

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva

Marjorye Polinati da Silva Vecchi

**O TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE**

Juiz de Fora
2014

Marjorye Polinati da Silva Vecchi

**O TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Marcia Saraiva Campos

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Polinati da Silva Vecchi, Marjorye .
O TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE / Marjorye Polinati da Silva Vecchi. -- 2014.
137 f. : il.

Orientador: Estela Marcia Saraiva Campos
Coorientador: Beatriz Francisco Farah
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Integralidade. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Processo de trabalho. I. Saraiva Campos, Estela Marcia , orient. II. Francisco Farah, Beatriz , coorient. III. Título.

MARJORYE POLINATI DA SILVA VECCHI

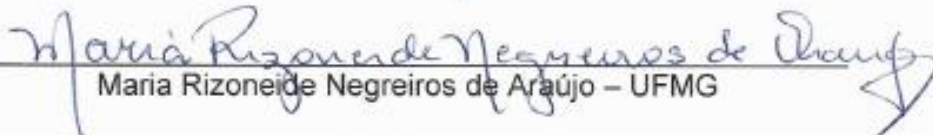
“O Trabalho das Equipes de Saúde da Família na Perspectiva da Integralidade da Atenção à Saúde.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 19/12/2014



Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF



Maria Rizonete Negreiros de Araújo – UFMG



Gislene da Silva Alves – UFJF

Dedico este trabalho a todos os profissionais das equipes de saúde da família do município de Piraúba, que participaram e contribuíram para essa pesquisa e com os quais compartilho o desejo de uma atenção à saúde integral e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, base de tudo, por fortalecer e iluminar minha caminhada e me proporcionar sabedoria e direção na concretização dos meus sonhos.

Aos meus filhos William e Ana Luísa, fonte de minha inspiração, força e persistência diante dos desafios da vida. Obrigada por compreenderem os momentos difíceis desse percurso.

Aos meus pais (in memoriam) pelos valores transmitidos que me conduziram ao caminho da fé, trabalho e perseverança.

Ao meu esposo Silder, pela paciência, compreensão diante de minhas ausências. Por compartilhar comigo as alegrias e angústias dessa dissertação.

À orientadora professora Dra. Estela Márcia Saraiva Campos e à coorientadora professora Dra. Beatriz Francisco Farah pela dedicação, paciência e orientações precisas. Pelas manhãs e tardes que se dedicaram às revisões que me nortearam na construção dessa dissertação.

Às professoras Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo e Dra. Girlene Alves da Silva por aceitarem o convite para avaliar essa pesquisa. Obrigada pelas valiosas contribuições ao estudo.

Aos professores do Mestrado de Saúde Coletiva pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.

Aos funcionários do NATES pela acolhida, com afeto e gratidão à Elisângela dos Santos Martins, pela pronta atenção.

A todos os colegas do mestrado, pela amizade e apoio, em especial Glenda, Evandro, Lívia, Melissa, Natália e Alice. Conhecê-los tornou essa trajetória mais suave e representou para mim crescimento pessoal.

À Prefeitura Municipal de Piraúba e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio e oportunidade no desenvolvimento dessa pesquisa. Um agradecimento especial para Luciana e Claudia.

Aos meus familiares que torceram e incentivaram essa conquista.

Ao meu sogro (in memoriam) pelo incentivo ao mestrado e à carreira docente.

Aos amigos Luciana e Giuliano pela acolhida e apoio durante minha estadia em Juiz de Fora.

Aos amigos que estiveram ao meu lado nos momentos difíceis, pelo companheirismo.

À Roberta Vecchi pela amizade e ajuda na revisão desse trabalho.

À Anelise pela colaboração e parceria na formatação desse trabalho.

Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma especialidade.

É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.

Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias para determinar com exatidão seu lugar a seus próximos e à comunidade.

Albert Einstein

RESUMO

Na Estratégia Saúde da Família as equipes devem organizar seu processo de trabalho orientando-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde, dentre os quais a integralidade, princípio capaz de potencializar um cuidado à saúde mais resolutivo, centrado no usuário e em suas múltiplas necessidades em saúde. Este pressuposto subsidiou a realização desse estudo que tem como objetivo analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, assim como identificar os avanços e desafios relacionados à implementação de uma assistência integral por parte dessas equipes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 33 profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal de três unidades de Saúde da Família de um município da zona da mata de Minas Gerais. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista coletiva com os profissionais de cada equipe trabalhada em dois momentos: o primeiro momento objetivou apreender as compreensões sobre integralidade; o segundo momento, suscitou a reflexão dos profissionais sobre suas práticas a partir dos resultados da autoavaliação realizada em 2013 quando do segundo ano do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade no município. Foi dado destaque a dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde do instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade. Para análise, as informações obtidas no segundo momento da entrevista foram confrontadas com as do primeiro momento de modo a verificar coerência entre os saberes e práticas dos profissionais das equipes. De modo complementar analisou-se também documentos da Secretaria Municipal de Saúde. A análise foi orientada à luz da análise de conteúdo, proposta por Bardin e possibilitou a criação de categorias de análise que integraram os dois momentos. Os resultados desvelaram que os profissionais das equipes possuem dificuldades em articular a concepção de integralidade com as práticas profissionais e encontram obstáculos que interferem na organização do processo de trabalho em direção à integralidade destacando: contratos de trabalho precários, a carência de um programa de educação permanente, a falta de planejamento integrado de ações, problemas na referência e contra referência, burocracia na comunicação intersetorial; problemas na aplicação do instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade nas equipes e falta de feedback dos resultados dessa autoavaliação. Verifica-se que o processo de trabalho do município não está orientado pela integralidade, mas estruturado nos moldes biomédico curativista. Espera-se que essa pesquisa possa subsidiar as ações para reorganização do processo de trabalho das equipes na perspectiva da integralidade visando melhorias na qualidade assistencial do município.

Palavras-chave: Integralidade. Estratégia Saúde da Família. Processo de trabalho.

ABSTRACT

On the Family Health Strategy, teams must organize their work process, guiding themselves by the principles of the Health System, especially the integrality, which enables the enhancement of a more unwavering health care, focused on the users and in their multiple health needs. Such assumption supported the accomplishment of this study, which has the purpose of analyzing the work process of the Family Health teams under the perspective of health care integrality, as well as identifying the improvements and challenges related to the implementation of an unabridged care by these teams. It is a qualitative research, performed with 33 professionals of Family Health and Oral Health teams from three Family Health unities of a town in the forest zone of Minas Gerais. As instrument of data collection, a press conference with the professionals of each worked team was made in two points: the first one with the purpose of learning the understandings about integrality; the second one aroused the professionals' reflection regarding their practices, from the results of a self-assessment performed in 2013 on the second year of the National Program of Quality and Access Improvements in the town. It was given emphasis on the dimensions of Permanent Education, Work Process and Integral Health Care on the Access and Quality Improvement Self-Assessment. For the analysis, the acquired information on the second point was confronted with the information on the first point, in order to check the consistency between the team professionals' knowing and practice. Complementary, documents from the town's Health Department were also analyzed. The analysis was performed in light of the content analyses proposed by Bardin, and allowed the creation of analysis categories, which composed both studied points. The results unveiled some difficulties of the team professionals to articulate the concept of Integrality with professional practices, which brings them to obstacles that interfere on the work process organization towards integrality itself, such as: poor work contracts, lack of permanent education program, lack of integrated action planning, problems regarding reference and counter reference, intersectorial communication bureaucracy; issues regarding Access and Quality Improvement Self-Assessment application for the teams and lack of feedback from the results of this self-assessment are amongst these obstacles as well. It has been verified that the work process in the town is not orientated by integrality. Instead, it is structured in biomedical curative molds. It is hoped that this research may provide the actions to rearrange the work process on the teams under the perspective of integrality, aiming to improve the health care quality in the town.

Keywords: Integrality, Family Health Strategy, Work Process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Conformações do sistema de atenção à saúde	28
Figura 2.	Diagrama dos fatores que influenciam o processo de trabalho das equipes de saúde da família.....	41
Figura 3.	Mapa da localização da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais.....	45
Figura 4.	Mapa da localização do município de Piraúba na microrregião de Ubá/MG	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Unidades de análises do Instrumento AMAQ/ 2013, partes I e II, e suas respectivas dimensões	50
Quadro 2.	Unidade de Análise equipe AB - Parte I AMAQ - 2013	51
Quadro 3.	Unidade de Análise equipe Saúde Bucal - Parte II AMAQ - 2013.....	51
Quadro 4.	Classificação de desempenho referente aos padrões de qualidade - Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal – AMAQ/2012.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para melhoria da Qualidade da Atenção Básica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SES/MG	Secretaria de Estado de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE APS: DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS E MECANISMOS DE AVALIAÇÃO	21
3	A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE	25
3.1	AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE	26
3.2	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE	32
4	PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	37
4.1	DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE VOLTADO PARA A INTEGRALIDADE	39
5	OBJETIVOS	43
5.1	OBJETIVO GERAL	43
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
6	A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	44
6.1	CENÁRIO DO ESTUDO	44
6.2	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTUDO	48
6.3	SUJEITOS DA PESQUISA	48
6.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
6.5	A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	54
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
7.1	SABERES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS (PRIMEIRO MOMENTO DA ENTREVISTA COLETIVA)	56
7.1.1	Concepções de integralidade pelos profissionais das equipes de saúde da família	59
7.1.1.1	<i>A integralidade no atendimento das necessidades em saúde</i>	59
7.1.1.2	<i>A integralidade como um conjunto de ações (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação)</i>	63
7.1.2	A percepção da integralidade nas práticas profissionais	64

7.1.2.1	<i>Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças</i>	64
7.1.2.2	<i>Acolhimento e vínculo</i>	67
7.1.2.3	<i>Visita domiciliar</i>	70
7.1.3	Avanços e desafios relacionados a um atendimento integral	72
7.1.3.1	<i>Avanços relacionados a um atendimento integral</i>	72
7.1.3.1.1	Atendimento às necessidades em saúde do paciente.....	72
7.1.3.1.2	Trabalho em equipe.....	74
7.1.3.2	<i>Desafios relacionados ao atendimento integral</i>	77
7.1.3.2.1	Falta de adesão da comunidade às propostas da ESF	77
7.1.3.2.2	Problemas na operacionalização da rede de atenção.....	83
7.1.3.2.3	Rotatividade de Profissionais	88
7.2	PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE: DIALOGANDO COM OS RESULTADOS DE AUTOAVALIAÇÃO (SEGUNDO MOMENTO DA ENTREVISTA).....	90
7.2.1	Reflexões sobre os resultados do AMAQ/2013 nas subdimensões analisadas	92
7.2.1.1	<i>Subdimensão Educação Permanente e qualificação da equipe de atenção à saúde</i>	92
7.2.1.2	<i>Subdimensão: Organização do Processo de trabalho</i>	95
7.2.1.3	<i>Subdimensão Atenção Integral</i>	102
7.2.2	Reflexões dos profissionais sobre o processo de autoavaliação AMAQ/2013	107
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	134

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de 1994 trouxe a proposta de reorientar o modelo assistencial de saúde, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde. Tem no cerne de suas diretrizes melhorar o atendimento à saúde, pautando-se na territorialização, ampliação do acesso aos serviços, acolhimento e vínculo dos usuários e na busca por maior resolutividade para os principais problemas de saúde de uma comunidade (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

As equipes de profissionais que compõem a ESF orientam suas ações de acordo com os princípios do SUS e da Atenção Básica, especificamente sob a ordenação da integralidade que se coloca como uma diretriz norteadora da organização de seus processos de trabalho, com vistas ao alcance de um cuidado mais resolutivo, contínuo e mais ajustado às necessidades em saúde (BRASIL 2012a; KANTORSKI et al., 2009).

A Integralidade tem seu fundamento conceitual na Lei 8.080 de 1990, a qual expressa a necessidade de organização dos serviços de saúde para a oferta contínua de um conjunto de ações preventivas e assistenciais, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Tomando tal entendimento é que Mattos (2005) apresenta uma concepção de integralidade na perspectiva multidimensional e sob a qual este estudo procurou se ancorar. A integralidade compõe as dimensões das práticas dos profissionais, a organização destas e a dimensão política que viabiliza tais práticas. Na dimensão prática, a integralidade possibilita uma ampliação da visão dos profissionais sobre as necessidades em saúde dos usuários, integrando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Ao organizar as práticas, a integralidade orienta para que a programação dos serviços de saúde harmonize as demandas espontânea e a programada, a partir das necessidades apontadas e dos múltiplos aspectos relacionados à saúde. Já a integralidade enquanto política envolve respostas governamentais a determinados problemas, tanto na perspectiva de prevenção, quanto na assistência.

Assim, a ESF ao assumir a integralidade como diretriz orientadora dos processos de trabalho das equipes busca integrar os diferentes saberes

profissionais para dar uma resposta positiva às múltiplas necessidades de saúde, tanto no aspecto preventivo quanto no assistencial, dentro de uma concepção ampliada de saúde. Desta forma, a integralidade representa uma bandeira de luta defendida desde o movimento da reforma sanitária que ainda presente nos dias atuais se faz necessária para orientar o processo de trabalho em saúde (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011; MATTOS, 2005).

