontólogo, se faz necessária a comunicação com os pais, pois após a escovação, será realizada a aplicação de flúor nos dentes das crianças e, para tal, precisa-se da autorização dos pais. No trecho do entrevistado 12 a prática educativa é realizada durante a realização do procedimento odontológico. Deste modo, conforme os autores Traesel et al. (2004), verifica-se que o uso de práticas educativas como forma de aumentar o conhecimento do usuário, faz com que ele tome consciência crítica de si e do mundo entendendo a saúde não só como resultado de práticas individuais, mas também como reflexo das condições de vida em geral,

desenvolvendo, então, competências e habilidades para romper com a visão tradicional ou mágica do processo saúde-doença, podendo alterá-lo.

Os depoimentos dos entrevistados 11 e 13 conferem com os Relatórios de Gestão 2006 e 2007 (Doc. 1 e 2), onde consta que no processo de trabalho das equipes de saúde bucal nas USF, é realizada a prevenção nas escolas através de atividades educativas sobre a escovação dos dentes e com a distribuição de escovas e pastas dentais para as crianças e famílias de maior vulnerabilidade social.

4.1.4 Subcategoria 1.4 - Prática política

A prática política na equipe de saúde pode ser exercida por todos os profissionais da equipe. Neste contexto, a portaria 648/2006 refere que uma das características no processo de trabalho da equipe no PSF é a participação popular, nos territórios das ESF e o fortalecimento do controle social pela equipe de saúde à população na área de abrangência do programa. Percebe-se a importância da criação de mecanismos para o fortalecimento do controle social no PSF (GOMES, 2010).

As falas dos entrevistados relatam sobre a existência do Conselho Local de Saúde (CLS) no PSF:

[...] A gente teve algumas **reuniões do conselho**, inclusive a gente levou uma proposta, foi até levada para a **secretaria de saúde**, para gente **desenvolver algumas ações aqui**. [...] (E 3).

[...] Agora a gente tem **conselho local**, [...], aí a gente vai ter uma nova eleição agora, a gente ontem teve uma reunião, marcou uma **reunião** com a **comunidade** [...], provavelmente a gente tá tendo eleição desse novo conselho. [...], a gente ficou um período meio que parado no conselho, até por falta de suporte do próprio **conselho municipal**, mas agora a gente tá reativando. [...] já existe o **Conselho Local de Saúde (CLS)**, ele tá sendo reativado porque o prazo, de **gestão**, para os que estão já venceu, então agora precisa ter nova eleição, porque também agora aumentou o número de conselheiros, essas coisas, por causa do novo **regimento**. [...] (E 6).

No trecho do entrevistado 3, o mesmo cita que já aconteceram algumas reuniões no CLS de saúde e que, a partir desta, surgiram algumas propostas da comunidade que foram encaminhadas para a SMS.

O entrevistado 6, refere que nesta ESF existe o Conselho Local de Saúde (CLS) implantado, porém, ele não está funcionando; a enfermeira diz que o CLS está sendo reativado.

Os entrevistados nos depoimentos referem sobre a implantação e os benefícios do CLS para comunidade:

[...] Primeiro é a **vontade popular**, a população ainda é muito aquém em relação à **questão educativa**, só querem mesmo a parte **terapêutica**, de **tratamento**, [...], há também um pouco de desatenção da população, da **gestão** também, [...]. (E 11).

[...], **conselho local** não existia ainda porque não tinha presidente de bairro aqui, aí agora já teve a eleição pra presidente de bairro aí a gente vai, quer dizer, a enfermeira tá correndo atrás da papelada para poder ter **Conselho Local de Saúde (CLS)**, mas até o momento não. [...] (E 15).

[...], já fizemos nessa semana, a primeira reunião para **implantação do conselho local**. [...] (E 19).

[...], mas já vai ter já eleição novamente, tem um tempinho esse... por meio do **conselho local**, a comunidade conseguiu muita coisa, muita coisa que é uma **dificuldade** maior, como falta de médico, eles lutam e conseguem. Isso é um ponto muito bom. [...] (E 20).

Na prática política da equipe de saúde constatou-se nas falas que o responsável para implantação nos CLS é o profissional enfermeiro.

Também se observa que algumas equipes estão realizando reunião com a comunidade para implantar o CLS. Nas equipes que existe o CLS funcionando, os profissionais afirmam que a comunidade já teve muitas conquistas como a contratação de um médico, pois conforme o relato a equipe estava sem este profissional.

O conselho local de saúde é um espaço de articulação política, onde os atores principais negociam as situações em busca de soluções para os problemas de saúde identificados na população de área de abrangência de uma ESF em um município.

A participação popular é um dos princípios do SUS, entretanto constata-se pouco incentivo dos profissionais da equipe na participação nas reuniões do CLS, pois foram identificadas equipes em fase de implantação do CLS, na área de abrangência do PSF.

No Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009 (Doc. 8), a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do SUS está respaldada pela Lei

nº 8.142/90 e tem sido fundamental a discussão para a proposta que implica na melhoria da qualidade da assistência à saúde da população do município. A participação da população nos Conselhos Locais de Saúde reflete a democratização do conhecimento dos indivíduos sobre o processo saúde/doença e dos serviços, de forma a estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema de saúde (JEQUIÉ, 2006).

Entretanto, o modelo assistencial, ainda predominante nas equipes de saúde do estudo, e a maneira como se faz a política de saúde são todos elementos críticos para a dificuldade de mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para a construção do SUS.

4.2 CATEGORIA 2 – FERRAMENTAS ORGANIZACIONAIS DO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

A organização do processo de trabalho no PSF acontece a partir do planejamento e da programação em saúde, que deverão ser executadas pelos trabalhadores de saúde em um determinado território com a participação da comunidade da área de abrangência do programa.

Assim, para a organização do programa, algumas ferramentas são necessárias para o desenvolvimento das ações em saúde como: o acolhimento, o planejamento em saúde, a utilização do SIAB para conhecimento da realidade sanitária da população, bem como a organização do fluxo do usuário na USF.

Na categoria ferramentas organizacionais do processo de trabalho no PSF, identificam-se as seguintes subcategorias: acolhimento, planejamento em saúde, sistema de informação da atenção básica e o fluxograma na USF para organizar o processo de trabalho na equipe de saúde.

4.2.1 Subcategoria 2.1 – Acolhimento

Com o propósito de organizar o processo de trabalho das ESF na demanda programada e espontânea aos usuários, a mesma utiliza o acolhimento como uma ferramenta de organização para atendimento dos usuários no programa.

O acolhimento propõe a mudança na forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde, para a maioria dos usuários que necessitam de atendimento e estavam excluídos dos serviços de saúde e, a partir da sua implantação, o trabalho na unidade de saúde que anteriormente estava centrado no médico, passa a ser compartilhado com outros profissionais de saúde na ESF (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007a).

Neste sentido, o acolhimento encontra-se no PSF, como sentido de triagem, conforme os depoimentos:

[...] Não, **geralmente quem faz o acolhimento** não sou eu, é a **enfermeira**. Eu, geralmente atendo o dia todo, se eu não **atender** os pacientes me pedem. [...] (E 1).

[...] Eu não tenho isso aqui definido, isso é **acolhimento** ou aquilo, mas a depender da situação que chega às **técnicas de enfermagem** fazem, eu faço, depende muito assim do momento, tem horas que vem direto pra mim, tem horas que vai direto pras **técnicas de enfermagem**, às vezes acontece com o **médico**, às vezes o **odontólogo** também faz, mas o mais frequente sempre acontece pela **sala de triagem**, com as **técnicas de enfermagem** [...]. [...] (E 6).

[...] Bom, aqui a gente tem uma sala que a gente chama de **sala de triagem**, [...], então os pacientes chegam, procuram as **auxiliares**, elas vão fazer esse **acolhimento** e elas vão direcionar o paciente, [...]. Às vezes ele chega querendo aferir a pressão arterial ou querendo a glicemia, já é hipertenso ou diabético cadastrado, já frequenta a unidade e só vem pra fazer isso, [...]. Quando precisa de algum **atendimento médico**, as **auxiliares de enfermagem**, elas vão fazer um exame rápido, [...], muitas vezes vem até a mim, pedem pra eu fazer um exame mais detalhado e aí eu que faço, eu que acabo fazendo esse **acolhimento** e encaminho pra a consulta médica, [...]. (E 8).

[...] O **acolhimento** da unidade é realizado na **triagem**, todos os pacientes que vem pra o **acolhimento**, saem com uma resposta, ou se foi **encaminhado** para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ou se foi **encaminhado** para o hospital, ou se foi feito o **agendamento** com a **enfermeira** ou com a **médica**, [...]. A gente sempre toma alguma providência pra o atendimento do paciente. [...] Todos os pacientes que tem agendamento com o médico ou com a enfermeira, eles vão direto para os

seus atendimentos. Mas eles sempre acabam passando pela **triagem** pra pesar, pra medir, pra **verificar a pressão**, pra **verificar glicemia**, pra depois ir pra o atendimento deles, então eles passam pela **triagem**. E os pacientes que não têm agendamento, esses pacientes, a criança teve febre durante a noite, está fazendo vômito ou diarreia, esses pacientes não vão pra o agendamento, vão diretamente para triagem. [...] Todo o fluxo passa pela **triagem** e de lá a gente faz os encaminhamentos. [...] (E 19).

No trecho do entrevistado, ele faz entender que tem a noção de acolhimento, apenas como sentido de triagem.

Na fala do entrevistado 6, identifica-se que, de acordo às necessidades de saúde, os usuários são atendidos por todos os profissionais da equipe (médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliar de enfermagem), sendo estes, responsáveis pelo acolhimento na USF, entretanto, estes referem que frequentemente o acolhimento acontece com as técnicas de enfermagem, na sala de triagem.

Os autores Andrade et al. (s.d) referem que o acolhimento ao ser implantado em uma ESF requer, por parte da mesma, o entendimento de que todos acolhem e todos serão acolhidos, isto representa uma relação prazerosa entre os trabalhadores e os usuários que produza no imaginário destes a sensação de ser acolhido e de direito à saúde.

Nos depoimentos dos entrevistados 8 e 19 percebe-se que o auxiliar de enfermagem tem autonomia sobre a clínica do usuário, pois após atendê-lo, encaminha-o para os outros profissionais de saúde, ou até mesmo para os serviços de urgência e emergência: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Hospital Geral Prado Valadares (HGPV).

Também, nos depoimentos dos entrevistados 8 e 19, os mesmos referem que o acolhimento aos usuários na equipe de saúde acontece na sala de triagem, sendo o técnico de enfermagem o responsável pelo acolhimento ao usuário, na realização de procedimentos ou encaminhamentos para o médico, quando necessário.

Percebe-se em outros depoimentos dos entrevistados, que o responsável pelo acolhimento na ESF é a enfermeira ou a técnica/auxiliar de enfermagem.

[...] Na realidade, o **acolhimento** é feito na recepção, na área externa ao meu consultório, o paciente chega, existe uma **triagem**, essa triagem é feita diariamente para alguns pacientes que têm **necessidade** de ser atendido naquele dia, existe também um atendimento para a semana que é feito à

sexta-feira, pela **auxiliar de enfermagem**. O usuário é sempre **acolhido**, ou pela recepcionista ou pela **auxiliar de enfermagem**, a gente sempre conversa assim nas reuniões que o paciente vai ter que **resolver** aquele problema dele, ele chega com alguma queixa e precisa ser direcionado de algum jeito pra uma consulta, ou no mesmo dia, ou vai ser agendado, então é dessa forma. [...] (E 4).

[...] E quem mais **acolhe** aqui é a **auxiliar de enfermagem**, que acolhe todo mundo, [...], então ela faz isso, [...], então isso é tranquilo aqui, a gente tem uma relação bem legal. O **acolhimento** é assim, a pessoa chega, geralmente quem faz o **acolhimento** são os técnicos, então quando vem, também vem pra mim, [...]. (E 6).

[...] geralmente o **acolhimento** é feito pelas **técnicas de enfermagem**, que faz assim, o primeiro contato, que trás as queixas pra gente, mas não são elas que definem se o paciente vai ser ou não atendido porque a gente sabe que, quer queira quer não, ainda tá muito embutido a questão do paciente passar pelo médico, ou eles já querem passar pelo enfermeiro, então as técnicas anotam a queixa, aferem a pressão arterial. Se for uma pessoa que tá vendo que não tem nada, mas dá uma orientação e volta, geralmente vem para mim, se for um caso que eu possa atender, eu vou atender, se não, eu vou encaminhar para o **médico**. [...] (E 7).

[...] Quem faz a **triagem** são os **técnicos**. Geralmente, quando o paciente chega, ele já se direciona direto pra **triagem**. [...] E os pacientes que têm um caso, que querem, pra resolver de urgência, procura a gente na triagem. [...] (E 19).

Os relatos dos entrevistados são compatíveis com a observação de campo, onde se constata que o responsável pelo acolhimento nas ESF são os técnicos/auxiliares de enfermagem. Assim, percebe-se que a reorganização do processo de trabalho no acolhimento nas ESF aos usuários se dá, principalmente, pela realização pelos técnicos/auxiliares de enfermagem no primeiro momento, quando o usuário chega à USF, para atendimento do médico na demanda espontânea. Apenas em algumas situações, após o usuário já ter passado pelo auxiliar de enfermagem e caso não tenha vaga para o médico, é o profissional enfermeiro que atende este indivíduo, buscando resolver o problema de saúde deste ou referenciá-lo para outro serviço de saúde.

Identifica-se na ESF, durante o período de observação, o acolhimento (triagem) na equipe como um espaço de escuta do usuário para o técnico/auxiliar de enfermagem, na identificação de suas necessidades de saúde, realização de procedimentos e encaminhamento para os outros profissionais da equipe de saúde no programa.

Corroboramos com o autor Merhy (2007a), que no acolhimento no PSF, os profissionais não médicos passam a utilizar todo o seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a atenção à saúde dos indivíduos, na escuta dos seus problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços da ESF.

O mesmo autor refere ainda que a enfermeira na ESF, além de acolher, também garante a retaguarda do atendimento realizado pelas técnicas/auxiliares de enfermagem. Essa retaguarda é realizada em perfeita sintonia com os auxiliares de enfermagem, por meio de orientação sobre as condutas e, também, no uso dos protocolos assistenciais, confeccionados pela equipe de saúde no programa.

Nas ESF em estudo, percebe-se que apesar de existir o acolhimento como estratégia para reorganizar o processo de trabalho observa-se, nos depoimentos, que ainda ocorrem ruídos e tensões quanto a este tipo de organização no PSF, entre trabalhadores de saúde e usuário.

[...] Olha, a **triagem** aqui a gente já tirou, já colocou, a triagem é um '**pepino**' no PSF, só que nas triagens a gente só encaixa pra o médico o que realmente é urgência, porque existe as **triagens** de urgência e as triagens de conveniência. Então o que é que acontecia, tinha gente que chegava aqui, nunca vinha marcar uma consulta, chegava no dia de atendimento e dizia que tava com isso, com aquilo e aí entrava. Então existia duas marcações e isso embolava o problema da gente. [...]. Tem um paciente ou outro rebelde, tem volta e meia umas intercorrências dessa que sempre **urgências** de **conveniência** do próprio usuário, as pessoas chegam aqui querendo conseguir as coisas na marra e não é bem por aí, mas a gente faz dentro do próprio atendimento em si. [...] a maioria das **pessoas saem insatisfeitas, aborrecidas** porque não tá tendo mais como atender e é tipo assim, a gente faz de tudo para atender ao paciente, [...]. (E 6).

No trecho do entrevistado 6 percebe-se que a triagem na ESF, em algumas situações, não é mais tido como espaço para acolher o usuário, pois nestes depoimentos identifica-se a triagem de conveniência, pois o usuário não procura a USF para agendar a sua consulta, no dia que é aberta a agenda para a comunidade, mas quando este se sente com algum problema de saúde. Também, este mesmo entrevistado 6, diverge em seu depoimento quando afirma que um dos nós críticos da triagem é a demanda reprimida, em decorrência ao aumento do número de famílias na área de abrangência da equipe.

As observações *in loco* nas ESF proporcionaram a identificação de ruídos na triagem, quando alguns dos usuários procuravam por vaga para atendimento com o médico ou com a enfermeira na USF, e esta não pode ser ofertada, por não haver mais disponibilidade para esses profissionais. Com isso, os usuários ficavam irritados e sem respostas para os seus problemas de saúde, sendo isto motivo de conflito entre auxiliar de enfermagem e usuário.

Deste modo, o acolhimento gera ruídos nas ESF e pode desvelar como se produz a demanda dos usuários e assim funcionar como um analisador do processo de trabalho em saúde de uma USF (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007). Assim, é fácil compreender os autores Franco e Merhy (2005), quando referem que é necessário que exista uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde.