Orientados pela compreensão de integralidade como diretriz de política e de prática profissional no setor saúde e tendo a ESF como cenário potencializador para viabilizar uma organização de serviços e orientação de práticas profissionais para o alcance de um trabalho em saúde integral, é que o presente estudo tem como foco de análise a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

O olhar lançado para esse objeto de análise foi suscitado por inquietações que surgiram desde os primeiros contatos da pesquisadora com a Atenção Básica na Graduação de Enfermagem, que persistiram durante os anos de trajetória profissional e que só puderam ser desvendadas em um estudo detalhado por meio do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

A graduação permitiu uma aproximação com a temática de Saúde da Família e o entendimento de sua influência na constituição de um novo modelo assistencial, voltado para os princípios do SUS a partir da Atenção Básica. Tal aproximação motivou ampliar os conhecimentos na área de saúde coletiva e posteriormente inserida no mercado de trabalho, a atuação na Atenção Básica. Neste período, outras reflexões se tornaram presentes ao perceber o descompasso entre as concepções teóricas sobre a ESF, as recomendações institucionais e o desenvolvimento das práticas profissionais. Verificou-se a presença de cenários que se apresentavam muitas vezes contraditórios para que o processo de trabalho fosse orientado pelo princípio de integralidade.

A reorientação do modelo assistencial de saúde para uma abordagem integral do usuário frente à complexidade do processo saúde doença, não havia se concretizado no cenário de vivência prática. As concepções e práticas profissionais se apresentavam distantes do que tinha sido definido, e desta forma as equipes de Saúde da família apresentavam dificuldades para concretamente organizar seu processo de trabalho numa perspectiva da consolidação de uma atenção integral,

contribuindo para a manutenção do modelo assistencial médico hegemônico, fragmentador e centrado na doença.

A formação dos profissionais de saúde afinada às diretrizes do SUS, dentre elas a integralidade, requer o incremento de habilidades que possam ser apreendidas e implementadas nas práticas dos profissionais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Essa formação também deve desenvolver a habilidade do trabalho em equipe, que numa proposta interdisciplinar, contribui para apreensão da integralidade nas práticas profissionais (MARQUI et al., 2010; PEDUZZI, 2007).

Essas questões tornam-se pertinentes, pois estudos apontam que a formação dos profissionais da saúde e a percepção da própria sociedade sobre a atenção à saúde, ainda encontram-se ligadas ao modelo biomédico, na cura de doenças, sob a ótica de ações fragmentadas e no atendimento de especialidades, como ponto central das resoluções da saúde (BERNARDES; PEREIRA; SOUZA, 2007; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Além disso, autores destacam que o processo de trabalho em saúde recebe influências de vários fatores como: questões institucionais, políticas e sociais, que refletem nos desenhos finais da assistência à saúde. Questões institucionais e políticas que permeiam o processo de trabalho em saúde podem influenciá-lo negativamente, distanciando os profissionais do foco: no trabalho em equipe interdisciplinar, na relação de vínculo com a população, na continuidade do cuidado, no enfrentamento das reais necessidades da comunidade que são subestimadas. Essas questões envolvem a gestão hierarquizada dos serviços de saúde, interesses políticos locais, disputas de poder, corporativismo de classes profissionais, e os contratos de trabalhos temporários e precários, causadores de rotatividade constante dos profissionais nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2007c; CAMPOS, G. W. S., 2010; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; JUNQUEIRA et al., 2010).

Diante do exposto, as indagações que impulsionaram a construção desse estudo foram: Como as equipes de saúde da família do município de estudo organizam seu processo de trabalho? A integralidade tem servido como eixo orientador para a organização de seus processos de trabalho? Olhando pela percepção das equipes/profissionais: Qual o entendimento sobre integralidade? Quais as ações desenvolvidas pelas equipes são orientadas pelo princípio de

integralidade? Quais fatores contribuem ou dificultam um atendimento integral pelas equipes de saúde da família?

Conforme Heckert e Neves (2007) assinalam, para se dinamizar mudanças em direção à integralidade é preciso problematizar os métodos de formar, cuidar e gerir a partir da conexão com o processo de trabalho em saúde, suas dificuldades e desafios (HECKERT; NEVES, 2007). Deste modo, as concepções e práticas profissionais se constituem no período de formação profissional, mas podem ser repensadas e remodeladas em direção a um atendimento integral, através de processos como a educação permanente e a avaliação das práticas profissionais. Esses procedimentos identificam e incidem sobre os problemas e desafios que surgem no cotidiano dos serviços de modo a otimizar a atenção à saúde (BRASIL 2013a; FARAH, 2006).

Tomando tal reflexão é que o Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade na Atenção básica (PMAQ-AB) implantado em 2011, pelo Ministério da Saúde, trouxe a proposta de autoanálise pelos profissionais sobre suas práticas ao implementar o método de autoavaliação, por meio do instrumento AMAQ (Autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade), acreditando que esse processo contribui para melhorar a qualidade e resolutividade dos serviços de atenção básica. Pelo processo de autoavaliação torna-se possível a identificação de problemas que incidem sobre o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e assim permite a elaboração de estratégias de intervenção (BRASIL, 2013a).

Assim, ao identificar que o município em estudo havia instituído o PMAQ-AB desde 2012, buscou-se subsídios a partir dos resultados da AMAQ/2013, para discutir e analisar as práticas profissionais e a integralidade tomando como olhar a percepção e o entendimento dos profissionais e a autoavaliação realizada sobre suas práticas.

A reflexão proporcionada pela autoavaliação do AMAQ sobre as práticas profissionais e a organização destas, induz nas equipes a problematização de seu processo de trabalho, se tornando ferramenta importante na reorientação das práticas, do modelo assistencial. Nesse contexto, outras indagações o presente estudo procurou responder: Como os profissionais das equipes avaliam seu processo de trabalho? Como avaliam a oferta pelas equipes de uma atenção

integral? O que o processo de autoavaliação proposto pelo PMAQ representou para os profissionais (ele foi capaz de induzir mudanças)?

Destarte, torna-se importante compreender o cotidiano dos serviços de saúde, identificando as práticas profissionais e as concepções que as sustentam, e em igual condição, os fatores que prejudicam ou potencializam a materialização de uma prática de cuidado de abordagem integral em saúde.

Neste sentido, as reflexões realizadas propiciaram a seguinte estruturação desse estudo: de início discorre-se sobre a fundamentação conceitual e teórica que sustenta esse trabalho, discutindo-se o delineamento da Atenção Básica (AB) e sua importância como proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde a partir deste nível de atenção; as características intrínsecas que tornam a integralidade um princípio singular e necessário para se alcançar a efetividade no atendimento das necessidades em saúde e reorganização da atenção à saúde; a organização dos processos de trabalho nas ESF, contemplando os fatores que permeiam estes processos e influenciam na implementação da integralidade. Na sequência são apresentados os objetivos da pesquisa, cenário de estudo, a trajetória metodológica, a apresentação e discussão dos resultados, a partir dos quais e orientados pelo referencial teórico foi possível tecer as considerações finais desta dissertação.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O esforço de se estruturar e aproximar os serviços de saúde a uma população definida, e de atendê-la conforme sua necessidade local, com serviços preventivos e curativos, data desde o século XX. Esse processo teve início em países como os Estados Unidos e Inglaterra, onde foram criados os primeiros centros de saúde, instituições encarregadas de ofertar um atendimento primário à comunidade. A partir dessa época, começa a se desenhar o entendimento sobre a Atenção Primária à Saúde e a sua importância para a saúde pública (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

Esta seção aborda sobre a Atenção Primária em Saúde, seus princípios e características dessa no Brasil. Para o contexto brasileiro procurou-se explicitar a ESF como eixo norteador da Atenção Primária no âmbito do SUS e os aspectos normativos institucionais que a permeiam.

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde realizada na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, representou um marco para a saúde pública no mundo, reunindo autoridade de vários países, para discussões sobre o campo da saúde e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social dos povos. Nesta Conferência a Atenção Primária foi conceituada como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978)¹.

¹ Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>.

Esta declaração ainda definiu que a Atenção primária, como parte do desenvolvimento social de um país, deveria ser norteada conforme os principais problemas de saúde da comunidade, ofertando ações de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009). Percebe-se que esta afirmação traz implicitamente uma aproximação da Atenção Primária às práticas de um atendimento integral.

A Atenção primária é considerada assim como uma estratégia de atenção à saúde, contínua e universalmente acessível às pessoas e a comunidade, baseada em métodos práticos, a um custo acessível aos países, e que possa atender às necessidades em saúde, dentro de um contexto multifatorial (multifacetado) do processo saúde doença (STARFIELD, 2002).

As discussões em Alma-Ata orientaram o Brasil para a escolha do termo Atenção Básica à Saúde como modalidade de aplicação de cuidados primários em saúde. Dessa forma no Brasil, os termos *atenção primária* e *atenção básica* são considerados sinônimos, fato observado na semelhança entre as definições de Atenção Primária à Saúde (APS) e o conceito atribuído à Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde (MS):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p. 19).

Para o Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica é o primeiro nível de atenção do sistema, onde o cuidado à saúde é ofertado por meio de um trabalho em equipe, que agregue desde ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, até a cura e reabilitação às populações de territórios definidos.

Os princípios da atenção básica e do SUS estão alinhados com muitas proposições contidas na Carta de Liubliana de 1996 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996) e adotadas pela Comunidade Europeia para organização dos sistemas de saúde, a partir desse ano. As proposições defendidas orientavam

que os sistemas de saúde fossem estruturados a partir da APS, e cujos princípios cabem ressaltar: sistemas de saúde dirigidos por valores de equidade, acesso universal, foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, centralizados nos usuários em suas necessidades em saúde, que permitam sua participação e a corresponsabilidade pela sua saúde, entre outros. A atenção à saúde foi configurada assim dentro de uma visão integral.

É concebido que a Atenção Básica esteja afinada ao princípio de integralidade do SUS, ao qual na prática para o desenvolvimento das ações integradas, propiciará aos profissionais de saúde melhores condições de avaliar e confrontar o papel dos múltiplos e interativos determinantes de saúde/doença sobre os indivíduos. E desta forma, implementar uma assistência mais ajustada às necessidades da comunidade e ao contexto vivenciado por essa (ABRAHÃO, 2007).

Segundo Mendes (2011), a Atenção Básica como primeiro nível de atenção e uma das portas de entrada do sistema deve cumprir 3 funções essenciais: resolução sobre a maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contra fluxos pelos diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde do usuário em qualquer ponto de Atenção, ou seja, agrega também a função de coordenadora do cuidado.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE APS: DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS E MECANISMOS DE AVALIAÇÃO

O Sistema Único de Saúde instituído no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 emerge de um contexto de lutas por uma saúde universal, equânime e como direito de cidadania. Trouxe a proposta de novos modelos de serviços e práticas de saúde que pudessem superar a visão de atenção à saúde centrada na doença, nos aspectos biológicos e individuais e na fragmentação do cuidado por especialidade. Para subsidiar a reorganização de serviços e práticas de saúde nas três esferas governamentais, o SUS se apoia em princípios e diretrizes, dentre os quais a integralidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Como um dos propósitos de consolidar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), visando

expandir as ações de atenção básica, tornar possível no nível municipal a organização da saúde e de promover a integralidade da assistência (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

O PSF foi estruturado inicialmente como um programa, mas através da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), ganhou a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) por se tratar de uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no país.

A ESF tem como uma de suas principais diretrizes a melhoria na atenção à saúde, tomando como base o atendimento às populações em territórios definidos, trabalho em equipe, planejamento conforme a realidade local, identificando os principais problemas e implementando ações mais resolutivas, ampliação do acesso aos serviços, acolhimento e vínculo dos usuários (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009; REIS et al., 2007).

Como incentivo à expansão e fortalecimento da Atenção Básica no país, foi estabelecido através da Norma Operacional Básica (NOB) 96, o piso de atenção básica (PAB), que corresponde a um montante de recursos financeiros específicos para custear os procedimentos e ações da ESF. O PAB possui dois componentes: o fixo e o variável. O PAB fixo financia as ações da atenção básica a partir de critério populacional, ou seja, os valores variam de acordo com o percentual da população coberta no município. O PAB variável custeia ações estratégicas na atenção básica, dentre elas, saúde da família e saúde bucal. Conforme a NOB 96, os incentivos financeiros passaram a ser definidos por esses critérios objetivando o incremento progressivo desses serviços na atenção básica para a organização da atenção integral. A NOB 96 ainda definiu que o repasse de recursos da esfera federal para a municipal ocorreria mediante transferência direta de fundo a fundo, do Nacional para o Municipal de Saúde (BRASIL, 1996).

Conforme abordam Fausto e Matta (2007), no período de formulação e implantação da ESF, entre 1994 a 1996, a estratégia não recebeu um olhar atento no contexto da política de saúde no país, e configurou-se em um programa com ações focais (direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis), não permitindo nesse primeiro momento mudanças significativas que consolidasse um dos princípios do SUS e da Atenção Básica, a Integralidade. Mas, a partir da NOB 96, conforme descrevem os autores, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a ESF nos municípios, como forma de ampliar o número de equipes

e conseqüentemente o acesso à saúde e, com vistas a reorganizar o modelo de atenção à saúde. Neste sentido, buscou-se com a proposta de reorientar o modelo de atenção à saúde, através da valorização das ações da atenção básica, uma mudança de uma abordagem individual centrada na doença, para uma atenção à saúde mais próxima do indivíduo, do seu ambiente de convívio familiar e comunitário e de suas múltiplas necessidades de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde, estabelece o Pacto pela Saúde – Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a). Neste pacto, foram definidas prioridades articuladas em três componentes - Pacto em defesa da Vida; em defesa do SUS e pela Gestão do SUS. É justamente no componente do pacto em defesa da vida que a relevância da Atenção Básica ganha peso, e fica estabelecida a prioridade de “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à Saúde [...]” (BRASIL, 2006a, p. 43).

A Estratégia Saúde da Família foi se firmando assim enquanto um modelo de APS no país, estruturada pela Política de Saúde Brasileira que lhe propiciou a aquiescência, através de arcabouço jurídico para sua ampliação e progressão.