Os autores Andrade, Franco e Ferreira (2007) mencionaram que um processo de trabalho voltado à realização de procedimentos e consulta em um ESF, produz o desconforto de filas intermináveis na busca por atendimento médico causando a fragmentação do processo de trabalho e prejudicando o atendimento às necessidades dos usuários. Os conflitos nesse cenário aumentam, gerando práticas ‘não cuidadoras’ entre trabalhadores e usuários, em que muitas vezes são desrespeitadas, desacreditadas e culpadas pelos problemas de organização dos serviços existentes nas USF.

Neste sentido, percebe-se na organização do processo de trabalho nestas equipes de saúde, uma valorização principalmente dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, presentes no processo decisório da assistência ao usuário.

Na prática da equipe no PSF o trabalho em saúde tem configurado uma fragmentação da assistência, porém pode-se perceber que alguns membros das equipes de saúde buscam a recomposição dessa fragmentação, em virtude da ineficiência do trabalho de cada profissional realizado individualmente (PEDUZZI, 1998).

Neste sentido, o relato mostra a importância de manter a clínica ampliada²³ durante o atendimento com o usuário e, a partir daí, olhá-lo como um todo e de maneira compartilhada entre os membros da equipe de saúde, com o propósito da atenção integral às necessidades de saúde dos usuários no PSF.

[...] Quando eu tenho alguma restrição, alguma dúvida, outro dia mesmo o paciente chegou querendo fazer uma **extração**, ele não tava agendado, ele não era paciente daqui, assim, comigo ele ainda não tinha passado, simplesmente eu conversei com ele, olhei e perguntei como é que tava a saúde dele. Aí ele tava com um exame de sangue na mão pra levar para o Dr. aí eu falei: Você deixa eu dar uma olhadinha? Aí ele conversou, quando eu olhei tinha uma taxa altíssima, só eu não sabia, eu não saberia dizer o que era aquilo, aí eu falei: O Sr. aguarda um minutinho, eu vim aqui, conversei e, quando eu fui descobrir ele tava com a creatinina altíssima e o médico disse que ele tava com outros problemas, não poderia ter feito a extração. Então eu voltei a ele, lá mesmo no consultório. Quer dizer, tudo isso é escuta porque, se eu simplesmente falasse: Abre a boca, vamos fazer logo. Não, a gente tem que fazer, se é **hipertenso, diabético**, uma **anamnese** só na conversa e a gente já vai fazendo o quê, o histórico clínico do paciente, ele não pode fazer realmente a extração, não era conveniente, ele tava fazendo um tratamento e, após o tratamento é que o médico ia liberar, então a minha **escuta** é dessa forma, sempre ouvindo o paciente, questionando e induzindo, eu não sei se a palavra é induzir, dando uma oportunidade pra ele, abrindo o leque de informações dele, porque se a gente não der umas “cutucadinhas” eles não falam, não informam de jeito algum. [...] (E 13).

Percebe-se, nesta fala, que o bom acolhimento do usuário na ESF proporciona, através da escuta do mesmo, a resolução para o seu problema de saúde entre os membros da equipe de saúde.

Neste depoimento identifica-se o emprego da proposta da clínica ampliada, no processo de trabalho do profissional odontólogo. Esta proposta constitui um instrumento para que os profissionais de saúde e gestores do SUS possam enxergar e operar na clínica, para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários como sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico, é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do mesmo no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2007b).

²³ **Clínica ampliada:** consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

No depoimento a seguir pode-se identificar a prática em equipe.

[...] aqui no **consultório**, infelizmente eu fico mais tempo dentro do consultório, então a gente faz **restauração**, o **trabalho clínico** a gente faz a **profilaxia**, que é a **limpeza**, faz **extrações**, **restaurações** que, tem tanto de **resina** como de **amálgama** [...]. É isso, meu **trabalho** é esse, eu venho todo o dia, de manhã e de tarde, pra fazer esse tipo de trabalho, agora, eu não posso, é uma coisa que eu não posso, pra ficar com a minha **agenda engessada**, eu não fico só assim, hoje é dia só de **extração**, hoje é dia só de **restauração**, aqui era assim, eu parei com isso, [...] eu não gosto de **trabalhar** assim, eu mesclo, eu não gosto de falar assim porque a **agenda compartilhada** a agente pode **compartilhar** com os outros **profissionais da unidade**, [...], eu já fiz uma experiência, [...], a **enfermeira** vai atender hoje o **Crescimento e Desenvolvimento (CD)**, aí eu vou atender, eu vou marcar só criança, não deu certo. [...]. Porque não deu certo, porque as mães, às vezes elas traziam, às vezes não traziam e eu ficava com a agenda ali aberta, esperando, [...], então eu não gosto. A **agenda compartilhada** minha aqui é o seguinte, eu to atendendo, a **enfermeira**, se ela precisa, a gestante sai de lá, para vir agendar. Se naquele momento eu posso, eu já disponibilizo e já faço ali, o mesmo se for alguma com o médico, quando eu preciso deles é a mesma coisa, agora eu **trabalho** assim, a **restauração**, o paciente chegou, o que é que ele tá precisando, se for o dia da **extração**, ah eu não posso fazer a extração, aí não, eu não mexo assim, por isso que é mais ou menos uma **forma de trabalho**. [...] (E 13).

A entrevistada 13 revela, em seu discurso, a importância da manutenção de uma agenda não engessada, na equipe de saúde. Assim, ela exemplifica: hoje é dia, ou de extração ou dia de restauração. Também afirma a importância de manter uma agenda compartilhada com os outros profissionais da equipe de saúde.

No Relatório de Gestão 2008 (Doc. 3), as equipes de saúde bucal nas USF têm realizado os procedimentos individuais preventivos, procedimentos coletivos, levantamento epidemiológico, escovação supervisionada e evidenciação de placa, bochechos com flúor e educação em saúde bucal. Neste contexto, percebemos uma contradição entre o Relatório de Gestão 2008 e o depoimento do odontólogo, pois este enfatiza a importância da agenda compartilhada.

No processo de trabalho da equipe de saúde bucal, a produção da saúde depende, em grande medida, dos trabalhadores de saúde (PANIZZI; PERES; MOSCHIETA, 2010). Conforme Merhy (2007b), a atenção ao usuário é dependente do trabalho vivo, ou seja, o que é operado no exato momento de produção. Ainda conforme o mesmo autor, a assistência ao usuário deve acontecer a partir da interação entre saberes e práticas, mediados pelas tecnologias do cuidado aos usuários, que se

apresentam na assistência, integrando as práticas da clínica, com as da vigilância e promoção à saúde.

Andrade e Franco (2009), referem que a organização de uma equipe de saúde engessada em uma agenda, representa a centralização nos próprios profissionais de saúde, no seu próprio conforto e a lógica das necessidades dos usuários não se enquadra em nenhuma agenda.

4.2.2 Subcategoria 2.2 – Planejamento em Saúde

No PSF o planejamento é uma ferramenta de trabalho que deve ser realizado por uma equipe de saúde para a tomada de decisão, com o propósito de melhorar as condições de saúde de uma população em um território e atingir as metas que são planejadas pela mesma.

Silva (2006) refere que o planejamento em saúde enquanto estratégia de gestão para a mudança das práticas de saúde nas ESF surge, não apenas como um caminho para a reorganização da atenção básica, mas também como um caminho de descoberta das potencialidades dos sujeitos sociais. No entanto, é preciso que compreendamos que mudar e transformar as realidades existentes em nossa sociedade, em especial nas práticas das ESF é um desejo incansável e, sem dúvida, tarefa intensa e estimulante.

Matus (1993) conceitua planejamento como o cálculo que precede e preside a ação, ou seja, significa pensar antecipadamente a ação que se deseja alcançar. Neste sentido, identificamos pelos depoimentos que as ESF em estudo realizam o planejamento das ações em saúde.

Os entrevistados 9 e 13 relataram nos seus depoimentos o que consideram sobre planejamento para o desenvolvimento das ações na equipe de saúde.

[...] Existe o **planejamento** que já é feito pelos programas, segunda de manhã é planejamento familiar, segunda à tarde e terça-feira pela manhã é HIPERDIA (Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus), agora é mais direcionado à diabéticos por causa da glicemia, terça à tarde é atividade educativa com os grupos, porque eu tenho três grupos que eu divido, gestante, antes era hipertensão e diabetes, HIPERDIA (Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao

diabetes mellitus), e agora eu botei os idosos porque abrange hipertensos, diabéticos e idosos, [...] e os adolescentes. Cada um, profissional de terceiro grau, fica responsável por um grupo, [...], **planejando** o que vai tá acontecendo no dia, [...]. Então eu sou responsável pelo grupo de gestantes, [...], a médica é responsável pelo grupo de HIPERDIA (Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus), idosos e a dentista é responsável pelos adolescentes. [...], quarta de manhã eu atendo pré-natal, quarta à tarde Crescimento e Desenvolvimento (CD), quinta de manhã é Crescimento e Desenvolvimento (CD), sexta pela manhã visita e sexta pela tarde reunião. Às vezes a reunião é aqui na equipe e às vezes na Secretaria de Saúde, a gente tem reuniões lá sempre na sexta-feira à tarde. Outra organização também que a gente faz, a médica, tem o atendimento da médica, que ela atende 10 pacientes marcados, cinco demandas, tem marcação de exames laboratoriais todos os dias, todas as tardes porque a menina, a oficial só atende à tarde, porque ela é 30 horas, [...]. [...] (E 9).

[...] É complicado porque o **planejamento** funciona na **teoria**, na prática às vezes é difícil, [...], porque na **odontologia** tem muita **demanda reprimida**, sempre e aí, a gente tenta fazer um **planejamento** com a **unidade**, [...] eu conheço a área toda, conheço os **agentes comunitários**, delimito, sei a delimitação da área do nosso **território**, faço visitas domiciliares aos acamados, às vezes a gente faz em forma de **planejamento**, mas, em compensação, a clínica de odontologia é assim, [...], naquele momento tá sentindo dor, então naquele momento tem que resolver aquilo, aí eu também trabalho isso porque é urgência e emergência, a gente tem que deixar sempre aberto pra isso, mas eu trabalho o planejamento em cima de quê, eu vou pra escolas pra fazer a prevenção, a educação em saúde, que é uma forma de **planejamento** que o **Programa de Saúde da Família (PSF)** trabalha dessa forma, [...].(E 13).

Esse depoimento diverge do Relatório de Gestão do Município de Jequié-BA (Doc. 1), que refere que o sucesso das ações e serviços de saúde estão correlacionado com o planejamento, sendo os trabalhadores de saúde envolvidos com o processo de trabalho. A fala refere muito sobre a organização das práticas da equipe na assistência, educação, afirmando ainda que, na prática, o planejamento das ações é difícil.

Nas falas sobre a realização da Programação e Planejamento Local de Saúde (PPLS) pela equipe no seu processo de trabalho, encontram-se equipes de saúde que só realizam esta programação (PPLS) quando vão planejar as ações de saúde ou quando é solicitado pela Secretária de Saúde.

[...] Não, só faço o **Programação e Planejamento Local de Saúde (PPLS)**. [...] (E 5).

[...] Faz o **Programação e Planejamento Local de Saúde (PPLS)**, e depois do Programação e Planejamento Local de Saúde (PPLS) a gente faz também, e na hora de **planejar**, [...]. (E 7).

A Portaria 648/GM (BRASIL, 2006a) define que a participação das equipes no planejamento das ações, no fortalecimento da gestão local e do controle social é uma das atribuições da equipe na atenção básica, sendo que para as ESF compete ainda promover e estimular a participação da comunidade no controle social, planejamento, na execução e na avaliação das ações.

Assim, no depoimento do entrevistado 9, identifica-se a realização do PPLS com a participação da comunidade:

[...] Faz uma **reunião** com a **comunidade** e aí a gente levanta todos os **problemas** e tanto na pré-conferência também, a gente acaba fazendo, que teve a pré-conferência [...], que eu levei até a **Programação e Planejamento Local de Saúde (PPLS)**, a gente lá foi até mais fácil para tá priorizando, esses dados, [...]. [...] (E 9).

Esse depoimento denota que o planejamento deve ter a participação da comunidade para o diagnóstico da situação de saúde, sendo que a participação é assegurada na CF 88 e na Lei Orgânica da Saúde²⁴ (SILVA, 2006). No município de Jequié-BA, verifica-se a partir do Doc 1 [Plano Municipal de Saúde 2002-2005], que a análise da situação de saúde e o PPLS precisa emergir do coletivo, da realidade socioeconômica e sanitária vivenciada pelos indivíduos em um território.

O Pacto de Gestão estabelecido pelo MS, no ano de 2006, assegura os princípios de participação e controle social das ESF.

Nos depoimentos os entrevistados afirmaram que o planejamento é realizado nas reuniões da equipe, semanalmente:

[...] A gente faz tudo em **reunião**, [...], toda segunda a gente tem **reunião** e nessas **reuniões semanais** a gente decide o que será feito, ou mensalmente, [...], ou anualmente, como tem oficinas aqui, aí a gente vai e programa no início do ano, anualmente, a produtividade, anualmente, meu armário é todo pregado de **cronograma** [...], tem **cronograma de produtividade anual**, então em janeiro eles já sabem mais ou menos até dezembro o que eles vão fazer tudo, aí tem oficinas, que é anual. [...], então o **planejamento** da gente é feito, alguns **anualmente**, alguns **mensalmente**, mas no decorrer das **reuniões**. [...] (E 6).

[...] Sim, toda sexta-feira temos **reuniões** em que a gente sempre elabora **planos pra unidade**, eu participo sim. [...] (E 11).

²⁴ **Lei Orgânica da Saúde (LOS)**: conjunto de duas leis [8080/90 e 8142/90] aprovadas, sancionadas e editadas para garantir os preceitos da Constituição Federal do Brasil de 1988 e servirem de bases para União, Estados, Município e Distrito Federal elaborarem suas normas e garantirem o direito à saúde (SILVA, 2006).

[...] Não, quando a gente tem as **reuniões** e, esse **planejamento** que eu falei dos programas, a gente trabalha, [...], mas a gente tem as reuniões, eu participo das **reuniões** dos adolescentes, dos idosos, dos hipertensos é do HIPERDIA (Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus), já vem junto com os diabéticos. A gente agora já teve do **planejamento**, do conselho comunitário a reunião, [...], é uma **equipe**. [...] (E 13).

[...] Toda a **equipe** participa do **planejamento em saúde**. Já fizemos com a comunidade, mas ultimamente a gente tá fazendo só a **equipe** mesmo, porque a gente, nas atividades da rotina da unidade. [...] (E 14).

[...] **Planejamento** faz, nós [...] **reunimos na equipe**, nós temos uma **reunião** toda sexta feira à tarde, que é justamente pra isso, a gente reúne todos os agentes comunitários, reúne toda a equipe e aí a gente vai discutir o **planejamento da semana** e também ver as informações [...] que precisam ser passadas, a gente tem o **planejamento** toda sexta-feira à tarde. [...] (E 17).

[...], é de acordo com a **necessidade** que o **planejamento** é feito. Então a **enfermeira**, quando vê a **necessidade** ela faz, tá conversando com a gente, fazendo reuniões do que é preciso, todo mundo **participa das reuniões** e todo mundo participa desse **planejamento da unidade**, todos os funcionários. [...] (E 24).

Discorda-se dos entrevistados quando referem que o planejamento no PSF deve ser realizado apenas com a participação da equipe de saúde. O planejamento em saúde em uma ESF deve ser realizado com a participação da comunidade para a tomada de decisão conjuntamente com os usuários sobre os problemas identificados por ambos.

É importante o planejamento das ações em saúde pelas equipes de saúde, porque são os diferentes olhares sobre a análise da situação, que vão contribuir para a mudança do processo saúde-doença dos indivíduos e das famílias, uma vez que a realidade destes indivíduos é mutante e vasta.

O planejamento realizado nesta perspectiva em equipe e tomado como instrumento de gestão, pressupõe um sistema de tomada de decisão e de distribuição de poder institucional, com base na descentralização e na participação e, conseqüentemente, no compartilhamento das decisões (SCARAZATTI; AMARAL, 2010).

Segundo Pinto (2010) um dos motivos para que os profissionais se encontrem em reuniões da equipe é para a elaboração de um diagnóstico da situação, propondo planejar mudanças ou vislumbrar possibilidades de atuação mais adequadas.

Conforme os autores Scarazati e Amaral (2010), para que o planejamento constitua a base para o contrato de gestão²⁵ em uma ESF se faz necessário que tenha sido realizado de modo participativo pela equipe e a partir das situações dos problemas identificados.

Neste depoimento percebe-se que o planejamento na ESF perdeu um pouco o sentido:

[...] Eu acho que se perdeu um pouco assim do que é o Programa de Saúde da Família (PSF), [...], de quando eu entrei no programa para hoje, se perdeu assim um pouco, às vezes tá assim à toa, não existe uma **programação**, não existe assim uma responsabilidade pela maioria dos trabalhadores da unidade de saúde [...], eu acho que se perdeu assim do que era o **Programa de Saúde da Família (PSF)** para o que é hoje, [...], **se perdeu um pouco assim a essência da coisa.** [...] (E 15).

Percebe-se nesta fala que a falta do planejamento em saúde levou este membro ao desestímulo da proposta do PSF, alegando, ele, que se perdeu a essência da proposta inicial do programa.

A programação das ações e atividades em uma USF torna-se fundamental para a realização do acompanhamento dos resultados e participação dos membros das ESF, bem como dos indivíduos de uma comunidade.

Deste modo, a fala complementa a observação em que foi identificado em uma das ESF que não existe uma programação eficiente para o desenvolvimento das atividades, com o propósito de resolver os problemas de saúde da comunidade.

Os autores Schraiber et al. (1999) afirmaram que o planejamento se faz necessário para a orientação de uma ação, uma suposição de otimização dos trabalhos de outros, que não ao do planejador, sendo essa modalidade de atuação fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois o propósito do planejamento é instruir sobre os processos de intervenção.

²⁵ **Contrato de gestão:** é um instrumento utilizado para pactuar ou contratar objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde e o mantenedor institucional, atuando como um dispositivo de monitoramento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aprimoramento das relações de cooperação com o circulante (SCARAZATTI; AMARAL, 2010).

4.2.3 Subcategoria 2.3 – Sistema de Informação da Atenção Básica

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um sistema produzido para agregar e processar as informações sobre a população assistida. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e acompanhamento e analisadas com base em relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2003).

O SIAB é um sistema que deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde em uma ESF, com o propósito de organizar e planejar as ações de saúde que devem ser desenvolvidas pela equipe em seu processo de trabalho.

A seguir, os relatos sobre o emprego do SIAB no processo de trabalho pelos membros da equipe de saúde:

[...], são as meninas que preenchem, eu não **preencho** o **SIAB**. Faço apenas a **ficha D**. [...] (E 1).

[...] A **ficha D** eu preencho, a **ficha D** e aquela outra também, sou eu que faço. O **PMA2** não faço só a minha, as minhas consultas, os meus diagnósticos são colocados, as minhas visitas são colocadas, **as urgências e emergências são especificadas**. [...] (E 3).

[...] O **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)** de **odontologia**, eu brigo muito porque esqueceu de inserir a **odontologia**. Eu tenho, eu vou fazer a **produtividade**, a **ficha D**, não tem nem lugar pra por a **odontologia**, [...]. [...], a gente tem um mapinha nosso de **odontologia**, para facilitar, porque eu tenho que entregar aqui na unidade, no dia 20 de cada mês, [...], mas também eu tenho que entregar uma **outra produtividade**, até o dia 5 ao coordenador, que é onde eu pego tudo, já que o **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)** não dá, [...], então agente tem que fazer tudo separadinho [...], mas eu passo para o rapaz digitar, eu não acompanho isso, [...]. [...] (E 13).

[...] Eu mesmo preencho a **ficha D**, **do odontólogo**. [...] (E 24).

Percebe-se, nestas falas, que estes entrevistados utilizam o SIAB apenas para a entrega da sua produtividade (ficha D) que acontece mensalmente nas ESF, onde se registram as consultas, as visitas domiciliares, as situações de emergências, entre outras. A ficha D no SIAB contempla um módulo para notificação de agravos e registro de produção (FIGUEREDO et al., 2010).

O entrevistado 13 menciona que no SIAB não existe campo específico para o registro da produção do odontólogo e, por este motivo, é necessário produzir outro relatório para entregar a coordenação do programa de saúde bucal.

Os autores Marcolino e Scochi (2010) afirmam que os profissionais de saúde quase não utilizam as fichas do SIAB, com exceção da ficha D, sendo que a maior utilização e frequência das fichas do SIAB são pelos ACS no PSF, o que pode ser confirmado durante o período de observação, onde alguns membros das equipes de saúde utilizam apenas ficha D, para o preenchimento da sua produtividade mensal.

No processo de trabalho na ESF, todos os profissionais de saúde possuem responsabilidades com o SIAB. Os ACS são responsáveis pela atualização da ficha A, da família, durante a realização da visita domiciliar. Após a visita domiciliar, esta ficha deve ser encaminhada para atualização no SIAB, pela equipe de saúde. Além da ficha A, os ACS utilizam em seu processo de trabalho na comunidade, outras ficha deste sistema. Os depoimentos descrevem estas atividades.

[...] A gente utiliza a **ficha de gestante, cartão de vacinação das crianças**, a gente tem a cópia, **hipertensos e diabéticos**, a **ficha de hipertensos e diabéticos, hanseníase, tuberculose** e algumas outras que possam surgir na comunidade. [...] **Diariamente** ou **mensalmente** porque todo mês a gente tá olhando, passando nas casas, verificando, alterando alguns dados, então isso é mensalmente, agora diariamente porque a gente tá todos os dias. [...] (E 14).

[...] eu utilizo a **ficha da gestante**, do **hipertenso**, do **diabético** e os **cartões sombra da criança**. [...] (E 15).

Os trechos das entrevistas são compatíveis com a observação realizada com uma ACS, em uma visita domiciliar de cadastramento de uma nova família na microárea. Ao chegar ao domicílio, a ACS foi apresentada a toda família presente (mãe, marido e filho mais novo). Depois, foram solicitados os documentos dos membros da família (identidade e certidão de nascimento) para o cadastramento da família na ficha A e explicada à chefe da família, a importância do cadastramento nesta ficha. Outras informações importantes foram colhidas, como: doenças dos membros familiares e ocupação. A família é composta de quatro membros: dois adultos e duas crianças que foram cadastrados na ficha, de acordo com a idade de cada um.

Após o preenchimento dos dados na ficha A, o ACS preencheu o cartão da família, utilizando caneta de tinta azul e pintou o cartão de vermelho (o que identifica sua microárea) e o entregou à chefe da família.

O SIAB é composto por módulos, que contempla o cadastramento das famílias, por meio do qual são levantados dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde referidos na ficha A. Outro módulo, que utiliza as fichas B e C, refere-se à situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco (FIGUEREDO et al., 2010).

O depoimento a seguir mostra que a atualização da ficha A no SIAB está acontecendo na Secretaria Municipal de Saúde:

[...] A **atualização da ficha A** é tudo lá na secretaria, [...], porque quando botou o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) chocou os dois sistemas e um bloqueava o outro, aí botou outro computador, mas o outro tá com problema, aí acaba que a gente digita tudo lá, quando a gente precisa fazer avaliação a gente pega e solicita e eles fazem tudo lá rapidinho, não tem problema não. [...] (E 6).

Durante a observação de campo de uma visita domiciliar a ACS relatou que as fichas A dos ACS foram encaminhadas para a Secretaria de Saúde para serem atualizadas no SIAB pelo Núcleo de Informação em Saúde (NIS) e até a presente data, não foram devolvidas.

A portaria 648/GM afirma que a atualização da ficha A é uma das atribuições dos profissionais de saúde das ESF no seu processo de trabalho (BRASIL, 2006a).

Na ESF existem profissionais de saúde que, em seu processo de trabalho, utilizam o SIAB com mais frequência, neste caso, os enfermeiros e os ACS. Observe nos depoimentos:

[...] eu **faço** com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), eles me entregam os dados e aí eu faço sozinha, não tem problema. [...] Faço a **consolidação da ficha D de todos os profissionais da equipe**. Agora acontece assim, alguns meses choca meu atendimento com a data da **produtividade**, [...], o **odontólogo** só recolhe os dados dos agentes, mas o resultado, a condensação final quem faz sou eu, ele não sabe, ele sabe pegar os dados, agora condensar [...] (E 6).

[...] Não, que faz a **consolidação** sou eu, enfermeira. [...] (E 7).

O SIAB é um sistema de informação de saúde que deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde de uma ESF, para identificar os problemas de saúde e planejar as suas metas nas reuniões da equipe. Entretanto, pode-se identificar, pelos depoimentos e nas observações das ESF, que é apenas o profissional enfermeiro responsável pela consolidação mensal dos dados de toda a equipe.

Na consolidação dos dados, existem relatórios específicos nomeados como SSA2 e PMA2. O objetivo desses relatórios é permitir o conhecimento da realidade socio sanitária da população, acompanhada pelas equipes de saúde, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los, sempre que necessário, visando a melhorar a qualidade da assistência de saúde prestada (FIGUEREDO et al., 2010).

Durante o período de observação em algumas equipes de saúde constatou-se que os relatórios do SIAB, a Situação de Saúde e Acompanhamentos das Famílias na Área (SSA2) e a Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2) são consolidados, a cada dia 20 de cada mês, pela enfermeira coordenadora da equipe. Os ACS participam, junto com a enfermeira, da consolidação do SSA2. A enfermeira consolida todas as fichas D dos profissionais da equipe, no PMA2. Foi percebido também, durante a observação, que a maior importância deste sistema é para o encaminhamento para a Secretaria de Saúde do município. Não sendo verificada a mesma relevância para o diagnóstico da situação de saúde da população.

Assim, o relato refere como é realizada a análise deste sistema na ESF.

[...] Faz, a gente faz essa **análise**, tipo assim, como tá crescendo a população sempre o número [...], por exemplo, o número de aleitamento misto, as mães tão desmamando mais cedo porque tem aquela questão de trabalhar, de não sei o quê, então a condição de cada, mas em termo assim, de vacina a gente vê que realmente assim é bem controlado, aí tem algumas coisas assim que a gente dá pra fazer a **análise de controle das gestantes**, as gestante frequenta direitinho, então esse **tipo de análise** assim a gente faz, assim sentar, discutir na reunião qual é a gestante que tá rebelde, que não vem, a gente ir lá, visitar, buscar, hansen aumentando, eu to aqui ó, com paciente, 1, 2, 3 de hansen, 3 de tuberculose, fora os que já tiveram alta. [...] (E 5).

No PSF, a análise do SIAB só é realizada pelo enfermeiro quando surge algum agravante na entrega da produtividade pelos ACS, que influencie nos processos saúde doença destes indivíduos.

No trecho seguinte, verifica-se que os entrevistados não utilizam o SIAB para planejar as ações em saúde:

Não utilizo o **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)** para **planejar** suas ações não. [...] (E 13).

Nas observações realizadas nas USF, constatou-se que alguns trabalhadores de saúde nas equipes não utilizavam o SIAB para o planejamento das ações conforme os dados deste sistema de informação, contrariando o que dizem os autores Marcolino e Scolhi (2010), que o SIAB constitui ferramenta importante para o planejamento das necessidades de saúde da população.

4.2.4 Subcategoria 2.4 – Fluxograma da Unidade de Saúde da Família (USF)

Percebe-se que no PSF, ocorreram mudanças no fluxo do usuário, que passou a ser encaminhado para o acolhimento, lugar em que o mesmo tem uma escuta qualificada do seu problema de saúde, podendo ali mesmo ser resolvido e, se necessário, encaminhá-lo a outro profissional. Esta alteração do fluxo e do processo de trabalho altera um pouco o papel da recepção que passa a desenvolver um trabalho de orientação do fluxo dos usuários, perdendo o seu ‘poder’ de decidir sobre o acesso ou não deste (RODRIGUES, 2005).

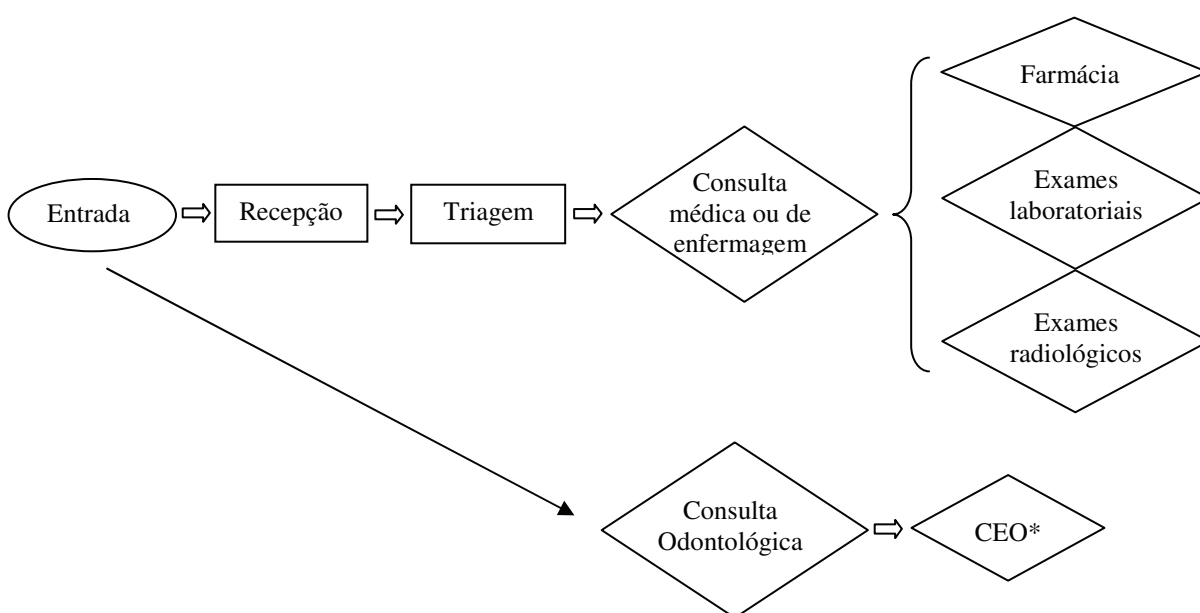
O fluxograma é a representação gráfica de um usuário em uma USF, ou na rede do sistema de saúde, que vai mostrar o processo de trabalho, isto é, como o trabalho está sendo organizado nas ESF e, ao mesmo tempo, se é capaz de apontar os problemas verificados no cuidado ao usuário (FRANCO, 2007a).

O fluxo do usuário em cada ESF do estudo acontece, na maioria das situações, pela porta de entrada da UBS do programa, entretanto, após observações de campo de algumas USF, percebeu-se que em algumas situações, a depender da necessidade de saúde, o usuário adentra a unidade e é encaminhado para as unidades de urgência e emergência pelo Serviço de Atendimento de Móvel de Urgência (SAMU), a exemplo

da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) que são instituições conveniadas a rede SUS do município.

Neste sentido, procura-se demonstrar o fluxo do usuário na demanda programada nas ESF únicas, do estudo. A demanda programada corresponde ao agendamento dos usuários nos programas assistenciais em dia e horário pre-determinado pelas ESF.

Figura 2: Fluxograma do usuário para a demanda programada nas Equipes de Saúde da Família (ESF) únicas, do município de Jequié-BA.



Fonte: Observação de campo

* Centro de Especialidades odontológicas.

Durante a observação de campo percebeu-se que na demanda organizada o usuário já é agendado para atendimento com o médico ou com a enfermeira. Nos programas preconizados pelo MS, é feito apenas a checagem pelo(a) agente administrativo no livro registro de marcação de consultas e, posteriormente, o usuário é encaminhado para a sala de triagem para a verificação dos sinais vitais pela técnica/auxiliar de enfermagem com o seu prontuário e após a realização do procedimento, o mesmo é solicitado para aguardar na recepção da unidade para atendimento com o profissional.

Em todas as ESF únicas, durante a observação de campo para o atendimento médico na demanda programada, são agendados de 16 a 20 consultas por turno, sendo

este agendamento realizado pela agente administrativa, semanalmente ou a cada quinze dias. O número de usuários agendados para a demanda programada é de 10 a 14 por turno e as demais fichas são disponibilizadas para a demanda espontânea (triagem).

Na ESF, o fluxo do usuário para a enfermeira, na demanda programada na equipe, é realizado através do agendamento das consultas para todos os programas preconizados pelo MS: crescimento e desenvolvimento (CD), pré-natal, preventivo, planejamento familiar e HIPERDIA. Este agendamento é feito pela agente administrativa, em dia e horário determinado pela equipe, como também é agendado pela enfermeira ao término de cada consulta.

Na observação da prática, após a consulta médica ou de enfermagem, os usuários são também encaminhados para a farmácia, para dispensação dos medicamentos pela agente administrativa ou pela técnica de enfermagem.

Após o atendimento pelo profissional médico, em algumas situações, o usuário é direcionado para a recepção da unidade, para agendamento de algumas especialidades no Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SRCA), como a marcação de consultas especializadas na área de cardiologia, urologia, ginecologia, entre outras. Na recepção da USF, usuário também é informado pelo agente administrativo, o dia em que será disponibilizada a cota no SRCA para o agendamento de consulta nas especialidades médicas e realização de demais exames, como: raio X, eletrocardiograma (ECG), ultrassonografias e exames laboratoriais, conforme a necessidade de cada um. Assim, em relação ao fluxo da consulta médica, Franco (2003, p.191) afirma que:

O fluxo revela que a consulta médica aparece como elo central da rede que opera os diversos serviços assistenciais no interior do estabelecimento de saúde. Após a realização da consulta, uma série de serviços é acionada, ou seja, em um processo de trabalho multicêntrico, como o aqui retratado, o saber médico é estruturante do processo de trabalho dos outros profissionais.