Em 2011, a Portaria 2.488, de 21 de outubro (BRASIL, 2011b), estabeleceu a revisão sobre as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, trazendo reformulações sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Essa Portaria assinala como diretrizes da Atenção Básica, a ESF ordenada pela: territorialização, acesso universal e contínuo, adscrição de usuários e continuidade do cuidado, coordenação do atendimento integral e estímulo à participação dos usuários na organização e orientação dos serviços de saúde. A territorialização permite estabelecer um planejamento conforme as especificidades locais, identificando os determinantes de saúde que incidem sobre as famílias daquele território, possibilitando intervenções mais efetivas. O acesso universal constitui-se pelo acolhimento às necessidades em saúde de todos os usuários e da responsabilização das equipes de saúde da família pelo cuidado ofertado. A adscrição do usuário pressupõe uma relação de vínculo entre trabalhador de saúde, e usuário, acompanhamento permanente por parte das equipes das intervenções realizadas e continuidade das ações de saúde pelos diversos pontos da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

A coordenação de um atendimento integral e o enfrentamento das múltiplas necessidades em saúde exige da ESF um trabalho em equipe multiprofissional e

interdisciplinar, que agregue e articule os saberes e competências de vários profissionais, para ampliar as intervenções realizadas pela equipe. A equipe multiprofissional mínima de Saúde da Família é composta de: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescida de profissionais de saúde bucal como um cirurgião dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal². Cada equipe é responsável por três a quatro mil pessoas de uma área definida (BRASIL, 2012a).

Essa mesma portaria estabelece características relacionadas ao processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica ao reforçar que a organização dos processos de trabalho deve deslocar o foco das ações nos procedimentos, para uma prática mais centrada no usuário.

Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde apontam que o número de equipes de saúde da família implantadas em todo o país continua crescendo (em janeiro de 2010 eram 30.440 já em junho de 2014 o número de equipes implantadas totalizou 37.068), da mesma forma que foram ampliados os recursos financeiros para expansão da ESF (BRASIL, [c2012]).

No entanto, evidencia-se que a formação profissional, apesar dos avanços, ainda não está adequada para se implementar efetivamente as mudanças propostas para a AB e a consolidação de seus princípios, dentre eles a integralidade. Esse fator somado ao baixo estímulo à qualificação profissional para atuar na AB, vêm prejudicando a efetividade e resolutividade das equipes e a materialização de um atendimento integral nas práticas profissionais (FONTANELLE, 2012; SILVA; CALDEIRA, 2010).

² A equipe de Saúde bucal passou a compor a equipe de saúde da família a partir do ano 2000, através da Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu Incentivo financeiro à reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da Saúde da Família (BRASIL, 2000).

3 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

As discussões sobre Integralidade surgiram no Brasil no final da década de 1960 como uma crítica, um contraponto à concepção hegemônica de saúde da época, sinônimo de cura de doenças, especialmente na formação dos profissionais de saúde mais centrada nos aspectos biológicos do indivíduo, com uma lógica fragmentada da atenção, voltada para a especialização médica, em detrimento de um olhar mais complexo e integral do indivíduo como ser biopsicossocial (COSTA, 2004).

A inviabilidade de continuação desta concepção e prática hegemônica em saúde, a necessidade de se entender a relação entre as condições de vida e os reflexos na saúde, foi uma questão debatida e difundida no Brasil pelo movimento da Reforma Sanitária e teve destaque também em Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, como de Alma Ata, Cazaquistão em 1978 (Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde), Ottawa, Canadá, em 1986, Adelaide na Austrália em 1988, entre outras. Essas discussões resultaram no entendimento da saúde com caráter multifatorial, conseqüente da interação de seus determinantes sociais, econômicos e culturais que incidem sobre a qualidade e à história de vida do indivíduo, família e sociedade. Esses movimentos também assinalaram a importância da participação popular nas ações de saúde e a elaboração de políticas públicas saudáveis que busquem a equidade social entre os povos (BRASIL, 2002).

Frente aos vários fatores que incidem sobre o processo saúde-doença, pensar em saúde integral requer uma postura mais abrangente do setor saúde. Nesse sentido, a Carta de Ottawa (1986) ainda definiu a necessidade de organização do setor saúde e suas conexões com outros setores sociais, bem como a formação adequada dos profissionais de saúde para visualizar e atender o indivíduo integralmente (BRASIL, 2002).

Assim, nesse nexos causal entre os determinantes sociais (educação, renda, alimentação, trabalho, etc.) e o seu impacto na saúde dos indivíduos e coletividades, o atendimento integral das necessidades em saúde deve buscar a integração dos setores, a formação apropriada de profissionais de saúde, o incremento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nas práticas profissionais, e a

participação social no exercício da cidadania, considerando a saúde como um direito fundamental do indivíduo (BRASIL, 2002; FEUERWERKER, 2005).

Sob a ótica da saúde como direito social do cidadão, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu no texto constitucional brasileiro de 1988 a reorientação das ações e serviços de saúde, tendo como princípios doutrinários a Universalidade, Equidade, Integralidade, e, como princípios organizativos a descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e Participação social. Insta salientar que no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o atendimento integral é pontuado como uma das diretrizes do SUS, de forma a ser organizada com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais – (BRASIL, 2014; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

3.1 AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE

Várias pesquisas e autores da área da saúde abordam e discutem a integralidade em suas publicações: Ceccim (2005), Cecílio (2001), Feuerwerker (2005), Mattos (2005), Pinheiro e Mattos (2006), entre outros. Mattos (2005) defende a Integralidade como um conceito que abrange múltiplos sentidos/dimensões.

A Integralidade se insere em três dimensões: nas dimensões das práticas dos profissionais, na organização destas práticas e no âmbito político que viabiliza tais práticas. Na primeira dimensão das práticas, como “traço da boa medicina”, a integralidade amplia a visão dos profissionais sobre os vários determinantes da saúde, para além dos aspectos biológicos. Nesse primeiro sentido a integralidade permite ao profissional ofertar uma assistência que não seja fragmentada, e sim focada no usuário em toda sua singularidade. A Integralidade está presente na atitude do profissional de saúde que busca ir além dos sintomas/queixas físicas, explícitas ou não, quando este profissional conjuga em seu cotidiano de atendimento, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (MATTOS, 2005).

A integralidade na dimensão da organização dos serviços permite ao profissional repensar sua prática numa postura mais pró ativa, de forma a articular as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças às de tratamento e

reabilitação, no cotidiano dos serviços, procurando um cuidado mais resolutivo, ao equilibrar as demandas espontânea e programada, a partir das necessidades apontadas (MATTOS, 2005).

Incluir a integralidade na dimensão política corresponde a estruturar programas e ações governamentais, tanto na perspectiva preventiva quanto assistencial, em resposta a determinados problemas de saúde que afligem certo grupo populacional, ou como forma de qualificar a atenção à saúde. Enquadram-se nessa dimensão, algumas políticas especiais estruturadas para dar resposta às necessidades de saúde de um grupo específico, como as relacionadas à Saúde da Mulher, Saúde da Criança, entre outras, cujas ações estão voltadas para atenção integral, que considerem as especificidades de cada grupo (MATTOS, 2005).

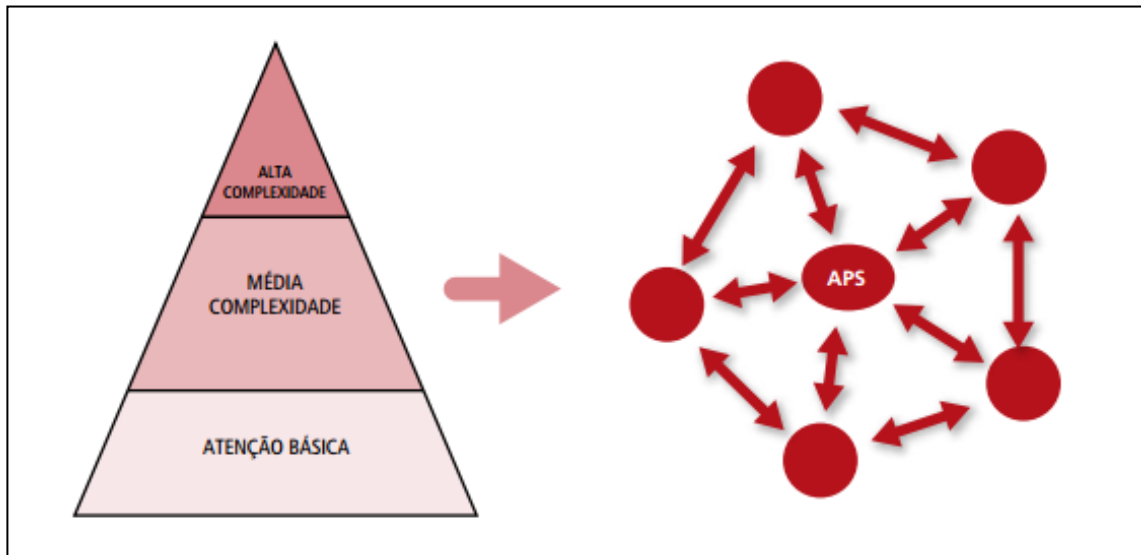
Assim, a integralidade caminha desde uma dimensão macro, quando é planejada e estruturada em diretrizes de uma política de saúde, até a produção dos cuidados em saúde, onde se materializada nas práticas profissionais, visando uma atenção à saúde centrada no usuário e ajustada às especificidades locais da comunidade.

A atenção integral deve estar presente nos diversos pontos dos níveis de atenção e esses se articulando para garantir o atendimento às múltiplas necessidades em saúde do usuário e o acesso às tecnologias diversas. Portanto é necessário que esses níveis estejam organizados no sistema de saúde de forma que haja integração e conexões entre eles para a produção de um cuidado integral (BRASIL, 2012a; MENDES, 2011).

A estrutura de organização do sistema de saúde anterior se configurava em forma de pirâmide quanto aos níveis de atenção, onde a atenção básica ocupava a base, a média complexidade (ambulatórios especializados) a parte intermediária, e a alta complexidade (hospitalizações) estava no ápice. Esse tipo de conformação do sistema gerou alguns problemas como: a fragmentação do sistema de atenção à saúde e, por conseguinte um cuidado à saúde fragmentado, a persistência e aumento dos problemas de saúde, dificuldades de comunicação e a banalização das ações da AB, entre outros. Como alternativa para estas situações, foi proposto uma organização horizontal de serviços de saúde, onde o centro de comunicação se encontrava na atenção primária à saúde, que coordenaria um cuidado contínuo a uma determinada população (CUNHA, 2009; MENDES, 2011).

A Figura 1, a seguir, representa a conformação do sistema de saúde anterior fragmentado em pirâmide e a proposta de reorientação em rede horizontal em formato de círculo

Figura 1. Conformações do sistema de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 84).

A organização das unidades de saúde em forma de rede, objetiva que estas trabalhem de forma articulada, propiciando ao usuário assistência contínua e integral, e não fragmentada como era no antigo modelo de atenção à saúde biomédico, onde os níveis de assistência não possuíam comunicação entre si, nem continuidade do cuidado à saúde.

Neste sentido, as ações e serviços de saúde organizados em “rede” representam uma resposta aos problemas encontrados na operacionalização das ações de saúde, especialmente no que tange a gestão e continuidade do cuidado, processos imbricados na constituição de uma atenção integral. Esse tipo de organização em redes de atenção vem também atender os princípios do SUS de descentralização, regionalização e hierarquização (CUNHA; NORONHA, 2009).

No âmbito da legislação, o Ministério da Saúde, promulgou em junho de 2011 o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a) que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Neste decreto, a rede de Atenção à Saúde é definida como “conjunto de ações e serviços articulados em níveis de

complexidade crescentes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a, p. 1), e como complementação a esta definição pontua, que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante o referenciamento do usuário na rede [...]” (BRASIL, 2011a, p. 2). O decreto vincula as redes de atenção às regiões de saúde, que representam um conjunto de municípios vizinhos identificados pela cultura e hábitos de cada população com o objetivo de integrar ações de saúde. Nestas Regiões de Saúde, os serviços são organizados em uma rede hierarquizada, iniciando pela Atenção Básica que ordenará todo sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

A Portaria n. 2.488/2011, ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece sua revisão ao propor a organização em rede de atenção à saúde (RAS) apontada no decreto, destacando que a RAS “[...] é uma estratégia para um cuidado integral”, onde a atenção básica ganha a relevância de ser “o primeiro ponto de atenção, a principal porta de entrada do sistema” (BRASIL, 2011b, p. 49).

No sistema em rede, a atenção básica assume a função de coordenar o cuidado à saúde em direção à integralidade, elaborando e gerindo projetos terapêuticos, estabelecendo comunicação e conexões entre os diversos pontos de atenção, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários por meio de uma relação contínua e integrada (BRASIL, 2012a).

Entende-se assim que a atenção integral se inicia na atenção básica cujas ações devem se articular com outros níveis de atenção para atuar na diversidade dos problemas de saúde dos indivíduos e comunidade.

Por conseguinte, a integralidade é tida como um atributo essencial da Atenção Básica e abrange múltiplos aspectos em sua operacionalização, desde a articulação das ações preventivas, assistenciais e de vigilância, que harmonizem a demanda espontânea e a programada, até a constituição de um trabalho em equipe interdisciplinar, a coordenação do cuidado e sua continuidade na rede de serviços (BRASIL, 2012a).