Assim, percebe-se a importância da marcação dos exames dos usuários no SRCA, a partir da realização da consulta médica na ESF, e da participação dos demais trabalhadores de saúde no processo de trabalho do médico, pois o usuário, na maioria das vezes, é encaminhado para outros procedimentos.

Nas ESF, o fluxo do usuário para o odontólogo frequentemente acontece através da demanda programada, com maior número de usuários agendados e pela demanda espontânea. Assim, os entrevistados E 10 e 11, descreveram como acontece o fluxo do usuário na demanda programada e espontânea na equipe de saúde:

[...] Não, é tudo **programado**, não tem **demanda espontânea**, porque senão vira bagunça, senão não tem como atender a todos os usuários. [...] (E 10).

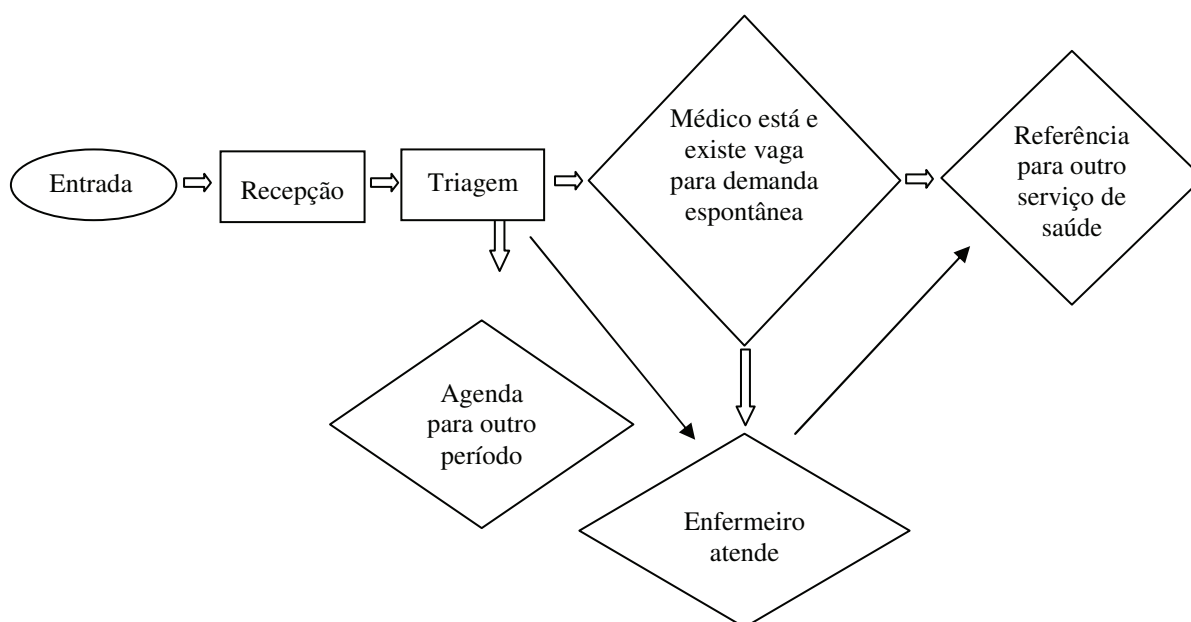
[...] **Demanda programada são 8. Demanda espontânea são duas**, [...], essas são critérios já estabelecidos, mas isso não caracteriza se um paciente a mais, e que esteja sentindo uma dor, seja um atendimento de urgência, a gente não faça esse atendimento. [...] (E 11).

Os entrevistados demonstraram em suas falas que a maioria dos atendimentos na demanda é programada, com o propósito de organizar o processo, já que não é possível atender a todos os usuários que procuram pelo serviço de odontologia na ESF. Relataram, também, que são disponibilizadas vagas em menor quantidade para a demanda espontânea, nas situações de urgência.

Neste sentido, salienta-se que o problema do acesso na área de bucal nas ESF, ainda constitui um ‘nó’ para atuação destes profissionais. Sabe-se que todos os usuários têm o direito aos serviços de saúde nesta área, porém ainda não se consegue garantir o atendimento a todos que chegam a estas Unidades conforme as suas necessidades de saúde (PANIZZI; PERES; MOSCHETTA, 2004).

A seguir, será demonstrado o fluxo do usuário nas demandas espontâneas nas ESF únicas, do estudo. A demanda espontânea no PSF é constituída pela demanda de usuários que vem a unidade de saúde apenas para atendimento quando têm alguma necessidade de saúde, sendo que nesta as ações de saúde não estão planejada pela ESF.

Figura 3: Fluxograma do usuário para a demanda espontânea nas Equipes de Saúde da Família (ESF) únicas, do município de Jequié-BA.



Fonte: Observação de campo

Na recepção da USF, o usuário solicita informações sobre a existência de vaga para o atendimento médico ou para a enfermeira, com a agente administrativa.

Em seguida, mostra o seu cartão da família e a agente administrativa observa o número da família e a microárea de residência do usuário para pegar o prontuário da família no SAME arquivo da equipe, onde é cadastrado.

O fluxo do usuário na ESF para a demanda espontânea acontece conforme o relato do entrevistado:

[...] Os pacientes que chegam com a **pressão alta** vai direto para **médica**. Se ela não estiver, eu **encaminho** pra **enfermeira**, se não tiver médico nem enfermeira, eu ligo pro Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e **encaminho** o paciente. Quando chega criança com **febre** a gente faz o mesmo esquema de trabalho, médico, se o médico não tiver, enfermeiro. O enfermeiro não tá, a gente liga para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e encaminha o usuário, mas todos os usuários saem com um encaminhamento. [...] (E 19).

Os depoimentos coincidiram com as observações de campo, revelando que nas situações de urgência, em caso de febre em crianças e adultos, urgências hipertensivas, entre outras, este usuário é encaminhado para a triagem, onde será avaliado pela técnica de enfermagem. Logo após, é conduzido para a consulta com o médico. Em

caso de ausência do médico é encaminhado para avaliação com a enfermeira. Nos casos em que a enfermeira não consegue resolver, este usuário é conduzido para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital Geral Prado Valadares (HGPDV) para atendimento com médico neste nível de atenção e resolução do seu problema de saúde.

Na demanda espontânea de algumas ESF, o fluxo do usuário obedece ao seguinte roteiro: ao chegar à USF e dirigir-se à recepção, é encaminhado para a sala de triagem, onde será realizada a classificação de gravidade do caso pela técnica/auxiliar de enfermagem. Após a ausculta da queixa do usuário e realização de procedimentos, a depender da sua necessidade apresentada ao profissional, este é agendado para atendimento com o médico da equipe, ou com a enfermeira, ou é encaminhado naquele mesmo turno para as vagas que são pré-definidas pelas equipes de saúde para a demanda espontânea. Em seguida, a fala de uma entrevistada na ESF, sobre o fluxo do usuário da demanda espontânea:

[...] A gente trabalha com uma **demanda programada**, mas deixando folga pra **demanda espontânea** e, essa **demanda espontânea** a gente vai atender de acordo ao risco, à classificação de risco. Não é porque também assim programada, a gente não conseguiu botar programada aqui pra mais tarde, [...]. (E 7).

Neste depoimento, percebe-se que só há atendimento na demanda espontânea se existir o risco de vida do usuário.

As ESF devem organizar o fluxo de sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades de sua clientela, não devendo ser atrelada à demanda organizada evitando, assim, a desumanização da atenção à saúde do indivíduo e das famílias em uma determinada área do PSF.

Apesar de encontrar na maioria das ESF um fluxograma tradicional de atendimento ao usuário, verifica-se no estudo, a existência de alguns membros das equipes únicas que possuem uma abordagem diferenciada, como resultado da participação da Especialização nas Linhas do Cuidado, promovido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que dá ênfase a um fluxograma centrado no usuário.

Durante a observação de campo, verificou-se também que o fluxo do usuário na rede do sistema é realizado quando o usuário chega à USF na sala de marcação com a requisição da solicitação do médico ou da enfermeira. As cotas dos exames são disponibilizadas no SRCA uma vez por mês pela CERAJE. Os exames (ECG, exames laboratoriais) e especialidades médicas: (urologista, cardiologista, oftalmologista) são disponibilizados pela CERAJE em dia e horário pré-determinado pela SMS através do SRCA. Os exames laboratoriais são agendados para os usuários da área de abrangência enquanto existir cota disponível no SRCA para a USF. Observa-se que para agendar o exame no sistema, o usuário tem que levar o cartão da família e o documento de identidade.

Na observação de campo, percebe-se que após o preenchimento da data do exame na requisição, conforme disponibilidade no SRCA e laboratório disponibilizado por este sistema, o usuário é orientado pela agente administrativa a respeito da data e local da realização do exame. Alguns exames e procedimentos como: de angiologia, fonoaudiologia, audiometria, otorrinolaringologia, colposcopia, ecocardiograma colorido, holter, mapa, neurologista, neuropediatria, proctologia, USG transvaginal com doppler, USG abdome com dopler e teste ergométrico são agendados na CERAJE.

Em relação ao fluxograma dos usuários nas ESF e na rede do sistema no processo de trabalho, verifica-se que as equipes ainda atuam com um modelo tradicional dentro da própria equipe de saúde e que existem barreiras ao usuário na rede do sistema, pois no período de observação constatou-se que são estabelecidos critérios para selecionar o usuário que terá acesso aos exames em outros níveis do sistema de saúde.

Conforme Franco et al. (2009), o acesso deve ser o primeiro dispositivo de produção do cuidado, pois ele é o pressuposto para que os fluxos assistenciais aconteçam.

4.3 CATEGORIA 3 – TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRABALHO

As tecnologias do trabalho em saúde têm sua importância na configuração do modelo assistencial, porque revelam o modo pelo qual se operam os serviços de saúde definindo, por consequência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de solucionar os problemas de saúde, os valores dos serviços e, o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos desse processo (FRANCO; MERHY, 2007a).

A ESF deve incorporar tecnologias capazes de nortear as práticas de saúde dos profissionais, no cuidado aos indivíduos e as famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, priorizando a produção de cuidar.

A ESF, em cada espaço onde se realiza qualquer ato de saúde que tem como propósito assistir ao usuário na sua necessidade de saúde, é considerada uma ‘micro unidade de produção’, pois neste lugar se produz atos assistenciais de saúde que têm por objetivo resolver os problemas de saúde. É, sobretudo neste lugar onde se encontram trabalhador de saúde e usuário, motivados pela expectativa de ter o problema de saúde resolvido. Isto ocorre como resultado do trabalho e este é executado a partir de determinados conhecimentos que são aplicados aos problemas de saúde que se apresenta (FRANCO, s.d.).

Baseado nos diversos recursos do trabalho em saúde, os conhecimentos, as relações e os instrumentos são conceituados como tecnologia em saúde (FRANCO, s.d.).

4.3.1 Subcategoria 3.1 - Tecnologia leve

O uso preferencial das tecnologias leves requer que o profissional de saúde utilize todo o seu potencial relacional, criativo e subjetivo, operando com o usuário no plano do problema de saúde real como se apresenta e, também, na esfera da sua subjetividade, atuando para que o cliente faça uma aposta na vida e desta forma produza o autocuidado (FRANCO, s.d.).

As tecnologias de relações, estabelecidas pelo vínculo, automização, acolhimento e gestão devem ser consideradas como formas de governar o processo de trabalho em saúde (MERHY, 2007a).

O acolhimento no PSF constitui parte fundamental para a equipe de saúde no cuidado dos indivíduos e as famílias, pois as ações que são desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde comportam um conjunto de ações clínicas que devem ser desenvolvidas de acordo as necessidades de saúde dos usuários. Essas ações clínicas, que se fazem presentes no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, buscam a perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida (MERHY, 2007a).

Conforme, ainda os mesmos autores, estes encontros individuais, entre o profissional e o usuário, se produzem em um espaço intercessor no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se através da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves.

Neste depoimento o entrevistado aponta outra perspectiva sobre acolhimento. Ele refere em sua fala que o usuário é acolhido na USF desde o momento em que nela chega:

[...] Bom, a partir do momento que o **paciente** chega ele tá sendo **acolhido**, desde a hora que ele chega. Na minha sala, na ante-sala, [...], mas ele tem que ser **acolhido**, mesmo não tendo **atendimento clínico**, [...], se eu não posso fazer o atendimento ali específico, que é da minha área, ele chega, eu **oriento**, às vezes precisa de uma medicação, eu já to passando, isso é uma forma de **acolher**, mesmo que eu não esteja tendo uma **resolutividade** imediata pro caso dele. Ele é **acolhido** na hora de ser **agendado**, ele é **acolhido** com a resposta, ou positiva, ou negativa, que ele tem que ser **acolhido** porque se você falar um não de uma forma **acolhedora** ele vai entender, [...]. [...] (E 13).

Concorda-se com esse depoimento, que o usuário tem que ser acolhido desde a recepção da USF, sendo que a resolução do seu problema deve ser garantida em todos os espaços desta unidade de saúde e por todos os profissionais da equipe. Mesmo que o profissional que atenda não seja capacitado para dar resposta ao problema de saúde do usuário, ele deve acolher e encaminhar, quando necessário, para outros profissionais de saúde ou outros níveis do sistema.

Assim, a reorganização das ESF, apresenta como pressuposto a integralidade na produção do cuidado, em um processo de trabalho centrado no usuário e mantendo relações acolhedoras na equipe multiprofissional, capaz de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a atenção aos usuários, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Analisando a produção do cuidado de cada profissional de saúde no PSF, no sentido de trabalho em equipe, durante a sua consulta, o profissional enfermeiro utiliza mais das tecnologias leves e leve-duras. As tecnologias leve-duras são utilizadas por ele para direcionar a escolha do tratamento que o mesmo irá oferecer a sua clientela durante as consultas de planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, pré-natal e HIPERDIA utilizando, neste momento, o conhecimento científico e os protocolos assistenciais do MS. As tecnologias leves são empregadas diante da relação de escuta com o usuário, que o profissional mantém durante a realização da consulta, ou até mesmo quando este se dirige para a recepção das USF, onde é explicado, ao usuário, o seu horário de atendimento ou escutado o seu problema de saúde.

No depoimento a seguir, a ACD descreve os recursos utilizados para desenvolver as atividades no ato de trabalho, ou seja, as tecnologias que a mesma emprega no processo de trabalho de ACD na ESF.

[...] A **ACD** vai ter a função de receber bem os pacientes, **trabalhar** com o **odontólogo**, mas ao mesmo tempo dá um bom **acolhimento**, as pessoas, dá **orientação** também, às vezes chega muita gente logo, logo quando a gente chegou aqui, tinha muita gente que procurava o **consultório** só pra **extração**, só queria tirar os dentes, então a gente procura tá fazendo tratamento, a fazer **prevenção**, **escovação**, e a gente procura assim, dentro do que a gente pode fazer, dá essa **orientação** ao público. [...] Para **extração**, o que eu posso fazer é auxiliar, assim, arrumar o **material**, **seringas** e **anestésicos**, já deixo arrumado, coloco, ele, sempre que ele vai atender um paciente, ele olha primeiro qual o dente, o que vai precisar, as **pinças** e eu já disponho tudo ali. [...] (E 24).

A ACD afirma, em seu depoimento, que tem de acolher bem os usuários, além de realizar orientação sobre a organização do serviço. Diz, também, que os indivíduos procuram o serviço de odontologia para extração, prevenção e tratamento.

A ACD fala, em seu depoimento, que para o desenvolvimento do trabalho é importante o acolhimento do usuário no atendimento. Assim, conforme Coelho e Jorge (2009), a adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.

Baseada nas tecnologias leves, a escuta em uma ESF deve ser empregada para o desenvolvimento de todo o processo de trabalho, pelos trabalhadores de saúde com atenção, dedicação e respeito aos usuários, com a finalidade de manter entre eles uma boa relação no processo de trabalho em ato. Nos trechos, os entrevistados relataram sobre a utilização da escuta no ato de trabalho:

[...] Assim, eu to mais perto do usuário do que da **equipe**, [...], mas hoje em dia eu tento **escutar o paciente** porque o paciente precisa mais de alguém para **ouvir** do que de tratar realmente então eu tento **escutar**. [...] (E 1).

[...] Normalmente a gente demora, [...], você tem que **ouvir**, às vezes **problema** social que às vezes agrava, nem são da **parte clínica**, é **mais social** e a gente às vezes tem que tá fazendo esse papel de **psicólogo**, **tá orientando**, mas quando é **re-consulta** não, **re-consulta** é só para ver exames, mas as primeiras consultas geralmente são consultas que a gente tem que dar maior atenção para ele. [...] (E 3).

[...] Eu sempre **escuto** muito o paciente, eu acho que uma parte **importante** da **anamnese**, da **definição** do quadro **clínico** do paciente através da queixa, do que ele tá sentindo, mostra aonde é, me mostra o que tá sentindo, eu acho que esse contato é muito **importante**, uma parte, o que define, o que direciona o seu **exame físico** também, então eu procuro **escutar** muito a queixa do paciente, como ele me diz, da maneira mais leiga que ele me diz, que ele me relata. [...] (E 4).

[...] A **escuta** nossa com o **paciente**. Muitos pacientes que aparecem aqui, às vezes ele quer mesmo ter alguém que **escute** ele, eles chegam com alguma **queixa**, mas na verdade, quando a gente vai **escutar** ele, a gente termina observando que ele só tá querendo mesmo que alguém **escute**, que alguém resolva, aí a gente tem tido paciência pra escutar. [...] (E 17).

[...] Todos os **atendimentos** eu utilizo a **escuta**. Porque geralmente os usuários vêm, como por exemplo, aquela paciente que você assistiu, que era diabética, aí ela veio para o dentista, aí **resolveu** passar pela **triagem**. Aí verifiquei a pressão, verifiquei a glicemia, já orientei ela pra trazer o cartão pra fazer o agendamento, [...]. (E 19).

No depoimento do entrevistado 1, identifica-se a preocupação do trabalhador de saúde em escutar e estar mais próximo do usuário que adentra a sua sala para atendimento, que da equipe.

Nos outros trechos verifica-se que os usuários procuram a USF para serem escutados pelos membros da equipe de saúde e afirmam que é importante para o desenvolvimento do trabalho. Deste modo, Campos (2003) refere que ao procurarem a USF, os usuários trazem demandas, problemas ou reivindicações que eles julgam fundamentais e, para tal, precisam expressar através da fala; disto depende a probabilidade de construção de vínculo. Os profissionais de saúde têm a ofertar: o trabalho em saúde, o poder de autoridade sanitária; a sociedade civil tem sofrimentos e necessidades a serem atendidas pelos profissionais de saúde no ato do processo de trabalho.

Neste depoimento percebe-se a escuta qualificada do entrevistado:

[...] Ter uma **escuta qualificada** já é o **acolher**. Você tem que ouvir o paciente, a resolutividade imediata através daquela **escuta**, se você puder, ele já sai satisfeito, alegre e você **escutou**, se é o positivo ou não ele. O mais importante é isso. [...] (E 13).

Nesta fala, pode-se observar que a escuta qualificada do usuário gera resolutividade para o seu problema de saúde. Após a implantação do acolhimento em uma USF, o usuário deve ser encaminhado para um dos profissionais da equipe que deverá fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, podendo ali mesmo resolver ou encaminhar para outro profissional. Esta alteração do fluxo e do processo de trabalho modifica o papel da recepção, ao deixar de ser um lugar de “poder”, ou seja, capaz de decidir sobre o acesso ou não do usuário, e passar a operar um trabalho de orientação ao fluxo dos usuários. O lugar de decisão passa a ser o Acolhimento, após a escuta do usuário e é feita por pessoas ligadas à função assistencial (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2004).

Desta forma, os membros de uma equipe de saúde buscam a garantia da resolutividade do problema de um indivíduo atendido em uma ESF, com o propósito de solucionar o seu problema relatado durante uma consulta com um trabalhador de saúde. Assim, os autores Cecílio (2001) e Merhy (2003), afirmaram que o acolhimento é uma forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam a ESF para uma produção do cuidado, com responsabilidade, solidariedade e compromisso. Tal entendimento requer a percepção

do usuário que adentra a unidade de saúde, através das necessidades de condições de vida, de vínculo entre o serviço e os trabalhadores que produzem o cuidado, de autonomia no seu modo de viver a vida e de sua queixa biológica, que o levaram a procurar o serviço de saúde, de ser alguém singular.

Eis a fala:

[...] Então essa é a nossa **escuta** porque a gente tem que olhar o **paciente** como um **todo**, [...], então a gente tem que **ter** esse olhar do **paciente como um todo**, até porque a gente **trabalha** com a **família**, mas também com os **profissionais em sintonia** um com o outro. [...] (E 13).

Neste depoimento, foi identificado que é necessário olhar o usuário como um todo, ou seja, com o propósito da integralidade no cuidado.

Assim, pode-se constatar que a capacidade do cuidado é uma propriedade natural do homem e deve ser praticado durante o ato do cuidado por um membro em uma equipe de saúde (PINTO, 2010).

O diálogo deve ser utilizado pelos trabalhadores de saúde, no ato do cuidado. O autor Gadamer (2004) menciona que ‘Aristóteles conceituou o homem como o ser que possui linguagem e linguagem que se dá apenas no diálogo’.

Esse diálogo pode ser desenvolvido a partir do vínculo entre usuário e trabalhador de saúde em uma ESF. É um recurso terapêutico sendo, portanto, parte integrante da clínica ampliada e dependente da construção de relações de corresponsabilidade, respeito mútuo, tolerância às diferenças e compromisso compartilhado em relação à defesa da vida (CAMPOS, 2003).

O vínculo, como tecnologia leve das relações no PSF, parte do princípio de que os trabalhadores de saúde deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, ‘laços’, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática do PSF (BRASIL, 2005).

Neste sentido, identifica-se no depoimento do entrevistado 6, que existe o vínculo do usuário com a equipe de saúde, pois este profissional utiliza a escuta com o

objetivo de fortalecer o vínculo com os indivíduos na comunidade, durante o processo de trabalho em ato.

[...] cada um chega com um **problema**, um é com o **filho** que tá com droga, um é alguém da **família** que roubou, que matou, que **morreu, marido, traição**, essas coisas. Eles chegam, contam as histórias deles e a gente, dentro do que a gente entende de certo e de errado a gente dá a opinião da gente ou não ou só **escuta**, às vezes a pessoa não quer que a gente fale nada, a pessoa só quer falar, se desabafar com alguém porque às vezes se desabafar em família o problema aumenta, se desabafar com alguém da comunidade a coisa vasa e às vezes eles não querem isso, então é muito assim, cada caso é um caso, [...], a forma de **escutar** é dentro do que a pessoa precisa naquele momento mesmo. [...] (E 6).

[...] É assim, a gente não vê o paciente só como uma pessoa que vem aqui só precisando de um **atendimento bucal**, não é só isso, a gente procura tá conversando e desenvolvendo esse **vínculo** de uma outra forma, então isso reflete, eu acho que isso reflete bem no atendimento porque muitas pessoas têm falado, têm comentado que gostam de vir aqui, que **gostam do dentista**, que **gostam da Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)**, a gente sempre vê os comentários e, isso faz com que as pessoas até procurem mais a gente. [...] (E 24).

Assim, durante as observações percebeu-se que o usuário procura a USF para desabafar com os membros da equipe de saúde, entretanto, identificou-se que esse vínculo é maior entre os usuários com os trabalhadores de saúde de nível médio, sendo constatado que existe o vínculo da auxiliar de enfermagem e recepcionista com as pessoas da comunidade, e que algumas pessoas da comunidade procura a unidade de saúde apenas para conversar com os trabalhadores de saúde. O recurso utilizado por estes profissionais de saúde são a fala e a escuta, durante a execução do seu trabalho.

Nesse mesmo propósito Campos (2003, p.70), refere que “o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se opõe sob nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem”.

Neste sentido, identifica-se um depoimento onde o entrevistado fala sobre o vínculo que o mesmo têm com a família, na área do programa.

[...] Porque assim, a gente cria um **vínculo** com a família, [...], não me acho só um agente de saúde, a gente acaba sendo assim, um **psicólogo**, um **amigo**. [...] (E 15).

Deve-se ressaltar que durante a realização da observação a uma visita domiciliar, foi constatado o vínculo que a ACS tem com as famílias nesta microárea, ao verificar como ela fala com todos os indivíduos que encontra na comunidade, cumprimentando e orientando sobre os problemas que são apresentados por estes à ACS.

Nascimento et al. (2010), afirmaram que o vínculo é um dispositivo que deve ser empregado pelos membros da ESF, com o propósito de estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas e que na verdade, o que se quer é ajudar o usuário a adquirir autonomia.

Percebeu-se também, nos depoimentos dos enfermeiros, a utilização da tecnologia leve, através do uso da comunicação:

[...] Na **gerência** tem que ser muita a **comunicação** mesmo, [...]. (E 6).

[...], é mais a questão da **comunicação** mesmo. [...]. (E 7).

As enfermeiras relataram em seus depoimentos que a comunicação é muito utilizada na gerência da ESF, para se dirigirem aos outros membros da equipe de saúde, ou para se comunicarem com os usuários, sendo a comunicação considerada uma tecnologia leve.

Na proposta do PSF, o trabalho em equipe institui uma prática em que a comunicação entre os trabalhadores de saúde deve fazer parte do exercício diário do trabalho da equipe, no qual os agentes atuam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

As falas relatam o emprego da tecnologia leve no desempenho do trabalho na ESF:

[...] a gente tem a questão da **escuta** também [...]. (E 8).

[...] então a **relação**, eu acho que é o que conduz, que é o **acolhimento** se for lá dentro eu **acolho**, é o meu primeiro instante com o **paciente**, é um bom dia, tudo bom, como é que você tá, eu brinco assim, eu digo, bom dia, às vezes ninguém responde aí eu digo, não tá sendo um bom dia não é? [...] Não deixa de ser relação de **leve**. [...] (E 13).

[...], **a nossa ferramenta principal que é olhar, ouvir e sentir**, que é por aí a gente pode fazer um prognóstico mais rápido, em cada cliente, e a escrita, que é fundamental, sempre a gente procura ter esse cuidado de registrar muitas das coisas. [...] (E 20).

A escuta, juntamente com o olhar e o sentir do usuário, constituem uma ferramenta importante para o processo de cuidar, durante o processo de trabalho dos membros da equipe de saúde.

Percebe-se no depoimento do entrevistado 13, a preocupação em manter as tecnologias das relações com o usuário em seu processo de cuidar mantendo a escuta qualificada. Em uma ESF, estes encontros interindividuais entre profissionais de saúde e usuário se produzem em um lugar intercessor, no qual uma dimensão tecnológica do trabalhador em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se na tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (MERHY, 2007a).

As tecnologias leves são empregadas pelos profissionais de saúde diante da sua relação de escuta com o usuário. Os membros da equipe de saúde utilizam esta prática durante a realização da consulta ou até mesmo quando estas se dirigem para a recepção das USF, onde os usuários são informados sobre o horário de atendimento ou na escuta, dando direcionamento ao mesmo de como resolver o seu problema de saúde, através de encaminhamentos do paciente para atendimento do médico ou com a enfermeira da unidade ou outros níveis da atenção, o que pode ser verificado na observação de campo.

Desta forma, a produção do cuidar requer um propósito para o alcance de suas ações, para quem estão voltadas, na concepção de saúde-doença dos agentes que estão envolvidos no processo de trabalho com o objeto de sua intervenção (ASSIS et al., 2010).

4.3.2 Subcategoria 3.2 - Tecnologia leve-duras

As tecnologias leve-duras são empregadas a partir do conhecimento que o profissional de saúde possui, com o auxílio dos instrumentos que auxiliam neste

trabalho desenvolvido no ato de cuidar (FRANCO, s.d.). Nos depoimentos, identificou-se como os membros da equipe de saúde utilizam a tecnologia leve-dura:

[...] No **pré-natal**? [...], utilizo **sonar e pinard** [...]. [...]. A **ausculta**, que eu faço tanto com **pinard**, como faço com o **sonar** [...]. [...] (E 5).

[...] na odontologia [...] utiliza a **tecnologia leve-dura, que é o nosso conhecimento**, que é o principal hoje, [...]. (E13)

É utilizada pelo enfermeiro, no momento da consulta do pré-natal o emprego dos instrumentos do sonar e pinard para a ausculta dos BCF, ou seja, este conhecimento científico para avaliar os BCF do feto após a contagem na gestante, é considerada uma tecnologia leve-duras. No depoimento do entrevistado 13 percebe-se a importância da tecnologia leve-duras, que é emprego do conhecimento científico por este profissional de saúde.

Neste depoimento observa-se o uso da tecnologia leve-duras, através do seu conhecimento sobre exame físico.

[...] **avaliação clínica** que a gente faz durante as consultas, o **exame físico**. [...]. (E 8).

Na avaliação clínica do usuário durante a consulta, o profissional de saúde utiliza as tecnologias leve-duras, pois neste ato o trabalhador utiliza o conhecimento que foi adquirido durante o período de formação e, posteriormente, através da prática profissional, que auxilia o médico ou enfermeiro, para determinar uma suspeita diagnóstica e tratamento do cliente, através do exame físico.

Foi observado, durante a realização de uma consulta médica com o usuário, um atendimento rápido, centrada em ouvir a queixa do usuário e, após a finalização desta, em medicar o usuário, de acordo ao conhecimento científico da doença e a queixa do cliente sobre o sintoma, sendo usada por este profissional, apenas as tecnologias duras e leve-duras. Reitera-se a observação do tempo disponibilizado pelos profissionais para cada usuário, que é inversamente proporcional ao tempo de exercício. Os profissionais com menor tempo de formação estão mais voltados ao uso das tecnologias leves.

Segundo Merhy (2007a), é nesse espaço que a busca capturante do usuário, em uma ESF, apresenta maior possibilidade para impor ‘finalidades’ ao trabalho vivo em ato da equipe de saúde.

Os ACS, no desenvolvimento do seu trabalho nas visitas domiciliares, utiliza a tecnologia leve, leve-dura e dura. Com indivíduos portadores de Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e gestantes, utilizam mais a tecnologia leves, através do uso da fala, da orientação e da escuta; as tecnologias leve-duras são mais utilizadas quando os ACS abordam o usuário em seu domicílio sobre as medidas de promoção e prevenção à saúde. Assim, a ACS afirma em sua fala:

[...] O **agente comunitário** só utiliza o **conhecimento**. [...], a gente não tem mais nenhum tipo de **instrumento**, só tem os **conhecimentos** que a gente adquire e nisso a gente passa para **comunidade**. Através da fala. [...] (E 14).

Este depoimento converge com uma visita domiciliar a uma puérpera (observação de campo), onde se verificou que a mesma emprega o conhecimento científico para orientar as famílias durante a visita domiciliar, sobre os cuidados com a mulher no período puerperal e cuidados que a puérpera deve ter com o recém-nascido. Percebe-se nas falas do ACS que este conhecimento lhe foi transmitido pela enfermeira, que é a instrutora/supervisora, além de ter adquirido com a experiência profissional, com a própria comunidade.

Neste contexto, durante o período de observação nas equipes de saúde do estudo, pode-se perceber em alguns atendimentos dos médicos, um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando o eixo do arranjo para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito que mostre uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico sobre a doença, ao ponto de ele praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde por ele pretendido (MERHY, 2007a).

O depoimento descreve sobre o emprego das tecnologias na odontologia:

[...] Na **odontologia**, as **tecnologias** todas **é fundamental** o consultório **odontológico**, porque sem o meu **equipamento** no consultório, o **equipo**, tudo funcionando direitinho, então a **tecnologia** é a **estrutura** mesmo pra gente, [...], porque, igual agora eu não to tendo a **tecnologia dura**, no momento, mas eu continuo na unidade, eu faço as **atividades** de **promoção**,

oriento, não deixo de, às vezes passar uma medicação, que isso não vai me impedir, ah mas precisa, eu sei que o paciente, eu não tenho **estrutura**, mas eu tenho minha maneira de ver se realmente o paciente precisa de uma **medicação**, se é um **edema**, eu já vejo na face, lógico, [...], mas antigamente a gente a **tecnologia dura** era assim, se estragou um **equipamento**, eu não trabalho, eu vou pra casa, em **odontologia**, é muito difícil você fazer os dois. [...], **o acolhimento**, a **escuta qualificada**, **é a relação**, essa **relação intercessora**, todo encontro, como diz o outro, tem o **encontro** com o **usuário**, entre o **usuário** e o **profissional**, esse encontro ele existe, só vai depender do **profissional**, se vai ter atrito, é por aí, a odontologia **é** uma das **profissões** que vivencia muito bem as **três tecnologias**, ela consegue ver nitidamente, **definir** as **três tecnologias** pra que a gente não fique também só porque, não adianta eu **ter tecnologia dura**, nem a **leve dura** se eu não ter a **leve**, que **é** a da **relação**, que vai ser aquela coisa assim, entra mudo, sai calado, aquela, abre a boca, pode ir embora.[...]. [...] (E 13).

Neste depoimento percebe-se que o equipamento no consultório de odontologia é fundamental, mas não o mais importante, pois as outras tecnologias leve e leve-duras vão complementar o cuidado aos indivíduos por este profissional.

No ato de produzir saúde, em uma ESF, ao desenvolver uma avaliação clínica de um usuário, um profissional emprega várias tecnologias ao mesmo tempo, para obter um resultado satisfatório na avaliação do usuário.