Como eixo estruturante da atenção básica no país, a Estratégia Saúde da Família orienta-se pelos princípios do SUS e da Atenção Básica, especificamente pela integralidade, centrando suas ações no cuidado à família, a uma população adstrita, e nesse sentido num melhor entendimento de como a vida se produz, não só na singularidade individual, mas coletivamente (BRASIL, 2012a; MATTOS, 2005).

Nas equipes de saúde da família, as ações centradas no cuidado aos indivíduos ou às famílias implicam em “tratar, respeitar, acolher” os usuários com resolutividade e em uma dimensão de integralidade, pois envolve além da competência técnica dos trabalhadores, incluindo ações de acolhimento e vínculo, que são inerentes à constituição de cuidado integral em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

O acolhimento implica em um atendimento integral, pois envolve uma mudança relacional entre profissionais de saúde e usuários, uma escuta ativa, no sentido de identificar e dar resolutividade para as necessidades em saúde do usuário, compreendendo-o inserido e como protagonista de suas ações (FRANCO; MEHRY, 2005).

Nesse contexto, o acolhimento envolve a adoção de estratégias de atendimento e a responsabilização pelos problemas de saúde de uma região, o que pressupõe ser um processo também articulado à intervenção do gestor. Para a construção do vínculo o foco da atenção deve estar voltado para o usuário, enquanto sujeito coparticipante do seu cuidado de saúde, nos laços de confiança mútua e na responsabilidade que os profissionais devem assumir pelos usuários da área adstrita (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, G. W. S., 2009).

As práticas profissionais de Educação em saúde desenvolvidas no âmbito da AB para a comunidade adstrita também corroboram com a implementação da integralidade no cenário das equipes de saúde da família, quando essas práticas numa lógica de aproximação, diálogo entre a equipe e a comunidade, buscam valorizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, articulando-as aos cuidados necessários para o tratamento e reabilitação. Tal aproximação permite inclusive aos profissionais das equipes de saúde da família, planejar o momento favorável de ofertar essas ações integrais e incorporá-las no cotidiano das equipes (MACHADO et al., 2007; MATTOS, 2005).

A integralidade influencia não somente na organização dos serviços de saúde, mas na remodelação das práticas profissionais, direcionando estas para o usuário em todos seus aspectos.

Documento publicado em 2005, pelo Ministério da Saúde através da Fundação Oswaldo Cruz, ao analisar a Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, sinalizou o elo da integralidade com algumas condições, dentre elas a organização do trabalho das equipes de saúde da Família. Segundo o documento,

“articular as demandas espontânea com a oferta programada é condição para garantia de atenção integral” (BRASIL, 2005, p. 127).

A integralidade neste contexto, e nas palavras de Mattos (2005, p. 41) não é apenas um conceito, mas uma “bandeira de luta”. Representou um ideário de luta e reivindicação presentes no movimento da Reforma Sanitária, mas ainda é uma necessidade nos serviços de saúde, seja na organização destes serviços ou na reorientação das práticas de profissionais que produzem esses serviços. Portanto, é um dos princípios do SUS que funciona como um eixo norteador das ações das equipes de saúde da Família.

Estudiosos que analisam a integralidade e as práticas profissionais apontam que alguns desafios estão postos para tal integração no âmbito da Atenção Básica, dentre eles a baixa integralidade e resolutividade das práticas da equipe de Saúde da Família. Tais estudos demonstram que várias equipes de Saúde da Família ainda não conseguiram superar o antigo modelo de atenção à saúde, médico hegemônico, curativista, tecnicista, com um trabalho em equipe fragmentado e com primazia das consultas médicas. O processo de trabalho dessas equipes é assim organizado, para atender muitas vezes, a uma comunidade que permanece arraigada a uma concepção de assistência à saúde tradicional que cultua a assistência curativa como solução para os problemas de saúde (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006; MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

Como mecanismo para o fortalecimento da integralidade e da interdisciplinaridade nas práticas profissionais das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é composto por uma equipe multiprofissional (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros) que através de um diagnóstico situacional da comunidade adstrita, atua em apoio, compartilhando conhecimentos e ações com os profissionais das equipes de saúde da família, para o enfrentamento das necessidades em saúde da comunidade, de forma mais pontual e qualificada (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

No entanto, para atuar na saúde compartilhando saberes e competências com outros profissionais, e atender as diversas necessidades em saúde do usuário, em uma nova lógica assistencial voltada para a integralidade, os profissionais precisam estar preparados, capacitados. Nesse sentido, Durán-González e Almeida (2010) afirmam que a substituição por um modelo de atenção que prime pela

integralidade, encontra em grande parte, subsídios no perfil de formação profissional para que estes saiam do foco da doença, e possam voltar um olhar atento ao usuário e suas necessidades em saúde, considerá-lo em sua totalidade, no contexto em que vive.

3.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE

A interpretação da demanda do paciente, o tipo de tratamento ofertado e a continuidade deste, estão ligados, muitas vezes, à conduta do profissional e mais especificamente à sua formação profissional, ou seja, ao montante de conhecimentos adquiridos em sua trajetória, que possibilitarão atuar em conformidade ou não com o princípio da integralidade (CUNHA, 2009).

Contudo, verifica-se que a formação de profissionais de saúde ainda está fortemente influenciada pelo modelo biomédico. Esse modelo encontra suas raízes nas recomendações do relatório Flexner sobre a Educação Médica, instituído em 1910, nos EUA. Este relatório constituiu a base da medicina científica na época, e defendeu que o foco da atenção à saúde deveria ser a oferta de ações curativas, valorizando o aspecto biológico como determinante de saúde/doença, estimulou ainda a especialização dos profissionais, levando assim uma ruptura entre o individual e o coletivo, biológico e social, curativo e preventivo (CUNHA, 2009; CUNHA; NORONHA, 2009).

Quando a formação do profissional de saúde está afinada ao princípio de integralidade, rompe com práticas cristalizadas em saúde, médicas hegemônicas, fragmentadas e assistencialistas. Esta formação deve ser estruturada a partir de uma integração entre ensino-serviço, que articule teoria à prática, aproximando o profissional da realidade dos serviços, do contato com o usuário em sua complexidade, e da interação com múltiplos profissionais, criando uma atmosfera propícia ao desenvolvimento da integralidade em suas práticas (DURÁN-GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Sob esta ótica se insere também a necessidade de educação permanente do profissional, para que o mesmo possa aprender continuamente para (e com) as

novas práticas. Nesse espaço de interlocução multiprofissional, mediante aquisição de conhecimento e troca de experiências, diferentes olhares transcendem para novas perspectivas de ação e soluções, que valorizem o usuário como protagonista de seu cuidado. Trata-se de alinhar teoria e prática às novas conjecturas, uma “estratégia de gestão” capaz de trazer mudanças frente aos desafios dos processos de trabalho (BRASIL, 2012a, p. 39), e reconhecer a importância do desempenho profissional em cada encontro trabalhador e usuário, como único, singular para o exercício da integralidade, contribuindo para efetivação de uma política de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006; RODRIGUES; SOUZA; PEREIRA, 2012).

No entanto, a Atenção Básica carece de profissionais de saúde com perfil adequado, sustentando a necessidade de se implementar estratégias que valorizem a qualificação profissional e educação permanente profissional, neste âmbito (COTTA et al., 2006; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Com a proposta de reorientar a formação dos profissionais de saúde e o desenvolvimento da educação permanente, em consonância aos princípios do SUS e da Atenção Básica, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde (Pró-saúde), e o Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet Saúde). O Pró Saúde implementado em 2005, inicialmente abrangeu os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia e, em 2007, através da Portaria n. 3.019, de 26 de novembro (BRASIL, 2007b) ampliou o escopo de participação para todos os cursos da área da saúde, visando a habilitação de profissionais para a operacionalização do SUS. O Pet saúde, implementado em 2008, vem propiciando o aperfeiçoamento dos graduandos da área da saúde nos serviços, por intermédio de estágios, aproximando-os do contexto real em que os problemas ocorrem, integrando assim ensino-serviço (universidades/ secretarias municipais de saúde), bem como propiciam troca de conhecimentos, e aprimoramento dos profissionais das Unidades de Saúde envolvidos. Esses programas indutores objetivam garantir uma abordagem integral do processo saúde-doença (HOLANDA; ALMEIDA; HERMETO, 2012; RODRIGUES; SOUZA; PEREIRA, 2012).

A ESF é composta por uma equipe com múltiplos profissionais, logo, é preciso compreender que a interação entre esses profissionais enquanto trabalho em equipe contribui para um atendimento integral, na medida em que torna esse trabalho mais coletivo e integrado, permeado de múltiplos saberes profissionais,

numa proposta de resolução de problemas de forma partilhada, buscando consensos, com vistas ao atendimento das necessidades apresentadas (MARQUI et al., 2010; PEDUZZI, 2007).

Apreender a integralidade nas práticas profissionais requer assim um manejo interdisciplinar, e muitas vezes intersetorial, considerando que as demandas em saúde estão relacionadas aos aspectos multifatoriais, sendo desta forma, necessário um *espaço* (momento) para que os profissionais das USF possam intercambiar seus conhecimentos, experiências e decisões (KANTORSKI et al., 2009).

Como as práticas profissionais tem um caráter singular na construção da integralidade na assistência, se faz mister ter um momento também para que os profissionais possam refletir e avaliar suas práticas no cotidiano dos serviços, buscando aprimorá-las, redirecioná-las para a integralidade (RODRIGUES; SOUZA, PEREIRA, 2012).

Para enfrentar alguns desafios na Atenção Básica, como a baixa integralidade das práticas profissionais, e melhorar o acesso e a qualidade da atenção, o Ministério da Saúde implementou em 2011, no âmbito do SUS, o PMAQ-AB - Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-AB está estruturado em quatro fases, que se complementam e que conformam um ciclo contínuo (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização). A segunda fase corresponde ao desenvolvimento de estratégias, dentre elas um processo em que as equipes se autoavaliam por meio de um questionário validado, o AMAQ (autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica).

O questionário AMAQ é um instrumento validado pautado nos princípios e diretrizes da Atenção Básica e construído a partir da adaptação do projeto de avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação dos serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente (BRASIL, 2013a).

Nessa autoavaliação, as equipes de saúde da família, identificam problemas, pontos falhos, e mormente estabelecem estratégias de intervenção, para melhorar os serviços e os processos de trabalho, podendo orientar-se pelos padrões de qualidade contidos no instrumento AMAQ. Melhorar a qualidade da atenção significa

aqui ajustar os serviços aos princípios do SUS (BRASIL, 2013a), especialmente a Integralidade.

Já na primeira fase do PMAQ-AB (adesão e contratualização) são firmados compromissos entre equipes de saúde da família, gestor municipal e Ministério da Saúde para efetivação das ações. Ao final do ciclo, são avaliados os resultados alcançados conforme padrões estabelecidos, e atribuídos escores de acordo com o desempenho de cada equipe, que determinarão um recurso repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde. A nova contratualização de indicadores e compromissos é feita com base na avaliação de desempenho de cada equipe envolvida no programa (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-AB busca incentivar e ampliar a capacidade de resolução dos gestores e das Equipes de Atenção Básica diante das necessidades reais da comunidade. Com este objetivo, o questionário AMAQ/2013 foi estruturado em duas unidades de análises: a unidade de Gestão que envolve a avaliação de padrões de qualidade relacionados às ações da gestão municipal e da gestão da atenção básica para o apoio ao trabalho das equipes, e, a unidade de Equipe de Atenção Básica, que tange a análise das dimensões Unidade Básica de Saúde (padrões da infraestrutura, equipamentos e insumos) e a educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde (BRASIL, 2013a).

A concepção de integralidade abordada no questionário AMAQ/2013 está assim expressa:

A Atenção Integral à saúde envolve o acolhimento, tanto das demandas programáticas quanto da espontânea em todas as fases de desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos e idosos), por meio de ações individuais e coletivas, de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação [...] não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde (BRASIL, 2013a, p. 51).

Essa concepção pontuada no questionário está alinhada à apresentada na Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), e se aproxima também ao conceito de Integralidade abordado por Mattos (2005). Para esse autor, a atenção integral se insere nas práticas dos profissionais e na organização de tais práticas, considerando os vários determinantes da saúde na elaboração, articulação

e implementação de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, por parte dos profissionais (MATTOS, 2005).

A dimensão política da integralidade, conforme Mattos (2005) se configuraria assim na elaboração e operacionalização do próprio programa (PMAQ), representando uma “resposta governamental” para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

No documento AMAQ, ressalta-se também a necessidade de continuidade do cuidado onde as equipes de Atenção Básica devem se responsabilizar pela integralidade do acesso em todos os pontos da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Conforme concepção de Mattos (2005), a Integralidade ao se inserir na prática dos profissionais e na organização de tais práticas, se desenha no cotidiano dos serviços de saúde, na maneira como se organizam e articulam os profissionais em seu processo de trabalho. A forma como é estruturado esse processo reflete na assistência oferecida aos indivíduos e a comunidade (KANTORSKI et al., 2009; MATTOS, 2005).

Portanto, ao utilizar o instrumento de autoavaliação AMAQ/2013, este estudo buscou conhecer como as equipes de saúde da família avaliam seu processo de trabalho na perspectiva da integralidade, conhecendo suas práticas e os saberes profissionais que as sustentam, e se estes condizem com a realidade vivenciada no cotidiano dos serviços.

Nota-se que para verificar se a integralidade da assistência à saúde vem sendo desenvolvida no contexto do trabalho dos profissionais das equipes de saúde, torna-se necessário olhar o processo de trabalho dos profissionais.

4 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho é um processo em que o homem atua e transforma intencionalmente a natureza, ao passo que também é transformado por essa. Para realizar essa transformação a atividade humana está vinculada a uma dada finalidade no processo de trabalho (MARX, 1996).

Processo de trabalho em saúde, diz respeito à prática dos profissionais de saúde no cotidiano da produção e consumo de serviços de saúde. É constituído de modo a responder às necessidades que o geraram, a partir da articulação de seus componentes: objeto, instrumentos, finalidade e agente (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O objeto configura o que vai ser transformado. Em relação ao trabalho em saúde, o que se definir por objeto (corpo biológico, necessidades em saúde, entre outros) irá determinar uma dada prática assistencial, que pode estar voltada para o usuário, quando o objeto no processo de trabalho em saúde são as necessidades em saúde, considerando a saúde em seu conceito ampliado, ou essas práticas podem se tornar biologicistas, centradas em doenças e procedimentos, caso esse objeto no trabalho em saúde focar o corpo biológico. Contudo, as práticas assistenciais também dão forma ao objeto e essa transformação ocorre através do agente, profissional de saúde, que por meio de sua ação (individual ou coletiva como trabalho em equipe) vai intermediar o objeto, instrumentos e atividades. O agente direciona sua ação para uma dada finalidade objetiva, mas, imprime nela também um caráter subjetivo que perpassa pelos projetos individuais e/ou coletivos (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; REIS et al., 2007).

Quando as finalidades procuram satisfazer as necessidades ou expectativas humanas, permitem que se estabeleçam parâmetros para a realização do processo de trabalho voltado para a integralidade. Contudo, as finalidades são definidas dentro de um contexto permeado por questões sociais, políticas, institucional, coletiva e individual, e nesse sentido, refletem na assistência direta ao usuário (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; PEDUZZI; SCHRAIBER 2008).

O processo de trabalho em saúde constitui assim, em um cenário de potencialidades, complexo e dinâmico, onde o modo de produzir ações e serviços de saúde tem caráter singular para a conformação da atenção à saúde. Em relação às

equipes de Saúde da Família, este trabalho se consubstancia na inter-relação entre os sujeitos, entre trabalhador e usuário, sendo que este intercâmbio propicia um desenho de um modo assistencial (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; FRANCO; MERHY, 2012).

Dessa maneira, a produção de um serviço ou ação em saúde, ocorre no encontro entre trabalhador-usuário. Esse encontro pode operar em duas situações distintas: ser baseado em relações burocráticas, onde o trabalhador em saúde centraliza seu projeto terapêutico em ferramentas à base dos recursos materiais, procedimentos diagnósticos e de tratamento classificados como tecnologias duras, cuja utilização única não colabora para a construção de uma atenção integral. Ou ser um encontro em que se pode potencializar a dimensão viva do trabalho em saúde, que ocorre em uma relação trabalhador-usuário, sob hegemonia das tecnologias leves como acolhimento, vínculo, escuta ativa, e leve-duras (conhecimento já pronto) produzindo um cuidado centrado no usuário, em suas necessidades e seu poder de participação no cuidado (FRANCO; MERHY, 2012).

Assim, na ESF é preciso também que os profissionais reflitam sobre o cuidado produzido, e o modo como é produzido. A reflexão sobre o processo de trabalho na ESF é uma ferramenta fundamental para o aprimoramento dos serviços, e reorganização das práticas profissionais (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009), em direção aos princípios do SUS, em especial a integralidade.

Nesse contexto o Ministério da Saúde através do PMAQ, trouxe como uma das estratégias a autoavaliação, AMAQ. Por meio desse instrumento as equipes de saúde da família refletem sobre a organização de seu processo de trabalho, discutem suas práticas para formular intervenções positivas em direção à melhoria dos serviços (BRASIL, 2013a).

A organização do processo de trabalho das equipes foi estabelecida pelo MS na Portaria 2.488 de 2011, envolvendo: definição do território e população sob responsabilidade das equipes; diagnóstico situacional com priorização aos grupos de risco; acolhimento/vínculo; planejamento local das ações em saúde conforme necessidades identificadas; provimento de atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, ações intersetoriais que viabilizem a integralidade da atenção, desenvolvimento de ações educativas e de diretrizes que contemplem mais participação e protagonismo dos diferentes sujeitos envolvidos na atenção à saúde; monitoramento e avaliação constante dos processos de trabalho para readequação

das práticas. Tais pressupostos de organização propicia o deslocamento do foco dos processos de trabalho nos procedimentos, para uma prática mais centrada no usuário (BRASIL, 2011b).

No entanto, um aspecto peculiar verificado nessa portaria é com relação à jornada de trabalho dos profissionais médicos, cuja inserção na saúde da família pode ser diferenciada dos demais componentes da equipe. Além da carga horária semanal integral (40 h), é facultado modalidades de admissão desses profissionais, com jornadas que variam de 20 a 30 horas. Esta *possibilidade* diferenciada na jornada de trabalho dos profissionais médicos prejudica o trabalho em equipe e a produção de um atendimento integral, pois desvaloriza a necessidade de permanência em tempo integral desse membro da equipe, fragilizando o vínculo com a comunidade e a corresponsabilização pelo cuidado.

Mantendo a similaridade com as orientações sobre o processo de trabalho das equipes de AB, contidas na Portaria 2.488/2011 é que o instrumento de autoavaliação AMAQ foi estruturado, proporcionando uma reflexão e orientação para o trabalho das equipes de SF dentro dos princípios da AB e SUS. No entanto, vale destacar que fatores sociais, culturais, políticos e econômicos permeiam o processo de trabalho das equipes, dando uma dinamicidade e singularidade que pode influenciar na sua organização.

4.1 DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE VOLTADO PARA A INTEGRALIDADE

As demandas sociais as quais os processos de trabalho são organizados, bem como a formação profissional e a intencionalidade do profissional, podem fortalecer ou desmantelar a prática da integralidade no cotidiano das equipes de saúde da família (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

A formação profissional quando afinada ao princípio de integralidade, proporciona um trabalho em equipe interdisciplinar, articulação multiprofissional, relacionamento interpessoal usuário- centrado, e enfoque nas reais demandas de saúde. Assim, o desenvolvimento de competências na perspectiva de integralidade, deve propiciar à formação do profissional, o incremento de habilidades como:

comunicação, tomada de decisão, liderança, gerenciamento, e educação permanente, voltados para a programação e organização de ações integrais individuais e coletivas dentro dos princípios do SUS e da Atenção Básica (BRASIL, 2001; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

É preciso lembrar, no entanto, que a formação dos profissionais de saúde ainda recebe influências do modelo de atenção biomédico curativista e fragmentador, prejudicando a apreensão de habilidades adequadas por parte do profissional para atuar na Atenção Básica. Esse fator obstaculariza a organização e implementação de ações integrais nas ESF afetando a reorientação do modelo assistencial (BERNARDES; PEREIRA; SOUZA, 2007; CUNHA, 2009; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Atuar dentro de uma nova proposta do SUS requer também o suporte adequado de uma gestão local. Uma gestão que comungue com os mesmos objetivos operacionais da ESF com foco na Integralidade, propicia através de uma relação mais horizontal e dialógica, a corresponsabilidade de todos os profissionais para as necessidades apresentadas pelos usuários, contribuindo para o interesse, autonomia e criatividade no ato cuidador, e atenuando conflitos e interesses (CAMPOS, G. W. S., 2010).

Mas se este campo de atuação profissional for minado de Interesses políticos, disputas de poder, corporativismo de classes profissionais, contratos de trabalhos precários e temporários, o trabalho interdisciplinar da equipe ficará fragmentado, prejudicando vínculo e entrosamento intra equipe e com a comunidade, a continuidade do cuidado, compreensão e enfrentamento das reais necessidades em saúde da comunidade (BRASIL, 2007c; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; JUNQUEIRA et al., 2010).

Os problemas relacionados à forma de contratação de profissionais de saúde para a ESF podem estar relacionados tanto aos contratos precários, com pouca ou nenhuma garantia de direitos trabalhistas, quanto por indicação político-partidária, sem considerar ou estimular a qualificação profissional necessária para atuar na atenção básica. Por conseguinte a baixa qualificação profissional interfere na organização dos processos de trabalho da ESF voltado para a integralidade (COTTA et al., 2006; FONTANELLE, 2012; MARQUI et al., 2010).

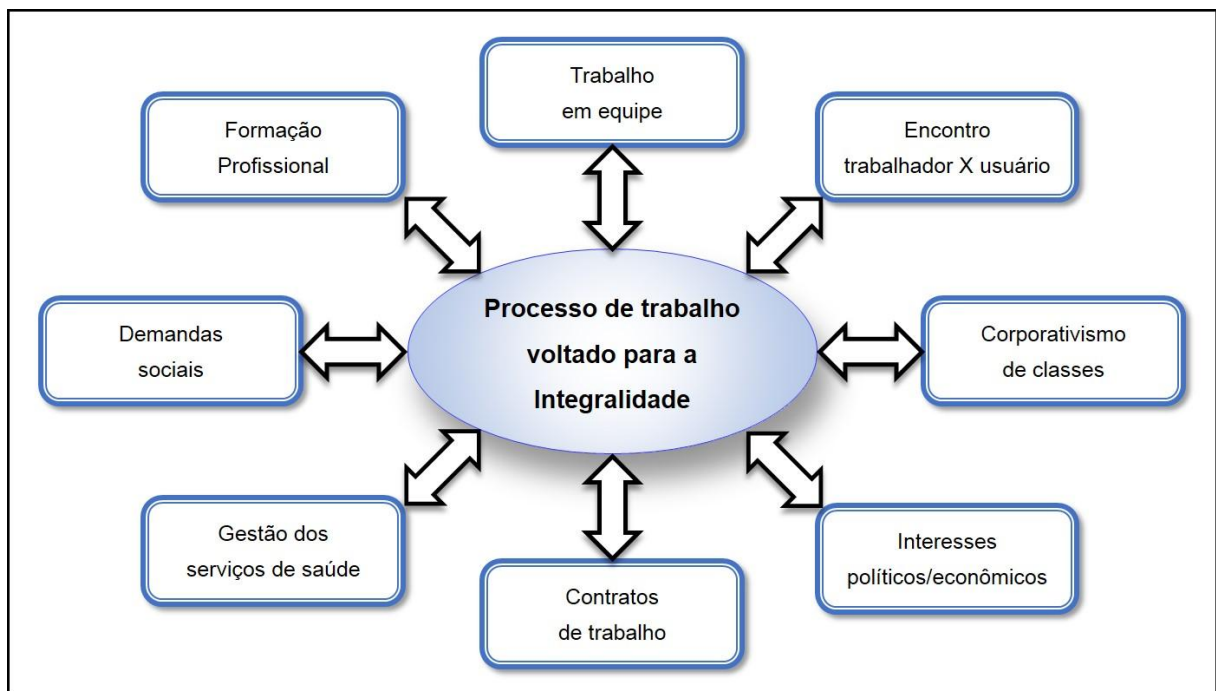
No processo de trabalho em saúde, cabe ressaltar que condições diversas (e por vezes inesperadas) interagem no contexto saúde-doença, o que exige do

profissional certa autonomia e criatividade. No entanto, torna-se um paradoxo as demandas exigidas das equipes de saúde da família, no que tange ao cumprimento de metas verticalizadas, rotinas, e atividades engessadas, que muitas vezes balizam o cotidiano das equipes, sem margem ao desenvolvimento de planejamento local adequado, de autonomia, participação na formulação de políticas, compartilhamento de experiências e saberes diversos, ferindo a produção de um cuidado integral (FEUERWERKER, 2005).

Além disso, equipes de saúde da família vêm encontrando dificuldades em se trabalhar com as informações geradas no SIAB (Sistema de informação da atenção básica), para que a organização de seus processos de trabalho contemple os atendimentos às necessidades em saúde dentro de uma perspectiva integral (EGRY et al., 2009).

Destarte, verifica-se que múltiplos fatores influenciam no processo de trabalho orientado para a integralidade das equipes de saúde da família, conforme a Figura 2:

Figura 2. Diagrama dos fatores que influenciam o processo de trabalho das equipes de saúde da família



Fonte: A autora

Muitos fatores permeiam o processo de trabalho em saúde, e se constituem desafios para os profissionais das ESF no (re) arranjo organizacional deste trabalho dentro de uma perspectiva integral, e produzem reflexos no bem estar do próprio profissional, considerando que o trabalho proporciona a oportunidade de realização do mesmo. A análise dos processos de trabalho *in loco* permite vislumbrar os nós, compreender as causas e encontrar as estratégias de solução.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho de equipes de Saúde da Família na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer como as equipes de saúde da família organizam seus processos de trabalho;
- Compreender qual a percepção de integralidade dos profissionais destas equipes;
- Identificar entre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família as que os profissionais consideram contemplar o princípio da integralidade;
- Analisar os avanços e desafios para a implementação de uma assistência integral pelas equipes de saúde da família.