4.3.3 Subcategoria 3.3 - Tecnologia dura

No trabalho desempenhado pela equipe de saúde, pode ser empregada além da conversa com usuário, a verificação dos sinais vitais através do estetoscópio e outros equipamentos e, nesse momento, utiliza a tecnologias duras.

[...] E aí anota tudo em prontuário, sempre a gente leva o **glicosímetro**, o **tensiômetro** e o **estetos**, [...]. [...] No pré-natal [...], a gente dispõe do **sonar**, [...] de uma **balança** para pesar, da **fita**, do **tensiômetro**, do **laboratório**, que normalmente a gente não tem tido problema não, **ultra-som** também, quando a gente precisa não tem tido problema.[...]. (E 3).

[...], então eu uso o **glicosímetro**, verifico pressão arterial, [...], **tensiômetro**, algumas situações eu uso **fita métrica**, **balança**, [...], **foco**. [...] (E 6).

[...] A gente usa o quê, o **tensiômetro**, a gente tem o **estetos**, a **fita métrica**, o **glicosímetro**, a gente acabou de receber um **glicosímetro** novo com mais fitas, [...]. (E 8).

[...], o que eu utilizo são as **bandejas, instrumentais, agulha, gaze, jaleco, máscara**, pro atendimento é isso, **luva, óculos**, para o atendimento é isso. [...] (E 10).

[...] É o **glicosímetro**, o **aparelho de pressão arterial**, o **termômetro** e é só isso. [...] (E 18).

[...] Mas a gente tem um **aparelho de pressão arterial**, tem um **aparelho de glicemia**, tem **termômetro**, é só o recurso que a gente tem. [...] (E 19).

As tecnologias duras são utilizadas pelo médico e enfermeiro durante as consultas de pré-natal, no ato em que este profissional utiliza o sonar ou pinard para avaliar os batimentos cardio-fetais (BCF) do feto durante o período gravídico da gestante.

Observa-se, nestes depoimentos, que os entrevistados valorizam mais as tecnologias duras para o desenvolvimento do seu trabalho na equipe de saúde. Na observação de campo da consulta realizada pelo odontólogo, verificou-se o grande emprego das tecnologias duras, através do uso dos instrumentos, agulhas e outros aparelhos. A mesma observação, durante a realização da consulta desenvolvida pelos médicos nas ESF ao fazer uso dos seguintes equipamentos: aparelho de pressão arterial, balança, sonar e a fita métrica e pouco uso da fala e de uma relação acolhedora ao usuário, através do emprego das tecnologias leves.

A ACS também relatou em seu depoimento, a utilização da balança para a realização da visita domiciliar a crianças:

[...] Utilizo a **balança** só para criança que temos a **balança**, [...] tem alguns **agentes comunitários** que estão sem a balança. [...] (E 14).

Na visita domiciliar à criança, a ACS utilizou as tecnologias duras, pois emprega a balança para realizar a pesagem das menores de dois anos, a cada visita mensal, na microárea.

Em uma observação de campo, com um ACS realizando uma visita domiciliar, os instrumentos utilizados para o cadastramento de uma nova família na ficha A foram: a fala, a escuta, e outros instrumentos (ficha A, caneta e lápis).

No ato do processo de trabalho do ACS, durante a visita domiciliar percebe-se que este utiliza as tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves são utilizadas através

da fala e da escuta dos problemas que são informados pelos membros familiares a este; a leve-dura é realizada através do conhecimento apreendido anteriormente e repassado durante a realização da visita domiciliar; a dura através do emprego das fichas e lápis que o mesmo utiliza para anotação.

O técnico/auxiliar de enfermagem na ESF desenvolve procedimento em ato baseado no saber médico, utilizando a tecnologia dura, através do uso de aparelhos de pressão, glicosímetro, termômetro, para a verificação da pressão arterial, glicemia capilar e temperatura corpórea, respectivamente. Também, durante a observação de campo deste profissional de saúde, percebeu-se a utilização das tecnologias leves e leve-duras, ao executar o acolhimento aos usuários.

Encontram-se, em algumas falas o emprego das tecnologias duras pelo enfermeiro na ESF:

[...] Na gerência a **ata**, [...]. (E 7).

[...] A gente utiliza os **mapas**, a gente tem alguns **livros de registro**, [...] **livro de folgas**, [...] **o livro registro de ocorrência** que a gente utiliza como instrumento, a gente utiliza também **comunicação interna** e **ofícios**, que a gente se comunica com a secretaria, às vezes também pra se comunicar com a comunidade a gente bola no computador alguns convitinhos, [...]. (E 8).

Conforme os depoimentos, as enfermeiras na gerência utilizam a tecnologia morta para desenvolver o seu trabalho na prática gerencial, através do uso das atas, dos mapas, livros registros, normas e rotinas que são implantadas nas ESF, sendo essa considerada uma tecnologia dura. Refere-se, assim, esse profissional como gerente porque em nosso estudo foi constatado que equipe de saúde é o profissional enfermeiro responsável na pela coordenação da mesma.

No sentido de trabalho em equipe e analisando a produção do cuidar de cada profissional de saúde no PSF, notou-se, durante a observação de campo nas equipes de saúde, que durante a realização da consulta com os usuários estes trabalhadores empregam as tecnologias leves, leve-duras e duras, para executar as suas ações de saúde. Entretanto, percebe-se ainda pouca utilização das tecnologias leves, confirmando a predominância do modelo hegemônico encontrado para o desenvolvimento das práticas de saúde pelos profissionais na equipe.

Desta forma, torna-se necessária a mudança do modelo atual que ainda impera nas práticas de saúde das ESF, possibilitando agregar as três tecnologias (leve, leve-dura e dura), sem reduzi-las, mas dando maior ênfase às tecnologias leves e as leve-duras, com o propósito das mudanças das práticas, pelos profissionais nas ESF.

4.4 CATEGORIA 4 - RETROCESSOS E FACILIDADES VIVENCIADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta categoria são analisados os retrocessos e as facilidades vivenciadas pelas equipes de saúde no processo de trabalho no PSF, onde identificamos as subcategorias retrocessos na saúde e as facilidades vivenciadas no processo de trabalho pela equipe de saúde no PSF.

4.4.1 Subcategoria 4.1 - Retrocessos

Após a efetivação e implementação do SUS muitos acontecimentos levaram a mudanças nas gestões municipais, com a descentralização da gestão para os municípios e, conseqüentemente, responsabilidades sobre a saúde dos seus munícipes. Entretanto, com a implantação e manutenção do PSF nos territórios, verifica-se que algumas práticas de saúde não são mantidas entre os gestores, com o propósito de assegurar uma boa manutenção do programa, causando até mesmo retrocesso para a efetivação dos princípios do SUS.

O PSF foi apresentado pelo MS no ano de 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção. Entre os princípios norteadores do programa de promoção, prevenção e recuperação, busca a integralidade na atenção em todos os níveis de atenção. Entretanto, identificam-se no presente estudo alguns retrocessos diante da proposta inicial do programa, o que pode ser identificado nas falas, deste entrevistado sobre o retrocesso no PSF.

[...] **Limite** pra mim é a estrutura de saúde pública daqui [...]. (E 1)

[...] Para te dizer a verdade (risada), quando eu cheguei, a gente tinha até **melhores condições de trabalho**, [...], nos últimos dois anos, foi parecendo assim, que deu uma abandonada [...], um **retrocesso** que, quando eu cheguei aqui funcionava essas coisas que hoje não funciona e quebrou e a gente não vê. Pra você ter uma **ideia**, tem uma parede que tem uma **rachadura** aí que cabe um palmo, tem dois anos a gente reclamando disso aí, com medo disso aí cair em cima de alguém, já vieram, já disseram que não tem esse **risco**, mas não vem **consertar**. Depois eu passo pra tu dar uma olhada pra ver como é. [...], eu não vejo não. Aqui tá **estagnado** e a gente sempre **lutando**, **tentando**, sempre pedindo, aí diz que é porque a gente não pede, mas isso não é verídico, a **enfermeira** faz o **mapa** todo mês, tudo direitinho, ela manda todas as necessidades. [...] (E 3)

[...] Eu vou falar das **dificuldades**, a maior **dificuldade**, é **difícil** falar isso, mas eu vou falar, no momento, minha **maior** dificuldade é **estrutural**, é **estrutura física**, porque o meu consultório tá parado porque nós estamos aguardando uma obra, ela foi iniciada, parou porque ela precisava daqueles **funcionários** em outra **estrutura**, em outra **unidade de saúde**. [...] (E 13)

Nestes depoimentos ficou evidente que houve retrocesso na saúde. O entrevistado 1 no seu depoimento, menciona que a estrutura de saúde pública é um limite. Os entrevistados 3 e 13 referem que a estrutura física é um dos problemas da unidade de saúde. O entrevistado 13 relata que após iniciada, a reforma sofreu uma interrupção em função da necessidade dos funcionários em outra unidade de saúde, e como consequência, o atendimento odontológico ainda se encontra sem funcionamento. O entrevistado 3 também menciona que a enfermeira envia mensalmente um relatório para a secretaria de saúde solicitando conserto, porém nada ainda foi feito. Estes depoimentos conferem com o estudo de Favoreto e Camargo Júnior (2002) onde este identificou que os principais problemas do PSF são as condições físicas da unidade de saúde e a carência de recursos materiais (como equipamentos e medicamentos) para a atenção aos indivíduos e às famílias no programa.

No depoimento a seguir, podem-se identificar os limites e retrocessos vivenciados pelos profissionais de saúde na ESF:

[...] Eu acho que o **limite** maior fica na parte de **medicação**. Porque se você faz todo um **trabalho**, detecta e, na hora de **tratar** você não tem como, você não tem nada, você só faz dizer o que a pessoa tem. Às vezes tem alguns **procedimentos** que fica **difícil**, por exemplo, no serviço público não existe **raio X**, isso é um **limite**, **limita** toda a parte de **ortopedia** que a gente precisa, a gente não tem como **resolver**, a gente não tem **raio X** no **serviço**

público. Se você quer ver uma **avaliação cardíaca**, você vai **pedir** um **eletro**, têm **pacientes** que leva um ano sem fazer o **eletro**, [...], quando **faz** você já nem, não tem mais nem **graça**, a **avaliação** diária **cardíaca**, isso aí já é, nuca, a gente não tem **raio X**. Então isso **limita** muito a parte **terapêutica**, a parte de **diagnóstico**, às vezes fica prejudicada. A gente fica vivendo de favor, de pedir à um colega que faça **raio X** tá entendendo, eu acho que já passa, já tem quase dois anos que a Unidade de pronto Atendimento (**UPA**) inaugurou e queimou **raio X** lá, a gente não tem **raio X**. De dois anos pra cá a gente só teve **retrocesso**, não teve avanço. [...] (E 3).

O entrevistado 3 refere que a falta de medicação e exames como raio X e ECG para facilitar no diagnóstico do usuário é um limite e acaba sendo um retrocesso, pois nos últimos dois anos houve melhoria no sistema de saúde do município.

Conforme a autora Gomes (2010) a falta de estrutura física nas ESF para atender à população prejudica o andamento do atendimento, o que atinge principalmente a população da área adscrita do PSF. A falta de medicação impossibilita a continuidade da assistência ao usuário, o que também foi relatado pelos enfermeiros como uma dificuldade para a adesão dos indivíduos aos programas.

Na fala de uma entrevistada, visualiza-se a frustração pela falta de apoio da gestão:

[...] o **limite** é tem coisas que a gente quer **resolver**, [...], mas a gente, em **determinado** ponto para, porque eu vou até um ponto, aí quando eu paro a secretaria entra, quando a **secretaria** entra e entra o **prefeito**, então tem as **limitações** que às vezes deixa a gente muito frustrado, [...]. (E 6).

Os gestores do SUS devem assumir suas responsabilidades por nível de governo, com o propósito de garantir a resolução dos problemas que são identificados pelos membros da equipe de saúde em seu universo de trabalho, porém quando este objetivo não é atingido, tem-se, como resultado a frustração dos membros da equipe de saúde.

Nestes depoimentos identifica-se a falta da referência e contrarreferência, para os usuários:

[...] O único **limite** que eu tenho aqui é **referência**, não tem **referência**, não tem pra onde **referenciar**. Isso é o que pega, o principal **limite** eu acho que é isso, é o **principal**, [...]. (E 10).

[...] teve uma época que não tinha **referência**, a gente **mandava referência** e não vinha **contrarreferência**, era um caos, a gente pedia ao paciente pra ir

ele falava, deus me livre, eu não vou não, ficava questionando. [...]. Então o **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)** melhorou muito, têm algumas **dificuldades**, eu não vou dizer que não tem, porque não faz tratamento de canal de molar que é um dos grandes, é o molar que sempre chega alguém com **cárie no molar**, mas tem, ajudou muito, eu não posso falar que não. A **Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**, também **facilitava** no final de semana, hoje é uma **dificuldade**, não tem mais. Aí muita gente fala, ah não tem mais, mas eu acho assim, a gente trabalha de segunda a sexta, mas tinha aquela coisa de **urgência e emergência**, resolvia, então eu acho que isso foi uma **deficiência**, que poderia por **dificuldade**. [...] (E 13).

Em relação à referência e contrarreferência no PSF, pode-se apreender, pelo depoimento, a falta de mecanismos com outros serviços de saúde da rede de assistência, decorrente do limite da inexistência na rede da referência e contrarreferência para os usuários do SUS.

Dessa forma, verificou-se nas observações realizadas em uma das equipes, que existe a ficha de referência e contrarreferência, porém ao chegar à unidade necessitando de atendimento de urgência o usuário é encaminhado para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) sem a ficha de referência e contrarreferência. Este procedimento acontece verbalmente, apenas com orientação da enfermeira que alega falta de tempo para preencher a ficha, pois o usuário já chega com pressa para ser atendido e encaminhado.

O entrevistado 13, em seu depoimento refere que nos primeiros anos do serviço de odontologia no PSF, não existia a referência para a odontologia e que a partir da implantação do CEO esta condição melhorou muito. Porém, ele diz que para as situações de urgência e emergência, a partir do fechamento na UPA do serviço de odontologia se tornou uma dificuldade para acesso do usuário.

Na proposta do PSF, o principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes, entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. O MS estabelece este sistema, inclusive, como primordial na reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas ESF (BRASIL, 1997).

As falas descrevem sobre as dificuldades do acesso a rede de atenção à saúde²⁶.

[...] o paciente não **tem acesso a especialista**, não tem **acesso à exames**, não tem **acesso** à quase nada, é restrito, o **atendimento** é bem restrito ao posto mesmo, àquela **consulta** ali no posto, mas em geral. [...] (E 1).

[...] é a **dificuldade de cotas**, que é **pequena**, mas que é **distribuída** por **unidade**. A **quantidade de medicação** que a gente tem, também a gente pede de **acordo** com a nossa **demand**a mesmo, se por acaso uma **medicação** usar mais em um mês, a gente **solicita** mais no outro, tá sempre tendo esse **cuidado**. [...] (E 19).

Em uma das ESF em estudo, foram várias as situações vivenciadas nesta unidade durante o período de observação de campo, em que o atendimento não foi garantindo ao usuário pelos membros da equipe, em virtude do número excessivo de famílias que esta equipe tem cadastrada.

Durante a observação nas USF, verificou-se que nas situações em que o usuário necessita de avaliação nas especialidades médicas, em outros níveis de complexidade (rede do sistema), após avaliação da médica na USF e solicitação do exame através de requisição, este usuário é encaminhado para a recepção da unidade e é comunicado pela agente administrativa a data do agendamento do exame no SRCA. O agendamento do exame irá depender da cota disponível do sistema e também da necessidade de saúde do indivíduo, pois notou-se que devido ao número insuficiente das cotas dos exames que são disponibilizadas para a USF no SRCA, em algumas situações a enfermeira, juntamente com o ACS, prioriza o exame para o paciente mais grave. Assim, os demais usuários que têm as requisições ficam aguardando a abertura de mais cotas de exames no mês subsequente.

A CF de 1988, ao propor o acesso como princípio doutrinário universal aos serviços de saúde contempla uma bandeira de luta dos movimentos sociais que caminhou para a democratização do sistema de saúde brasileiro (LIMA; ASSIS, 2010).

²⁶**Rede de atenção à saúde:** É a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES, 2002).

4.4.2 Subcategoria 4.2 - Facilidades

Na produção do cuidar em um PSF, as equipes de saúde relataram, em seus depoimentos, algumas facilidades para atuarem no programa. Nestes trechos veem-se as facilidades que estão relacionadas ao trabalho em equipe e à boa integração entre os mesmos.

[...] Uma das maiores **facilidades** que eu tenho aqui **é a equipe** que o pessoal aqui veste a camisa e ajuda mesmo sabe, a gente tem que fazer alguma coisa, aí junta todo mundo, lógico que discute, argumentam que é por isso, por aquilo, mas na hora que decide vai fazer, todo mundo ajuda. [...] (E 6).