6 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

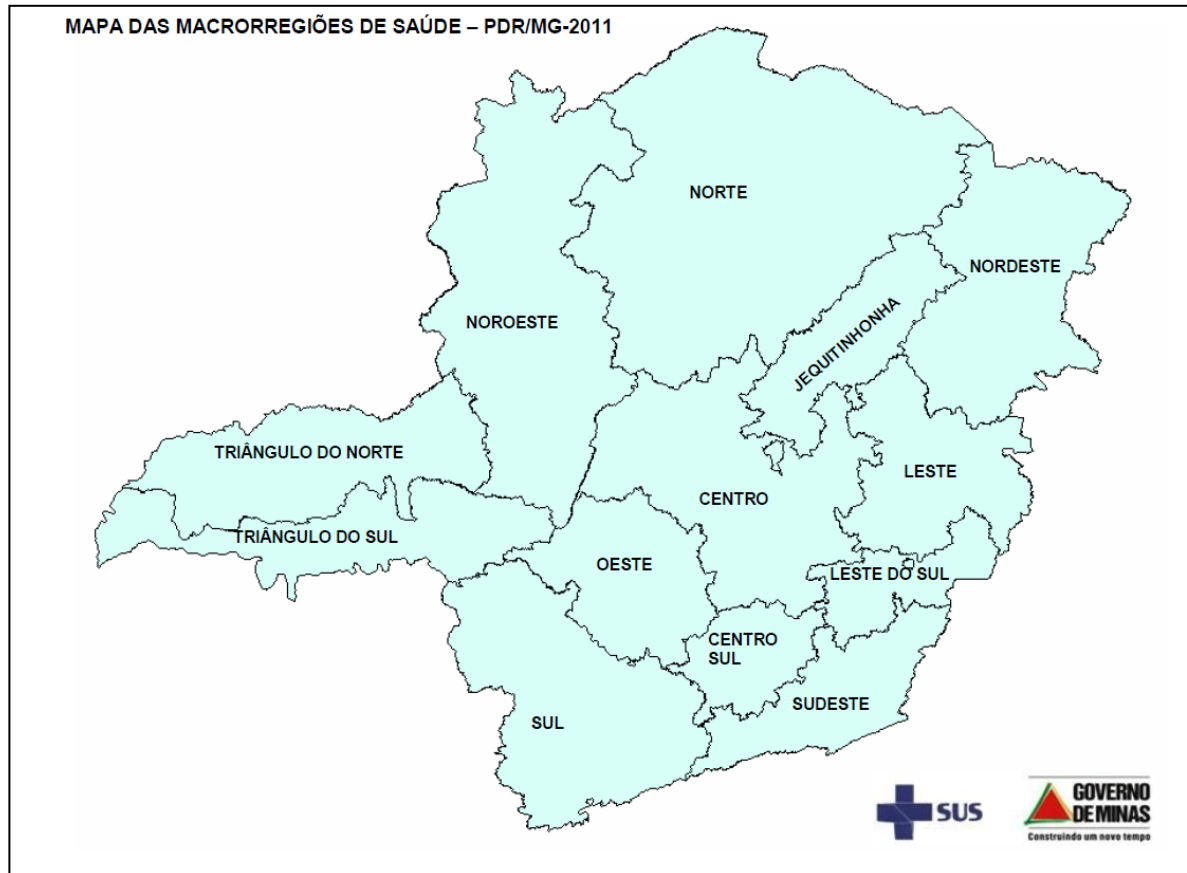
Esta seção trata da estratégia metodológica adotada e da descrição dos métodos empregados para o desenvolvimento da pesquisa.

6.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estado de Minas Gerais é localizado na região sudeste do país, possui 853 municípios, com um total de 19.597.330 habitantes, conforme dados Censo 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [c201-]a). Seguindo o princípio de descentralização do SUS a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou seu processo de regionalização nos anos 1999/2000, que a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), dividiu o estado em 13 macrorregiões conforme figura 3, e 76 microrregiões de saúde, segundo afinidade geográfica e nível de complexidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O município de Piraúba, *locus* do presente estudo, de acordo com o PDR do estado está localizado na Macrorregião de Saúde Sudeste e compõe a Microrregião de Saúde de Ubá, juntamente com 19 municípios (Figura 3).

Figura 3. Mapa da localização da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais



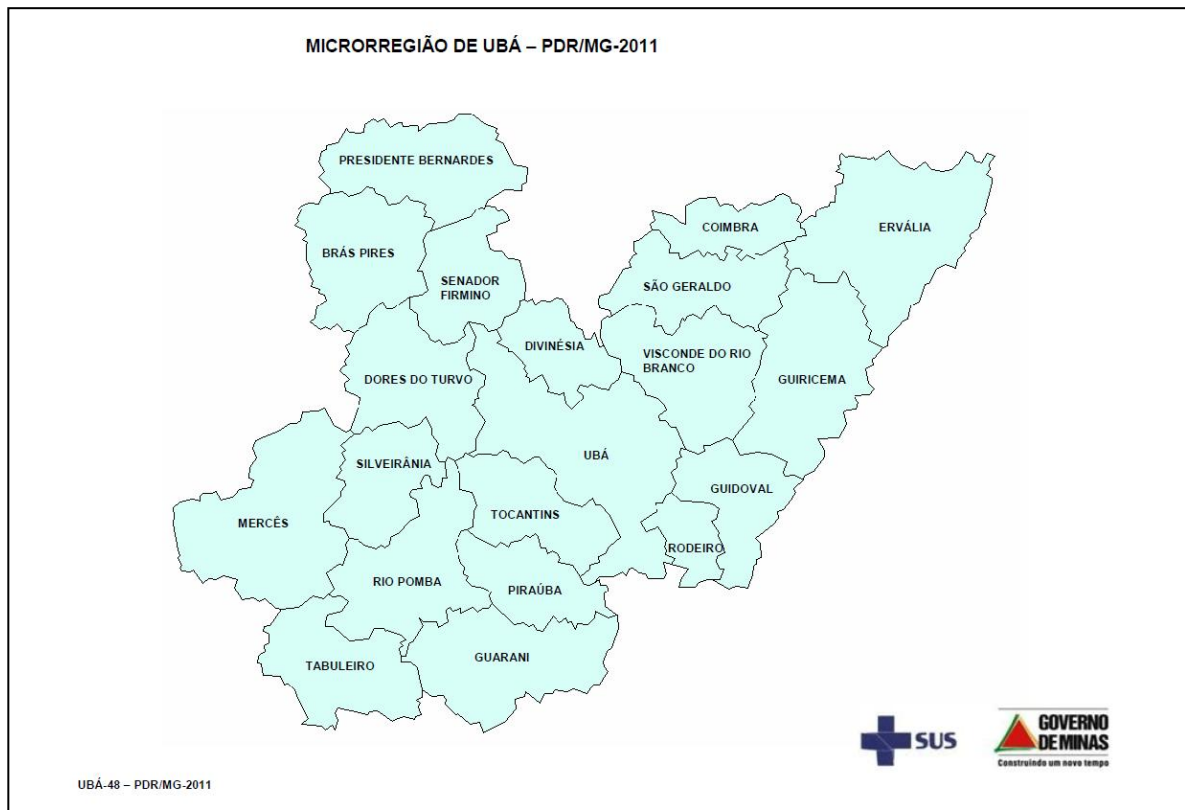
Fonte: Minas Gerais (2012)³.

O município de Piraúba é habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e possui uma população total de 10.866 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [c201-]b). Faz divisa com os municípios de Astolfo Dutra, Guarani, Rio Pomba, Tocantins, e Ubá, conforme demonstrado na Figura 4. É constituído pelo Distrito sede e de cinco povoados rurais: Córrego dos Ferreiras, Vargem Grande, Gravinas, Mangueiras, Pirapetinga. O município não possui transporte coletivo municipal, apenas linhas intermunicipais que cruzam o município. A topografia do relevo é acidentada, sendo 37 % montanhosa, 41% ondulada e 22 % plana. A área da unidade territorial é de 143,98 km² (PIRAÚBA, 2010).

³ Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/APRESENTAO%20CARTOGRAFICA%20PDR.pdf>>.

Figura 4. Mapa da localização do município de Piraúba na microrregião de Ubá/MG



Fonte: Minas Gerais (2012)⁴.

Compõe o sistema municipal de saúde uma Unidade de Pronto Atendimento e quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo uma organizada pelo modelo tradicional e três pela Unidade de Saúde da Família (USF), tendo em cada, uma equipe de Saúde da Família e uma de Saúde Bucal (BRASIL, [c2012]; PIRAÚBA, 2010).

Todas as equipes de Saúde Bucal integradas às USF são da modalidade I, assim classificadas por possuírem um cirurgião dentista e um auxiliar de Saúde Bucal (BRASIL, 2012a; PIRAÚBA, 2010).

A Unidade de saúde da Família (USF) Azul, instituída em 1996, conta com uma equipe completa de SF (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis ACS, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal), que atende a comunidade urbana da região oeste e parte da região norte do município, regiões mais carentes e vulneráveis socialmente (problemas de drogas, prostituição,

⁴ Disponível em:
<<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/APRESENTAO%20CARTOGRFICA%20PDR.pdf>>.

entre outros). A população adscrita é de 3.314 habitantes, representando 30,5% da população (PIRAÚBA, 2013). Em relação aos requisitos básicos para o atendimento na Atenção Primária, de acordo com Resolução SES n. 1.794, de 11 de março de 2009 (MINAS GERAIS, 2009), a unidade apresenta algumas pendências ao não dispor de: escovário e sala para educação continuada (PIRAÚBA, 2010).

A USF Branca, instituída em 2007, conta com uma equipe completa de SF, porém o número de ACS atualmente é de sete. Atende a comunidade urbana do município compreendida pela outra parte da região norte, região leste e o centro da cidade, com uma população adscrita de 3.478 habitantes, representando 32% da população municipal (PIRAÚBA, 2013). Está localizada em área estratégica, ao ser de fácil acesso ao usuário, não possuindo barreiras geográficas (PIRAÚBA, 2010). A unidade não possui escovário, como exigido pela Resolução SES n. 1.794, de 11 de março de 2009 (MINAS GERAIS, 2009).

Já a USF Vermelha instituída em 2009, conta também com uma equipe de SF completa, no entanto alberga um número maior de ACS, total de oito. A população adscrita contempla parte da região sul e toda a comunidade rural, perfazendo um total de 3.585 habitantes, ou seja, 33 % da população (PIRAÚBA 2010, 2013). Dessa forma, o município tem uma cobertura populacional pela SF de 95,5% da população.

A UBS tradicional atende os 489 habitantes do município não contemplados pela USF, e algumas especialidades como cardiologia, ginecologia, pediatria e psiquiatria. O município disponibiliza também alguns atendimentos de média complexidade ambulatorial como Diagnose – ECG, Fisioterapia, Oftalmologia, (PIRAÚBA, 2010).

No que concerne os atendimentos especializados não disponibilizados pelo município, o acesso é feito a partir das referências das Unidades Básicas de Saúde, (tratamento fora do domicílio) e são agendadas na secretaria municipal de saúde, obedecendo ao número de vagas por especialidade, estabelecido na Pactuação Intermunicipal e lista de espera (PIRAÚBA, 2010).

As Urgências ou Emergências são atendidas na Unidade de Pronto Socorro do município, e as internações são referenciadas para hospitais de municípios como Guarani, Rio Pomba, Ubá, Juiz de Fora, Muriaé e Belo Horizonte, conforme a complexidade do problema. As internações para cirurgias eletivas são solicitadas nas Unidades Básicas de Saúde para a Secretaria Municipal de Saúde, cuja

internação se dará através do SUS fácil, conforme o número de vagas por hospital, estabelecido na pactuação intermunicipal (PIRAÚBA, 2010).

Com relação aos dados de morbidade, as doenças não transmissíveis têm maior prevalência, em especial as doenças do aparelho circulatório, cuja incidência está associada à presença de fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes, e as condições e hábitos de vida relacionados ao tabagismo, sedentarismo, obesidade e stress (PIRAÚBA, 2010, 2013). Com esse perfil de morbidade torna-se fundamental a estruturação de um processo de trabalho nas equipes de saúde da família que vislumbre não apenas o diagnóstico e tratamento adequado, mas imbuídos em uma perspectiva de atenção integral, consolidem ações de promoção e prevenção, na rotina da atenção primária.

6.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTUDO

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa realizado com profissionais de três Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Piraúba, Minas Gerais.

Na pesquisa qualitativa, conforme o objeto de estudo, o pesquisador procura entender ou interpretar as práticas e as interações dos sujeitos na vida cotidiana, o significado que as pessoas lhe atribuem (FLICK, 2009). Este tipo de abordagem permite aprofundar o conhecimento através da investigação de recortes da realidade, proporcionando experimentar essa vivência cotidiana (MINAYO, 2008).

Neste sentido, com a abordagem qualitativa foi possível analisar o processo de trabalho das equipes, buscando compreender como o princípio da integralidade se expressa no cotidiano, como o trabalho é organizado, de modo a apreender e interpretar a compreensão que os profissionais têm de suas práticas.

6.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população alvo do estudo foram os profissionais que compõem as 3 equipes de Saúde da Família de Piraúba (3 médicos, 3 enfermeiros, 3 cirurgiões

dentistas, 3 técnicos de enfermagem, 21 agentes comunitários de saúde -ACS, 3 auxiliares em saúde bucal).

O critério de inclusão na pesquisa foram os profissionais das equipes de SF, que aceitaram participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão foram: profissionais que se encontravam em licença, férias, e outra situação de não presença nas Unidades de Saúde da Família (USF) durante o período de trabalho de campo.

Essa pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b), do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Inicialmente, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde, autorização para início do trabalho de campo (Anexo A), e após, seguiu para análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFJF (Anexo B).

Antes da entrevista coletiva, como forma de aproximação da pesquisadora com os profissionais das equipes que aceitaram participar do estudo foi realizada uma reunião em cada unidade que objetivou apresentar: a pesquisadora, os objetivos do estudo, esclarecer como seriam realizados os dois momentos da entrevista, assim como, acordar com os profissionais a disponibilidade e o melhor horário para a realização da entrevista de modo a contar com a presença de todos os participantes. Neste momento, verificou-se que além dos profissionais mencionados anteriormente, as USF contavam também com dois médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), e um médico do Programa Mais Médico, que aceitaram participar da pesquisa.

Foram sujeitos da pesquisa 33 profissionais de saúde, sendo: 16 agentes comunitários de saúde, 3 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros, 3 cirurgiões dentistas, dois auxiliares de saúde bucal e 6 médicos (3 médicos de família, 2 médicos do Provab, 1 médico do Programa mais médico). Não participaram da entrevista coletiva, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de saúde bucal.

6.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada a pesquisa documental junto à Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de levantar informações sobre a implantação do PMAQ no município. Foram analisados os documentos de Adesão e Contratualização, assim como outros documentos e informações relacionados.

A pesquisa documental é parte integrante de uma pesquisa, podendo preceder ou acompanhar um trabalho de campo, com o objetivo de retratar uma situação atual ou a evolução histórica dessa situação (CELLARD, 2008).

Os resultados dos questionários de autoavaliação do PMAQ – instrumento denominado AMAQ (Autoavaliação para melhoria do Acesso e da qualidade), aplicado as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no ano de 2013, foram analisados com vistas a conhecer os conceitos alcançados pelas equipes de acordo com suas percepções de desempenho.

Como visto, o instrumento AMAQ/2013 está estruturado em duas partes: a parte I, que tem foco na Equipe de Atenção Básica e a parte II com foco na equipe de saúde bucal (BRASIL, 2013a). Tanto a parte I como a parte II contemplam duas unidades de análise: a unidade de Gestão, e, a unidade de Equipe de Atenção Básica e estas se subdividem em dimensões, de acordo com quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Unidades de análises do Instrumento AMAQ/ 2013, partes I e II, e suas respectivas dimensões

Unidade de Análise	Dimensões
Gestão	Gestão Municipal
	Gestão da Atenção Básica (parte I) Coordenação de Saúde Bucal (parte II)
Equipe	Unidade Básica de Saúde/ Consultório odontológico
	Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral à Saúde

Fonte: A autora. Baseado em Brasil (2013a)

Como o foco de análise, no presente estudo, é o processo de trabalho das equipes de saúde da família na perspectiva da integralidade foi trabalhado do instrumento AMAQ apenas a unidade de análise Equipe e a dimensão Educação Permanente, Processo de trabalho e Atenção Integral, tanto da parte I (Equipes de Atenção Básica), como a parte II (Equipes de Saúde Bucal) (BRASIL, 2013a).

Os quadros 2 e 3 a seguir apresentam as dimensão e subdimensões analisadas nesse estudo de acordo com as unidades de análise equipe AB e Saúde Bucal de acordo com o instrumento AMAQ/2013 (BRASIL, 2013a).

Quadro 2. Unidade de Análise equipe AB - Parte I AMAQ - 2013

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão	Nº de Padrões	Pontuação	
				Mínima	Máxima
Equipe de Atenção Básica	Educação Permanente	J. Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica	2	0	20
	Processo de trabalho e	K. Organização do trabalho	14	0	140
	Atenção Integral	L. Atenção Integral à Saúde	35	0	350

Fonte: A autora. Baseado em Brasil (2013a)

Quadro 3. Unidade de Análise equipe Saúde Bucal - Parte II AMAQ - 2013

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão	Nº de Padrões	Pontuação	
				Mínima	Máxima
Equipe de Saúde Bucal	Educação Permanente	J. Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica	2	0	20
	Processo de trabalho e	K. Organização do trabalho	13	0	130
	Atenção Integral	L. Atenção Integral à saúde	6	0	60

Fonte: A autora. Baseado em Brasil (2013a)

Explicando os quadros, para cada subdimensão existem um número determinado de padrões de qualidade a serem analisados. Pelo questionário AMAQ, a qualidade em saúde é medida pelo grau de atendimento aos padrões de

qualidade. Como se trata de um instrumento de autoavaliação, as equipes (saúde da família e saúde bucal) atribuem pontos a partir de seus julgamentos de desempenho em cada padrão de qualidade. A pontuação varia de 0 (zero) a 10 (dez), onde o ponto “0” representa o não cumprimento daquele padrão, e o ponto “10”, a total adequação daquela equipe ao padrão proposto. O intervalo de 0 a 10 corresponde aos graus de conformidade das ações das equipes à situação analisada (BRASIL, 2013a).

Por identificar problemas nos percentuais propostos para a conversão da pontuação em conceitos na versão do AMAQ/2013, considerou-se para fins desse estudo a escala de conversão contida no AMAQ/2012, cujos percentuais definidos em cada grau de desempenho se aplicam adequadamente na classificação.

Assim, na avaliação final, os pontos obtidos em cada padrão, são associados à uma escala definida que classifica o grau de desempenho da equipe em: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Cada grau de desempenho possui um intervalo de percentuais, aos quais os pontos totais dos padrões são relacionados para a classificação da subdimensão (BRASIL, 2012b).

No quadro 4, são especificados os percentuais totais obtidos com os pontos e a classificação final sobre o desempenho referente àquele padrão de qualidade solicitado, de acordo com o instrumento AMQ:

Quadro 4. Classificação de desempenho referente aos padrões de qualidade - Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal – AMAQ/2012

1 - Muito Insatisfatório	2 - Insatisfatório	3 - Regular	4 - Satisfatório	5 - Muito Satisfatório
0 - 19,99 (%)	20 - 39,99 (%)	40 - 59,99 (%)	60 - 79,99 (%)	80 - 100 (%)

Fonte: Brasil (2012b, p. 25)

Os resultados obtidos com a autoavaliação AMAQ/2013 foram sistematizados pela pesquisadora, considerando as adequações necessárias, com a finalidade de serem apresentados aos profissionais das equipes participantes da pesquisa para análise e discussão dos mesmos posteriormente (Apêndice B).

Para o trabalho junto aos profissionais/equipes participantes da pesquisa optou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista coletiva, a qual foi realizada com cada equipe de Saúde da família.

A entrevista é uma técnica de pesquisa usada na coleta de dados e informações, e pode ser realizada de forma individual ou coletiva. A entrevista coletiva representa uma alternativa à entrevista individual, onde através da dinâmica de grupo, busca-se apreender as diferentes percepções a cerca de um fato ou prática por um grupo específico de pessoas, analisando a interação entre os participantes (FLICK, 2009; MINAYO, 2008).

Neste estudo, a entrevista coletiva realizada com as equipes de Saúde da Família do município foi dividida em dois momentos, com o objetivo de:

- *Primeiro momento*: Compreender as percepções dos profissionais sobre integralidade. Para melhor orientar as discussões, foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras (Apêndice C).
- *Segundo momento*: Apresentar e problematizar os resultados obtidos pela autoavaliação realizada pelas equipes – AMAQ/2013, tomando como unidade de análise equipe de Atenção Básica e equipe de Saúde Bucal e as seguintes subdimensões: J. Educação Permanente e qualificação das equipes; K. Organização do processo de trabalho; e L. Atenção Integral à Saúde.

Destarte, a entrevista buscou a reflexão dos profissionais em relação a um dos princípios que orienta a Estratégia da Saúde da Família, a integralidade, como a identificam em suas práticas, os avanços e desafios que visualizam para organizarem seu processo de trabalho ancorado na Integralidade. Por meio da entrevista, objetivou-se também confrontar o resultado da autoavaliação com a realidade dos serviços, suas concepções, levando em consideração a reflexão feita no primeiro momento.

As informações decorrentes da pesquisa serão usadas apenas para fins científicos. Atendendo aos quesitos referentes ao anonimato da Resolução do CNS (MS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b), foram atribuídos nomes de cores às Unidades de Saúde da Família (USF), e siglas conforme a categoria Profissional aos envolvidos na pesquisa, em Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Médico (M), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (TE), Cirurgião Dentista (D) Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e diferenciados com números arábicos quando estiver presente mais de um profissional da mesma categoria.

6.5 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os materiais disponíveis para análise foram: os resultados da autoavaliação do instrumento AMAQ, aplicado às equipes de Atenção Básica do município de Piraúba no ano de 2013, os documentos da SMS, o conteúdo das falas dos profissionais nas entrevistas coletivas e as anotações colhidas durante as entrevistas o que gerou um diário de campo.

Para a análise das informações resultantes da entrevista coletiva, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2004).

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Pode ser aplicada na análise da linguística oral de um grupo restrito, no qual são analisadas as discussões, o conteúdo da comunicação. Procura ir além da mera descrição do conteúdo das mensagens, ao incluir a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção/recepção do conteúdo, com o apoio de indicadores (BARDIN, 2004).

As fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos: a pré-análise; a exploração do material; a inferência com a interpretação. A pré-análise consiste na leitura flutuante dos dados obtidos (para uma aproximação), a formulação de hipóteses e dos objetivos e direções de análise. A exploração do material inclui a classificação e codificação (um esforço de descrição, onde as características da comunicação são identificadas e posteriormente trabalhadas, destacadas por um conjunto de significação, por função, enumeradas por frequência, intensidade, ordem, entre outros). A Inferência permite deduzir de maneira lógica, conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, sobre as condições de reprodução e recepção, as causas e efeitos destas mensagens. A interpretação envolve uma significação concedida às características da comunicação, após o tratamento da inferência, procurando equilibrar o rigor da objetividade com a riqueza da subjetividade (BARDIN, 2004).

As falas foram gravadas, transcritas na íntegra e a seguir se passou a análise de conteúdo dessas falas. As informações foram estruturadas obedecendo as seguintes etapas: organização da análise, classificação (codificação),

categorização, inferências e interpretação dos resultados, conduzindo aos núcleos de significação, conforme propõe Bardin (2004).

Na busca em responder às questões do estudo com base nos objetivos propostos, foram realizadas articulações entre: as informações obtidas com os documentos analisados, entrevistas e os referenciais teóricos da pesquisa. A partir da análise das informações foram identificadas e organizadas duas grandes categorias as quais foram orientadas pelos dois momentos da entrevista. Posteriormente, subcategorias relacionadas às categorias foram identificadas, conforme descrito a seguir.

- *Categoria: Saberes profissionais sobre integralidade* (Primeiro momento da entrevista). Nesta categoria foram analisados os relatos referentes a: Concepções de integralidade pelos profissionais das equipes de saúde da família; Ações identificadas como práticas profissionais de abordagem integral e avanços e desafios relacionados a um atendimento integral.

- *Categoria: Práticas de integralidade: dialogando com os resultados da autoavaliação* (Segundo momento da entrevista). As análises das falas obtidas com as entrevistas no primeiro e segundo momento permitiram contrapor as informações dos profissionais sobre o que compreendem de integralidade, e como identificam esse princípio em suas práticas, com os resultados da autoavaliação – AMAQ/2013, e, se esses refletem ou não essa realidade.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados discutidos neste item referem-se às informações obtidas nas entrevistas coletivas realizadas com os profissionais em cada Unidade de Saúde da Família, após programação das datas por cada equipe. A apresentação foi organizada da seguinte forma: inicialmente foi destacado o primeiro momento da entrevista coletiva que objetivou compreender as percepções dos profissionais sobre integralidade (conceito, práticas profissionais, avanços e desafios). Na sequência, o segundo momento da entrevista visou apresentar e problematizar os resultados obtidos pela autoavaliação realizada pelas equipes – AMAQ/2013, tomando como unidade de análise equipe de Atenção Básica e equipe de Saúde Bucal, nas subdimensões citadas anteriormente.

Os resultados da pesquisa documental foram apresentados juntamente com os resultados do segundo momento da entrevista e versou sobre a análise do processo de contratualização e implantação do PMAQ- AB (Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica) no município de Piraúba.

Foi observado pela pesquisadora nesse primeiro momento da entrevista coletiva, realizada na USF Vermelha, dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em externalizarem sua compreensão sobre a integralidade. Acredita-se que a presença de outros profissionais de nível superior (três médicos, dentista, enfermeiro) tenha coibido a participação de alguns ACS, com receio de respostas erradas.

7.1 SABERES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS (PRIMEIRO MOMENTO DA ENTREVISTA COLETIVA)

Previamente à realização das entrevistas coletivas, os profissionais das equipes foram esclarecidos quanto à dinâmica de grupo e os momentos da realização da entrevista. Após as devidas orientações, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e preencheram a ficha de identificação do profissional (Apêndice D).

As fichas de identificação possibilitaram traçar o perfil dos profissionais participantes do estudo, conforme apresentado na Tabela 1:

Tabela 1. Perfil dos profissionais das Unidades Saúde da Família do município de Piraúba/MG

Variáveis	Unidades Saúde da Família		
	USF Azul	USF Branca	USF Vermelha
<i>Categoria Profissional presente na entrevista</i>			
Médico	2	1	3
Enfermeiro	1	1	1
Agentes Comunitários de Saúde	6	4	6
Técnicos de Enfermagem	1	1	1
Dentista	1	1	1
Auxiliar de Saúde Bucal	1	0	1
Total	12	8	13
<i>Idade</i>			
< 20 anos	0	0	1
20 – 30 anos	6	4	4
30 – 40 anos	2	1	4
40 – 50 anos	3	2	2
> 50 anos	1	1	2
Total	12	8	13
<i>Tempo de atuação na equipe</i>			
< 1 ano	5	4	3
1 ano	2	1	3
2 anos	2	1	1
3 anos	0	0	1
4 anos	1	1	4
5 anos e mais	2	1	1
Total	12	8	13

Fonte: A autora

Analisando o perfil dos participantes constatou-se que a faixa etária variou entre 20 e 50 anos, sendo a média de idade de 34 anos. O tempo médio de admissão dos profissionais nas equipes é em torno de 2,2 anos. Dos 33 profissionais participantes da pesquisa 18 (54,5%) possuem um tempo de atuação nas Equipes de Saúde da Família do município, menor que dois anos. O maior percentual de profissionais novos refere-se aos ACS, ou seja, dos 16 agentes, 7 agentes (43,7%) com tempo de admissão na Unidade de Saúde da Família menor

que 1 ano, e, 6 agentes (37,5%) com tempo de 1 ano. Das três Enfermeiras que participaram, duas foram admitidas há menos de 6 meses, nas Unidades de Saúde da Família Azul e Branca. Os três médicos da família possuem um tempo de atuação de 14 anos, 3 anos e 4 anos, respectivamente das USF Azul, Branca e Vermelha. Os três dentistas das três equipes de saúde bucal integradas às USF possuem tempo médio de 2,7 anos.