[...] Então eu acho que primeiro a gente tem que ser sincero com a gente como profissional, ter uma **boa integração com a equipe** é uma coisa [...]. **Facilidades:** eu tenho uma **boa equipe**. [...] (E 7).

[...] **Facilidades** é que a gente trabalha com uma **equipe de saúde** unida, tem vontade de **trabalhar** e acho que é isso. [...] (E 11).

[...] **Facilidade** é aqui no posto, a **coordenação** facilita muito, ajuda muito, o que pode fazer, eles fazem o melhor deles, toda a equipe, faz também o melhor deles pra **facilitar**, para fazer um bom atendimento para a comunidade, pra quando ela chega ser bem **acolhida**. Eu acho que a **facilidade** que tem é essa, de chegar, expor um problema pra aqui, pra a unidade, pra **coordenação** e ela fazer de tudo pra poder **resolver**. Isso **facilita** muito nosso **trabalho** com a **comunidade**. [...] (E 16).

[...] Ah, pra mim **facilidade** [...], a **equipe, gostar da equipe**. [...] (E 18).

[...] As **facilidades** aqui são os **colegas** mesmo do **trabalho**, que são mesmo muito unidos no **trabalho** com o outro. [...] (E 19).

[...] As **facilidades** é uma boa interação que a gente tem aqui com a nossa enfermeira, porque através dela, [...] é essa **boa interação de enfermagem, auxiliar** e com a **enfermeira**. [...] (E 20).

É fácil entender que existe uma interação entre os membros da ESF, o que facilita a atuação da equipe. A outra facilidade está relacionada à enfermeira, que conforme a fala da entrevistada 16, a enfermeira busca solucionar os problemas para facilitar o trabalho da equipe com a comunidade.

Pode-se ver que estes depoimentos divergem de alguns estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF, onde os mesmos averiguaram que a ausência de responsabilidade coletiva no trabalho e o baixo grau de interação entre as categorias profissionais (PEDROSA; TELES, 2001).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui chegamos ao ponto de que talvez devêssemos ter partido. O do inacabamento do ser humano. Na verdade, o inacabamento do ser humano ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento. Mas só entre mulheres e homens o inacabamento se tornou consciente.

PAULO FREIRE (1998)

Os objetivos deste estudo foram analisar o processo de trabalho das equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA, descrever como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA; identificar as tecnologias utilizadas pelas equipes de saúde no processo de trabalho no PSF no município de Jequié-BA e descrever os fatores restritivos e facilitadores do processo de trabalho nas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA.

Pode-se evidenciar, durante a pesquisa, que em todas as ESF não existe a predominância de apenas um tipo de modelo de assistência, mas em uma mesma equipe operam vários tipos de modelo, a depender inclusive, do profissional de saúde que executa o atendimento ao usuário. Percebeu-se a predominância do modelo hegemônico nas ações que são realizados pelos médicos destas equipes de saúde em estudo. Quanto aos enfermeiros, estão mais voltados para o modelo das ações programáticas em saúde no desenvolvimento das ações em saúde aos indivíduos e as famílias. O odontólogo em uma equipe do estudo em seu processo de trabalho utiliza a proposta das Linhas do Cuidado, os demais atuam com base no modelo hegemônico. Os ACS, ACD e os técnicos/auxiliares de enfermagem reproduzem o modelo que está sendo operado pela equipe de saúde.

Em relação à organização do processo de trabalho para atendimento aos usuários, a maioria das equipes de saúde ainda mantém a forma de organização baseada na semana típica, principalmente os profissionais enfermeiros.

No processo da equipe de saúde no PSF, o **acolhimento** foi identificado como estratégia de triagem na unidade, sendo executado primeiramente pelo técnico/auxiliar de enfermagem na equipe. Porém, em situação de urgência e emergência, se o médico ou a enfermeira está presente na equipe, o usuário é encaminhado para o atendimento com um desses profissionais. Em algumas situações, quando não existe mais vaga para o médico, este usuário é conduzido à enfermeira, após atendimento na triagem.

Enfim, no trabalho em equipe no PSF pode-se conhecer como cada profissional de saúde executa o seu trabalho em ato no âmbito individual e coletivo, sendo possível identificar, em algumas situações, a divisão das atividades assistenciais nos programa preconizado pelo MS entre o médico e a enfermeira, sendo que frequentemente, o

enfermeiro é responsável pelo atendimento desta clientela no pré-natal de baixo risco e nos indivíduos com níveis pressóricos da pressão arterial.

As equipes de saúde revelaram que realizam a visita domiciliar dando prioridade aos acamados, para avaliação pelo médico após a visita domiciliar do enfermeiro ou da técnica/auxiliar de enfermagem. O ACS é o profissional que mais realiza as visitas domiciliares, sendo este, em algumas situações, o responsável por indicar o usuário acamado a ser visitado pelos outros membros da equipe de saúde.

Na prática gerencial, o estudo evidenciou o enfermeiro como coordenador de todas as ESF pesquisadas, sendo sua responsabilidade, no processo de trabalho, a gerência dos materiais permanentes e insumos, recursos humanos como a supervisão do ACS e dos técnicos/auxiliares de enfermagem, entre outros. Entretanto, o enfermeiro referiu que para a tomada de decisões na equipe realiza uma gerência compartilhada com os membros da ESF.

Na prática educativa, as equipes desenvolvem as atividades de educação a grupos específicos preconizados pelo MS, como: gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, na sala de espera; algumas equipes realizam a educação nas escolas sobre a prevenção da carie dentária.

No processo de trabalho no PSF, a **prática política** é pouco desenvolvida pelas equipes de saúde no programa, visto que se encontra em fase de implantação do CLS, segundo alguns membros de algumas equipes. Nas equipes em que já existe o CLS implantado e funcionando, os entrevistados referiam ter conseguido a solução de algumas situações difíceis para a equipe, como a contratação do médico para atuar na equipe de saúde, a partir das reuniões do CLS.

Em relação ao emprego das **tecnologias** na equipe de saúde, percebeu-se maior utilização da tecnologia leve-dura e dura no ato do processo de trabalho. Nas ESF do estudo encontram-se profissionais de saúde preocupados em empregar as tecnologias leves no processo de cuidar ao usuário em seu processo de trabalho.

Também, constatou-se que o **planejamento em saúde** nas USF se constitui como uma atividade que, na maioria das vezes, acontece nas reuniões das equipes, sem a participação da comunidade, e em algumas USF com a participação de alguns

membros da equipe. Conforme os depoimentos que nas USF acontece uma gestão compartilhada na tomada de decisões pelos membros das equipes de saúde.

Quanto ao **SIAB**, a sua atualização no Sistema de Informação na Secretaria de Saúde no Núcleo de Informação em Saúde (NIS) para a equipe de saúde é um nó crítico, pois as fichas são atualizadas durante as visita domiciliar do ACS e posteriormente são encaminhadas para a SMS. Entretanto, encontramos equipes em que os dados das famílias cadastradas pelas equipes de saúde na consolidação da Situação de Saúde e Acompanhamentos das Famílias na Área (SSA2) não convergem com a consolidação dos dados da ficha A deste núcleo de informação.

Ainda em relação ao SIAB, é o enfermeiro na equipe de saúde o responsável pela consolidação dos dados da produtividade mensalmente o SSA2. Os demais profissionais de saúde das equipes se sentem apenas com a responsabilidade do preenchimento da ficha D, com exceção do ACS que em seu processo de trabalho utilizam as fichas B Gestantes, Hipertensão e Diabetes e Hanseníase além da ficha D, diariamente.

Quanto ao fluxo do usuário na ESF verificou-se que a porta de entrada, em algumas equipes, é a recepção da USF, sendo que referida unidade existem tensões e conflitos entre o usuário e o agente administrativo. Em outras equipes de saúde o fluxo do usuário acontece pela triagem com o técnico/auxiliar de enfermagem.

Atualmente, o fluxo do usuário na rede do sistema é realizado com a marcação, em dia pré-determinado pela CERAJE, sendo a garantia dos exames aos usuários nas especialidades médicas considerada um ponto crítico, devido ao número insuficiente de cota, disponibilizado mensalmente no SRCA às USF.

Quanto aos retrocessos vivenciados pela equipe de saúde no PSF, os profissionais de saúde relataram as péssimas condições de trabalho, estrutura física da USF inadequada, a carência de recursos materiais (como equipamentos e medicamentos) para atenção aos indivíduos e as famílias nas equipes de saúde.

Outro retrocesso identificado pelas equipes de saúde é a dificuldade no acesso do usuário aos outros níveis da rede de saúde, principalmente para a realização de exames especializados, como avaliação com cardiologistas, urologistas, obstetras, entre outros.

As equipes de saúde referiram que uma das facilidades para atuarem nas ESF é a integração que existe entre os membros da equipe para o desenvolvimento do processo de trabalho. Entretanto, na prática do trabalho da equipe verifica-se a divisão dos trabalhos e dos conhecimentos especializados.

Conclui-se que para que as ESF se comprometam com a efetivação do SUS e se responsabilizem pela saúde dos usuários, os profissionais de saúde devem garantir a resolubilidade dos problemas de saúde mediante a produção de novas tecnologias para o cuidado, (tecnologias leves e leves-duras), por meio da ruptura de práticas médicas hegemônicas do sistema, com o propósito de produzir uma atenção à saúde de qualidade nos microespaços do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 5, n. 9, p. 150-153, Agos. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2011.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yalhe. O saber da enfermagem e sua dimensão prática In: PEDUZZI, Marina. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança no processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-116, jul./dez., 2007.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista. O trabalho de equipes de saúde da família de Itabuna e Ilhéus, Bahia. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho; SILVA, Natiane Carvalho. **Acolhimento: necessidade e desafio**. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento_-_necessidade_e_desafio_cristina_setenta_et_al.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AQUINO, Rosana. Estratégia de saúde da família. In: **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, Salvador: SESAB/ISC/UFBA, 2001.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

_____. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**. v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Dimensões teóricas e metodológicas na produção do cuidado em saúde In: _____. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.

_____. Produção do cuidado no programa de saúde da família de um município da região Nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: _____. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Centro de informação em saúde**. Salvador, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor de; SOUSA, Luzia Costa de. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988, 175p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, Diário Oficial da União, 1990a.

_____. **Lei Nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União, 1990b.

_____. **Norma operacional básica do SUS - NOB 01/93**, Doc. 70. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Norma operacional básica do SUS- NOB 01/96**, Doc. 70. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996**: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria Executiva. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2001**, institui a equipe de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Norma operacional de assistência à saúde – NOAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. **Norma operacional de assistência à saúde – NOAS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a.

_____. **Lei Nº 10.507 de 10 de julho de 2002**, cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Senado Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Portaria Nº 2048/GM de 5 novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. **Portaria Nº 371/GM de 04 de março de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Institui a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Institui o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília-DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clinica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Sala de situação em saúde.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 19 jul. 2010a.

_____. **Lei Nº 421 de 5 de março de 2010,** institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET Saúde) e o PET Saúde/Vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2010b.

_____. **Programa saúde da família.** Disponível em: <<http://www.gov.psf/menu.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2011.

_____. **Portaria Nº 2.027/GM de 25 de agosto de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 9, p.150-153, agos. 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 43-65, jan./jun. 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, p. 113-126, 2001.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.53, n. especial, p.143-147. 2000

COELHO, Márcia Oliveira. JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1523-1531, set./out. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **11ª CNS: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à Saúde, com controle social**. Termos de Referência para desenvolvimento dos sub-temas. Out. 2000.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. Saúde e sociedade. In: PEDUZZI, Marina. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 419-426.

FACCHINI, Luiz Augusto. Por que a doença? A interferência causal e os outros teóricos da análise. In: PEDUZZI, Marina. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 419-426.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; FRANCO, Túlio Batista. **Projeto o Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e suas valises**. Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades**. 2008. 309f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta, FRANCO, Túlio Batista, MERHY, Emerson Merhy. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno saúde pública**. v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FEURWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente ao processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 9, n. 18, p.489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2011.

FIGUEREDO, Luana Alves de et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Caderno saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 418-423, 2010.

FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, Túlio Batista. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde**. 2003. 240f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

_____. O uso do fluxograma descritor para análise do processo de trabalho em saúde. In: **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; PANIZZI, Mirvaine; FOSCHIERA, Marlene. O “acolher chapecó” e a mudança do processo de trabalho no programa saúde da família (PSF). In: **Divulgação em saúde para debate**. n. 30, Rio de Janeiro, mar. 2004.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Franco; MERHY, Emerson Elias. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de saúde da família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al (Orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FRANCO, Túlio Franco; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da estratégia de saúde da família. In: FRANCO, túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho Ferreira (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta. Relatório de pesquisa “**A produção do cuidado na rede básica**”. Disponível em: <<http://www.ba.uesc.br/atencaosaude>>. Acesso em: 8 set. 2011.

FRANCO, Túlio Batista. **Processo de trabalho em saúde**. s.d. (digitado).

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método II: complementos e índice**. 2 ed. Petrópolis-BAGANÇA Paulista: Universitária São Francisco, 2004.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2011.

GOMES, Liane Oliveira Souza. **Processo de trabalho no programa de saúde da família: desafios vivenciados pelo profissional Enfermeiro**. 2010. 86f. Monografia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

GOMES, Liane Oliveira Souza; NASCIMENTO, Maristella Santos. **Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: desafios vivenciados pelo profissional enfermeiro**. I Congresso Brasileiro de Política Planejamento e Gestão em Saúde. Abrasco, 2010.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. 1. ed. 5. reimp. São Paulo: 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Censo 2010**. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2002/2005**. Jequié-BA, 2002 (Doc. 7).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2006/2009**. Jequié-BA, 2006 (Doc. 8).

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié, 2006 (Doc. 1).

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié, 2007 (Doc. 2).

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié, 2008 (Doc. 3).

_____. **Relatório da V Conferência Municipal de Saúde**. Jequié, 2008 (Doc. 6).

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié, 2009 (Doc. 4).

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié, 2010 (Doc. 5).

LIMA, Wilza Carla Mota Brito; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Revista baiana de saúde pública**. v. 34, n. 3, p. 439-449, jul./set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Mudando o processo de trabalho na rede pública**: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1928/4395>>. Acesso em: 26 set. 2010.

MARCOLINO, Janaina de Souza; SCOCHI, Maria José. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das ESF. **Revista gaúcha de enfermagem**. (On line). v. 31, n. 2, p. 314-320, jun. 2010.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos Processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista gaúcha enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 17-25, abr., 2004.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I e II.

MARX, Karl. **O capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MEDICI, André César et al. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. In: PEDUZZI, Marina. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 419-426.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2002.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDONÇA, Margarete Knoch. **Licença, posso entrar?** As visitas domiciliares nos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família e a integralidade. 2008. 380f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

MERHY, Emerson Elias. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emersom Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. A perda da dimensão cuidadora da produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência, In: CAMPOS, César Rodrigues et al. **Sistema único de saúde em belo horizonte:** reescrevendo o público, São Paulo: Xamã, 1998.

_____. **Cuidado com o cuidado em saúde.** Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida o ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Campinas, 2004.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHRY et al. **O trabalho em saúde:** olhando experimentando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2010.

MISHIMA, Silvana Maria. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto.** 1995. 355f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, Silvana Martins et al. **Trabalhadores de saúde:** problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2001.

NASCIMENTO, Ângela Alves do et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo et al (Orgs.). **Produção do cuidado no programa saúde da família:** olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EduUFBA, 2010.

NASCIMENTO, Maristela Santos. **Práticas da Enfermeira no Programa Saúde da Família: a interface da Vigilância da Saúde versus as Ações Programáticas em saúde.** 2003. 206f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NEMES, Maria Inês Baptistella. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lília Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica de saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NUNES, Cristiane Abdon. Processo de trabalho em saúde: texto de apoio utilizado no treinamento introdutório das equipes de saúde da família. In: BAHIA. Secretaria da Saúde. Pólo de Capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família.** Salvador, 2001, p.133.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo, Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994.

_____. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia, ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan, 2003.

_____. Modelo de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PANIZZI, Mirvaine; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; MOSCHETTA, Jaqueline Diehl Franco. Saúde bucal: em busca da universalidade, da integralidade e da equidade. In: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; FOSCHIERA, Marlene Madalena Possan; PANIZZI, Mirvaine. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004.

PEDUZZI, Marina. **A equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação?** 1998. 270f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. Trabalho em equipe. In: **Dicionário de educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 419-426.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda de uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

PINTO, Carlos Alberto Gama. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC – Papa Livros, 1999.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Treinamento introdutório das equipes de saúde da família: um instrumento de transformação de práxis?** 2005. 228f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana – UEMS, Feira de Santana-Ba, 2005.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, história natural e prevenção de doença. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

SAKATA, Karen Namie et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov./dez., 2007.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri et al. Visita domiciliar: atuação do graduando em enfermagem na saúde da família. **Revista enfermagem atual**. Rio de Janeiro, v. 58, p. 5-7, 2010.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Saúde bucal: da fragmentação à integralidade**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

SCARAZATTI, Gilberto Luiz. AMARAL, Márcia Aparecida do. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires. (org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista ciência e saúde coletiva** [online], v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>> Acesso em: 2 jan. 2011.

SHIMIZU, Helena Eri; DYTZ, Jane Lynn G; LIMA Maria da Glória; MOURA, Ana Socorro de. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. **Revista latino-americana de enfermagem**. Set./Out., v. 12, n. 5, p. 713-720, 2004.

SILVA, Ana Caroline de Medina Alves et al. A Estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distintos do município de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde sociedade**. v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100013>. Acesso em: 15 jun. 2011.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny Alves Bonfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, Jair Magalhães. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-Ba**: a dialética entre a teoria e a prática. 2006. 230f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SILVA JUNIOR, Alúcio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998, 143p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza; (Orgs.). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (Orgs.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: ISC, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança no modelo de atenção á saúde no sus: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA; Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da Família**. Salvador: Edufba, 2006

_____. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA; Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da Família**. Salvador: Edufba, 2006.

TRAESEL, Cláudia Adriani et al. Educação em saúde: fortalecendo a automização do usuário. In: FRANCO, Túlio Btatista et al. (Orgs). **Acolher chapecó: uma experiência de mudança no modelo de assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS revista saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2011.

VIDAL, Lícia Marques. **Processo de trabalho na prática gerencial: desafios para um novo 'fazer' em Saúde da Família**. Dissertação 2010. 211f. (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA, 2010.

VILABOAS, Ana Luiza; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: BAHIA. **Manual para Treinamento Introductório das equipes de Saúde da Família**. Pólo de capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Salvador: SESAB/ISC/UFBA, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
 NA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE.

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Analisar o processo de trabalho das equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA.

Objetivos Específicos:

- ↳ Descrever como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA;
- ↳ Identificar as tecnologias utilizadas pelas equipes de saúde no processo de trabalho no PSF no município de Jequié-BA;
- ↳ Descrever os fatores restritivos e facilitadores do processo de trabalho nas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-Ba.

PARTICIPAÇÃO: A integração a pesquisa será de modo voluntário ficando a critério da equipe de saúde autorizar a utilização das informações audiogravadas, não havendo nenhuma penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, pois os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para terceiros. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer subsídios para que a equipe de saúde reflitam sobre a organização do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família, o que poderá proporcionar uma reorganização no PSF no processo de trabalho da equipe de saúde.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação, e divulgação em eventos técnicos-científicos nacionais e internacionais.

Assinatura: _____



COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontrados no endereço abaixo:

_____ Jequié, / / 2011.

Pesquisadora responsável

_____ Jequié, / / 2011.

Pesquisador colaborador

EDUARDO NAGIB BOERY

Tel: (73)3528-9623 (Departamento de Saúde) /3528-9738 (Sala do Mestrado)

e-mail: eduardoboery@fapesb.ba.gov.br

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA - CEP: 45206-190

LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES

Tel: (73)3528-7130 (Hospital Geral Prado Valadares)

e-mail: lianegomesmm@hotmail.com

End: Rua São Cristovão, S/N - Centro/Jequié-Ba – CEP: 45203-110

APÊNDICE B: Roteiro para entrevista semi-estruturada.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: NA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
GRUPO - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nº do Entrevistado: _____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Caracterização do sujeito:

- Idade: _____ Sexo: M () F ()
 - Local de trabalho: _____
 - Função/Cargo: _____
 - Tempo de formado(a): _____
 - Tempo de serviço na ESF: _____ Regime de trabalho. _____
 - Carga horária: _____
 - Tem duplo vínculo? Sim () Onde _____ Não ()
 - Pós-graduação: _____ Sim () Área _____ Não ()
 - Não se aplica ()
 - Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não
 - Participou de algum curso de atualização? () Sim () Não
- Qual(is): _____

2. Ano de implantação da ESF no município de Jequié;

3. Caracterização da área de abrangência da ESF

4. Localização da área de adscrição:

- Composição da ESF
- Estrutura física da USF

5. População adscrita:

- Número de famílias cadastradas na área
- Número de pessoas residentes na área.
- Número de famílias por agentes comunitários de saúde

6. Instrumentos utilizados pela equipe de saúde no processo de trabalho

- Acolhimento
- Escuta
- Planejamento
- Sistema de Informação da Atenção Básica

7. Questões disparadoras:

7.1 Identificar o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde no PSF;

7.1.2 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde no PSF.

7.1.3 Na realização destas atividades quais as tecnologias que você utiliza, para cuidar dos indivíduos e das famílias.

8. Práticas desenvolvidas:

- Prática assistencial
- Prática gerencial
- Prática educativa
- Prática política

8.2 Quais as dificuldades e facilidades encontradas nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde no PSF. Exemplo?

8.3 Avanços, limites e possibilidades enfrentadas no trabalho pela equipe de saúde no PSF.

APÊNDICE C: Roteiro para observação



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

PROJETO DE PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: NA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE.

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

- Carga horária de trabalho da equipe de saúde na USF.
- Número de ACS e número de famílias cadastradas por microárea.
- Estrutura física da USF;
- A semana típica e os horários de atendimento
- Equipamentos disponíveis nas USF;
- A recepção dos usuários na USF (porta de entrada no sistema de saúde);
- Instrumentos utilizados para o registro e os encaminhamentos dos usuários pela ESF (sistema de referência e contrarreferência);
- A prática da equipe no processo de trabalho está operacionalizada ou desenvolvida para que tipo de modelo: o modelo hegemônico, o modelo da vigilância à saúde ou o modelo das ações programáticas em saúde;
- As atividades de educação em saúde;
- O acesso dos usuários a USF e a rede no sistema de saúde;
- A resolubilidade às necessidades de saúde das famílias da área de abrangência da USF;
- Desenvolvimento do trabalho pelas equipes de saúde no PSF;

- Dispositivos utilizados no processo de cuidar pela equipe de saúde no PSF e como são utilizados pelos mesmos. Quais os recursos utilizados neste dispositivos?
- Organização do processo de trabalho pela equipe de saúde no PSF (SIAB e Planejamento em Saúde);
- As dificuldades e facilidades identificadas durante o trabalho da equipe de saúde no PSF

ANEXOS

ANEXO A: Semanas típicas das Equipes de Saúde da Família – Zona Urbana, Jequié-BA, 2011.

Semana típica da USF 1

USF Isa Cléria - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	HIPERDIA	Crescimento e Desenvolvimento	Crescimento e Desenvolvimento	Pré-Natal	HIPERDIA
Tarde	Visita domiciliar	Crescimento e Desenvolvimento	Visita domiciliar	Atenção à mulher	Reunião da Equipe

Semana típica da USF 2

USF Senhorinha Ferreira de Araújo - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	HIPERDIA	HIPERDIA	Pré-natal	Crescimento e Desenvolvimento	HIPERDIA
Tarde	Reunião da Equipe	Planejamento Familiar	Preventivo	Crescimento e Desenvolvimento	Gerência

Semana típica da USF 3

USF Dr^a Tânia Diniz C. Leite de Britto - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	CD	HIPERDIA	CD	HIPERDIA	Pré-natal
Tarde	Planejamento Familiar	Visita domiciliar	Trabalho de grupo e reunião com os ACS	Visita domiciliar	Reunião da Equipe

USF Dr^a Tânia Diniz C. Leite de Britto - Médica

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Visita domiciliar	Atendimento da Triagem	Atendimento da Triagem	Atendimento da Triagem	Atendimento da Triagem
Tarde	Adulto e Criança	Pré-Natal	Adulto e Criança	HIPERDIA	Reunião da Equipe

Semana típica da USF 4

USF Idelfonso Guedes

Na recepção da USF, não consta a semana típica exposta.

Semana típica da USF 5

USF Odórico Mota - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Crescimento e Desenvolvimento	HIPERDIA	Pré-Natal	Visita domiciliar	Preventivo
Tarde	Crescimento e Desenvolvimento	HIPERDIA	Reunião com os ACS	Planejamento Familiar	Reunião

USF Odórico Mota - Médica

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Adulto	Adulto	Adulto	Adulto	Folga
Tarde	Crescimento e Desenvolvimento	Visita domiciliar	Crescimento e Desenvolvimento	Crescimento e Desenvolvimento	Folga

Semana típica da USF 6

USF Gilson Pinheiro - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Visita domiciliar	Pré-Natal	Crescimento e Desenvolvimento	Saúde da mulher	Planejamento Familiar
Tarde	Crescimento e Desenvolvimento	Atividade educativa	HIPERDIA	HIPERDIA	Reunião da equipe

Semana típica da USF 7

USF João Cariccho Filho - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Planejamento Familiar	HIPERDIA	Pré-Natal	Crescimento e Desenvolvimento	Visita domiciliar
Tarde	HIPERDIA	Atividade educativa	Crescimento e Desenvolvimento	Preventivo	Reunião

Semana típica da USF 8

USF Antônio Carlos Martins - Enfermeira

Horário Dias da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Planejamento Familiar	Hiperdia	Pré-Natal	Crescimento e Desenvolvimento	Atividade educativa
Tarde	Visita domiciliar	Hiperdia	Preventivo	Crescimento e Desenvolvimento	Reunião da equipe

USF Antônio Carlos Martins - Médico

Horário Dias da semana	Segunda- feira	Terça-feira	Quarta- feira	Quinta- feira	Sexta-feira
Manhã	-	-	-	Consulta médica	Reunião da equipe
Tarde	Consulta médica	Consulta médica	Consulta médica	Consulta médica	

ANEXO B: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 206/2010
CAAE: 0041.0.454.000-10

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *Processo de Trabalho no Programa de Saúde da Família: sob a ótica da Equipe de Saúde*

Pesquisador Responsável: Liane Oliveira Souza Gomes

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde – Saúde Coletiva

II - Objetivos:

Geral

. Analisar o processo de trabalho das equipes de saúde no programa de Saúde da Família (PSF) no município de Jequié-BA.

Específicos:

- Conhecer como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no programa de Saúde da Família no município de Jequié-BA;

- Identificar os desafios vivenciados pelas equipes de saúde no processo de trabalho no programa de Saúde da Família no município de Jequié-BA.

III – Sumário do projeto:

Este estudo aborda o processo de trabalho na equipe de saúde do programa Saúde da Família (PSF). Será desenvolvido no município de Jequié-BA e vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - nível de Mestrado – da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no ano de 2010-2011. O PSF ao ser implantado no município propõe a reorientação do modelo de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de mudança dos modelos de atenção médico hegemônico, para o da vigilância à saúde. Assim, este estudo tem como objeto o processo de trabalho da equipe de saúde no PSF, cujo objetivo geral: analisar o processo de trabalho das equipes de saúde PSF no município de Jequié-BA e os objetivos específicos: conhecer como se constitui o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no PSF no município de Jequié-BA e identificar os desafios vivenciados pelas equipes de saúde no processo de trabalho no programa de Saúde da Família no município de Jequié-BA. Metodologia: Estudo qualitativo numa perspectiva hermenêutica-dialética, tendo como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise documental. O campo do estudo é o município de Jequié-BA, sendo o cenário do estudo as equipes de Saúde da Família (ESF). Os sujeitos deste estudo serão dois grupos: grupo I - os médicos, enfermeiros, odontólogos, Agentes Comunitário de Saúde (ACS), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e os auxiliares de enfermagem das ESF e o grupo II - os formuladores de políticas (a Secretária Municipal de Saúde, a Diretora da Atenção Básica e a Coordenadora do PACS/PSF) do município. Após submissão do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), os dados serão coletados nas equipes de Saúde da Família, atendendo a Resolução 196/96 do CNS quanto ao anonimato, ao sigilo e ao respeito dos informantes neste estudo. Para tanto, os mesmos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a análise dos dados utilizaremos o método hermenêutico-dialético. Este estudo contribuirá para que os profissionais de saúde, equipe e gestores reflitam a respeito do processo de trabalho na ESF, sobre o que está preconizado na legislação do SUS e o que está sendo executado na prática na organização do programa, o que poderá proporcionar uma reestruturação das práticas de saúde no processo de trabalho destas equipes de saúde no município.

IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta os documentos exigidos para a sua apresentação ao CEP/UESB. Segue-se a isso uma série de argumentações sob o título de construção do objeto de estudo, mencionando dados históricos do processo de formulação e organização da saúde pública, notadamente do SUS, destacando



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

neste a discussão sobre os dois modelos assistenciais vigentes: modelo hegemônico e modelo de vigilância à saúde na proposta do PSF. Destacam-se também nesse tópico duas questões norteadoras e os pressupostos teóricos.

O referencial teórico, por seu turno, salienta como primeiro tópico os eixos norteadores: a vigilância à saúde e o programa de saúde da família, apresentando vasta discussão sobre esse processo. O segundo tópico destaca o processo de trabalho no programa de saúde da família, recordando os aspectos específicos que se dão nesse processo. O terceiro item discute o processo de trabalho na equipe de saúde da família, com destaque para a sua organização orientada pela multidisciplinaridade dos profissionais que aí atuam. Em seu quarto item apresenta os dispositivos do processo de trabalho no programa de Saúde da Família, dirigidos pelo tripé: acolhimento, vínculo e escuta.

Em relação à metodologia o estudo se caracteriza como hermenêutico-dialético, de abordagem qualitativa. O campo da pesquisa o município de Jequié/BA. O cenário da pesquisa serão as vinte e sete equipes de Saúde da Família do município de Jequié/BA, tendo como critério de inclusão, a saber: equipes completas seguindo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, equipes de zona urbana e rural e destas apenas as equipes únicas (ficou faltando um pouco mais de esclarecimento). Os sujeitos deste estudo constituirão dois grupos: o grupo I – serão 30 profissionais das ESF preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), a saber: enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dentário (ACD), auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o grupo II – 03 três formuladores das políticas que são os gestores da saúde no município (a Secretaria Municipal de Saúde, a Diretora da Atenção Básica e a Coordenadora do PACS/PSF). As técnicas para a coleta de dados serão a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise documental. A entrevista semi-estruturada permite a interação direta entre o pesquisador e os atores sociais, utilizando o gravador durante a realização das entrevistas e a posterior transcrição das informações gravadas. A segunda técnica a ser utilizada será a observação sistemática, empregando o roteiro de observação (APENDICE D). Por fim, será utilizada a análise documental, como fontes secundárias, tais como: os relatórios de gestão do período de 2006 a 2010, o relatório da 5ª Conferência Municipal de Saúde (2008), os planos municipais de saúde (2006 e 2010) e as portarias ministeriais. O projeto também contempla os aspectos éticos da pesquisa, mediante o cumprimento da Resolução 196/1996. A análise dos dados será feita mediante a hermenêutica dialética, seguindo três fases para análise dos dados: 1) Ordenação dos dados: (a) transcrição das fitas cassetes; (b) releitura do material; (c) organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação; (d) organização dos dados de observação, também em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação; 2) Etapa II – "leitura transversal" do "corpus de comunicações", estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que constituem a análise, na busca de confrontar suas idéias e identificar as convergências, divergências e o "diferente" nos quadros confrontados; 3) Análise final dos dados.

O projeto apresenta ainda um cronograma financeiro que vai do julho de 2009 a dezembro de 2011, reservando inclusive o tempo para o encaminhamento e aprovação do CEP/UESB. Apresenta também um cronograma financeiro detalhado, seguido da observação de que as despesas serão custeadas pelos próprios pesquisadores. Apresenta considerável conjunto de referências.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Considerando a importância do estudo e a sua adequação técnica, nosso parecer é pela aprovação do projeto.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 02 de dezembro de 2010

Ana Barbosa
Prof^ª. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXOS C: Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



TERRA DE TODOS NÓS

Ofício 020/2011 - PPGES

Jequié 25 de Fevereiro de 2011.

Ilma. Sr^a. Stela Souza
Secretária de Saúde do Município de Jequié

Assunto: Autorização para a coleta de dados.

Prezada Secretária,

Solicitamos a vossa senhoria, autorização para que a mestranda Liane Oliveira Souza Gomes, possa realizar coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família, em continuidade ao projeto intitulado: "PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB A ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE" aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB, sob o número de protocolo 206/2010, pertencente a linha de pesquisa de Planejamento e Gestão do Sistema de Saúde, sob a orientação da prof. Eduardo Nagib Boery.

Sendo assim, solicitamos vossa colaboração em fazer os encaminhamentos necessários.

Atenciosamente,

*Cezar Augusto Casotti**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB*

Autorizado!
Alencar
Leynara Alves Novas dos Santos
Diretora Depto. Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Jequié - Bahia
14/03/2011