Verifica-se assim que 54,5% dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família do município possui um tempo de atuação relativamente pequeno, especialmente a maioria dos agentes comunitários de saúde e enfermeiros, que possuem tempo menor de um ano. Paralelamente, ao se comparar o tempo de instituição das Unidades de Saúde da Família (USF) no município, verifica-se respectivamente: USF Azul 16 anos, USF Branca 7 anos e USF Vermelha 4 anos. Tal situação sinaliza uma alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, destacando-se os agentes comunitários de saúde.

No exercício de suas atividades, os profissionais das equipes de saúde da família, tem a possibilidade de detectar os agravos dos moradores nos territórios, sinalizar os fatores causais desses, acolher e estabelecer vínculo com os pacientes.

A rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família prejudica a continuidade das ações, a aproximação dos profissionais com as famílias e o estabelecimento do vínculo com a comunidade, pela ruptura constante dos contatos entre família-profissional. Pesquisas recentes demonstram que o pivô dessa rotatividade está vinculado aos contratos de trabalho, com poucas garantias de estabilidade e direitos trabalhistas (COTTA et al., 2006; JUNQUEIRA et al., 2010; MARQUI et al., 2010).

Conforme destacado anteriormente, este primeiro momento da entrevista coletiva focou a discussão para apreender a compreensão dos profissionais sobre integralidade, como expressam tal entendimento, como percebem ações de abordagem integral, assim como os avanços e dificuldades para a prática de tais ações. Foi possível definir três categorias principais: Concepções de integralidade pelos profissionais das equipes de saúde da família; Ações identificadas como práticas profissionais de abordagem integral; e Avanços e desafios relacionados a um atendimento integral.

7.1.1 Concepções de integralidade pelos profissionais das equipes de saúde da família

A partir das falas dos entrevistados emergiram duas subcategorias que expressam a concepção dos profissionais sobre a integralidade: a integralidade como acolhimento das necessidades em saúde do usuário visto em sua totalidade, e, a integralidade como um conjunto de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

7.1.1.1 A integralidade no atendimento das necessidades em saúde

Os relatos possibilitaram observar que 50% dos profissionais das equipes concebe a integralidade como o atendimento das necessidades em saúde, centrado no usuário, considerando-o em sua totalidade, em suas dimensões biopsicosociocultural, em seu ambiente familiar, conforme expresso nas falas:

Acredito que, seguindo os princípios do SUS, e a integralidade como um deles, é isso aí, ver o paciente como um todo, não só olhar a queixa daquele momento, vendo a família e não só o paciente, o que está por trás daquela queixa [...] (E - USF Vermelha)

É o atendimento ao usuário, paciente, né, em todos os seus aspectos social, cultural e biológico. É você olhar a pessoa na sua totalidade não só nas suas necessidades de saúde, mas focar na prevenção, olhar o aspecto social da pessoa, né, como está inserido ali naquele ambiente, ou seja, é ter um olhar do todo [...] (M - USF Branca)

Ah, eu entendo assim, não é ver só a doença e sim “o paciente,” né? Vê ele como um todo aí. (ACS2 - USF Azul)

Esse entendimento de integralidade por parte dos profissionais ultrapassa a visão de atenção à saúde centrada no usuário como ser biológico, fragmentado em sistemas anátomo-fisiológicos (MATTOS, 2005).

Permite aos profissionais de saúde visualizar e atender o usuário, na sua complexidade de ser humano nas dimensões psicológicas, sociais e culturais e em sua interrelação com o ambiente. Ao apreender a integralidade dessa forma, os

profissionais estão em consonância com a concepção ampliada de saúde, ao reconhecer os diferentes momentos de cada ciclo de vida do indivíduo, tendo subsídios para confrontar os múltiplos determinantes da saúde, conforme expresso na fala:

Acho que é importante também a gente focar nos diversos segmentos da população, né... é a criança na puericultura, é a mulher na fase reprodutiva, a gestante na parte de pré-natal, puerpério, toda essa atenção específica, é... a saúde do trabalhador que agora (através das ações/propostas políticas) tá enfocando essa parte também, que é muito importante,...a saúde do idoso, né ? [...] (M - USF Branca)

Nota-se que neste relato os dois sentidos da integralidade abordados por Mattos (2005) se confluem: a integralidade presente na organização das práticas profissionais para atender diferentes segmentos da população, e no sentido político da integralidade, demonstrando que a política pública deve subsidiar e fomentar ações integrais relacionadas a esses grupos populacionais, conforme depoimento “*atenção específica, saúde da mulher, do trabalhador [...]*”.

Dentro de uma concepção ampliada de saúde, os profissionais das equipes deram relevância às condições sociais e psicológicas na determinação da saúde das pessoas, conforme verificado nos depoimentos:

Essa integralidade não é só uma questão de avaliação física, mas psicológica também do paciente, né? Do paciente como um todo. Porque talvez ele está com um problema, mas o emocional dele também está abalado [...] porque nós atendemos o paciente aqui, mas existem outros lá fora que estão sofrendo uma violência, algum tipo de abuso, né? Então isso tudo tem que estar vendo, né? (E - USF Azul)

São condições sociais, sob as quais o usuário, família ou comunidade se constituem e estão inseridos, e que trazem repercussões psicológicas e na saúde física das pessoas.

A partir das notas de campo na USF Azul, foi possível perceber que esses depoimentos estão intrinsecamente relacionados com a situação social da comunidade da área de abrangência dessa USF, local onde há a presença de problemas como uso de drogas ilícitas, desemprego, gravidez na adolescência, entre outros. Fica nítida a preocupação dos profissionais em buscar uma atenção à

saúde que dê resposta às necessidades sociais da comunidade, entendendo que o atendimento de uma forma integral abrange suprir essas lacunas.

Ainda numa concepção de saúde ampliada, considerando os determinantes da saúde, o acesso às condições sociais propícias influencia na qualidade de vida dos indivíduos e sua saúde. Só por este olhar é que a Integralidade se faz presente nas perspectivas de melhoria das condições sociais e conseqüentemente da qualidade de vida, como observado nesse recorte:

O conceito de integralidade é fazer o atendimento a pessoa dentro de 3 pontos: biopsicosocial, e na parte social, é... a situação econômica, a situação política, a acessibilidade ao sistema de saúde, acessibilidade à escola, ao desenvolvimento econômico...é isso. (M3 - USF Vermelha)

Para outros profissionais, a integralidade é entendida como acolhimento das múltiplas necessidades em saúde do usuário, buscando resolutividade para seu problema:

Aqui a gente não consegue ver o paciente só na consulta, se ele precisa de um atendimento de fisioterapia aqui mesmo a gente consegue resolver, se é um atendimento odontológico, uma coleta de sangue, ou seja, a gente tenta suprir mais necessidades. (E - USF Branca)

É eu vejo assim, a integralidade é você ver e atender a todas as necessidades do paciente [...] (M2 - USF Azul)

Atender todas as famílias, ver o que todas as famílias precisam, e tentar correr atrás [...] (ACS 3 - USF Azul)

As falas demonstram que os profissionais de saúde das equipes, dentro de sua categoria profissional, procuram centralizar sua atenção no usuário e em suas necessidades em saúde. Essa compreensão de integralidade vai ao encontro do conceito que Cecílio (2001) propõe. Para o autor, as necessidades em saúde do usuário devem ser o foco da atenção e das intervenções dos profissionais da equipe. O compromisso, a dedicação, a sensibilidade para essas necessidades em saúde do usuário, são condutas desejáveis por parte dos profissionais nesse tipo de abordagem. O autor ainda salienta que as necessidades são complexas, mas devem ser consideradas na singularidade dos indivíduos, envolvendo um esforço da equipe em traduzi-las e atendê-las (CECÍLIO, 2001).

Cecílio (2001), compreende as necessidades em saúde em 4 conjuntos: boas condições de vida, acesso, vínculo e autonomia do usuário⁵.

Corroborando com as proposições de Cecílio (2001) sobre as necessidades em saúde, alguns profissionais de saúde compreendem que a integralidade representa o acesso do usuário aos serviços de saúde, às tecnologias que possam satisfazer suas demandas em saúde, conforme relato a seguir:

A integralidade é, não só ver os fatores sociais, culturais e biológicos, acho que isso é importante, mas o acesso à saúde, [...] é algo muito importante no programa saúde da família [...] (D - USF Branca)

O Decreto n. 7.508, de 28 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a, p. 2), define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Neste sentido, atenção básica, como uma das portas de entrada do SUS, deve facilitar o acesso da comunidade aos serviços de saúde, e, em uma perspectiva de atenção integral, a continuidade se dá em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Para isso, deve-se considerar os três níveis de Atenção à Saúde (primário, secundário e terciário), e a garantia de um atendimento nesses níveis, buscando sempre o foco de abordagem no paciente, em sua complexidade.

A percepção de integralidade orientada por uma rede hierarquizada de serviços foi expressão também de um dos entendimentos dos profissionais:

Acho que esse conceito, é [...] trata formalmente isso, é atender o paciente na atenção primária, que é o que a gente faz aqui, na secundária e na atenção terciária que é a parte hospitalar, internação, mas vendo sempre o indivíduo como um todo, né? (M2 - USF Azul)

Cecílio (2001) assevera que a integralidade não é exclusiva nos serviços de saúde, mas está presente também nas conexões de cada serviço com outras instituições. Trata-se assim, conforme o autor, de uma integralidade ampliada, que

⁵ Relacionado às condições de vida estão os múltiplos determinantes da saúde que influenciam na saúde das pessoas. O conjunto referente ao acesso representa a oportunidade pelo usuário às tecnologias disponíveis para o atendimento de suas necessidades em saúde. O vínculo se configura numa relação próxima, contínua e de confiança estabelecida entre o profissional e o usuário. E a autonomia do usuário, refere-se a sua independência para restabelecer sua vida, satisfazendo suas necessidades em saúde (CECÍLIO, 2001).

se desenvolve com a integração desses três níveis de atenção, em uma rede de serviços.

Portanto, como forma de ampliar as possibilidades de abordagem dos usuários e a continuidade do atendimento, é importante que os profissionais compreendam e participem da construção dessa rede regionalizada e hierarquizada de serviços, para a satisfação das necessidades em saúde dos usuários.

7.1.1.2 A integralidade como um conjunto de ações (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação)

A Integralidade conforme Mattos (2005) assume também o sentido de organização das práticas profissionais, e nesse contexto visa superar a fragmentação das ações de saúde presentes no modelo de atenção à saúde biomédico: promoção da saúde e prevenção de doenças *versus* tratamento e reabilitação. Assim, a proposta de reorientação das práticas em saúde oportunizada pela lógica da integralidade da atenção propõe desenvolver essas ações em conjunto, no cotidiano dos serviços, em articulação com as demandas programada e espontânea, no atendimento individual ou coletivo.

Alguns profissionais entendem que para um atendimento integral é necessário a oferta de um conjunto de ações conforme destacado no relato a seguir:

A integralidade pra mim, é, envolve todos os tipos de atendimentos ao paciente: de promoção, prevenção e tratamento [...] (M1 - USF Azul)

A Lei n. 8.080 de 1990, em seu artigo 7º, inciso II, especifica que a integralidade da assistência é entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos [...]” (BRASIL, 1990, p. 18056).

Em outros momentos, foi destacado o entendimento de que a integralidade agrega todas as ações, mas com foco nas ações preventivas:

Porque às vezes o paciente vem consultar e começa a conversar e a gente pergunta já fez um preventivo, uma mamografia, e às vezes nunca fez, né? E orientar, né? (E - USF Azul)

Na perspectiva de atenção integral como um conjunto de ações, a Política Nacional de Atenção Básica e o instrumento AMAQ, especificam que a integralidade envolve ações individuais e coletivas, de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012a, 2013a).

7.1.2 A percepção da integralidade nas práticas profissionais

Para articular a concepção de integralidade com a práxis profissional, realizou-se a seguinte indagação: No cotidiano dos serviços da Unidade quais as ações que vocês identificam como um atendimento integral?

Nesse questionamento foram identificadas nas falas dos entrevistados, três subcategorias, a seguir: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; acolhimento e vínculo, e, visita domiciliar.

7.1.2.1 Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

Conforme a Carta de Ottawa (1986), “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Muitos profissionais identificaram um atendimento integral quando desenvolvem ações de promoção da saúde como orientações sobre comportamentos e aos hábitos saudáveis dos indivíduos, conforme relatos a seguir:

Então a gente tá sempre orientando. Temos palestras de hipertenso, diabéticos. Igual ontem teve palestra sobre tabagismo [...] As gestantes nas visitas domiciliares, a gente orienta [...] O idoso, né? [...] fora as conversas que eles gostam então a gente acaba aproveitando e orientando, né? (E - USF Azul)

E também se a pessoa vem tratar do dente, o dentista vai explica, orienta, pra deixar de fazer isso ou aquilo, acho que é um modo de fazer a integralidade, né? (ASB - USF Azul)

Nosso trabalho a gente também faz o fator preventivo [...] Quantas crianças que a gente consegue o atendimento só de profilaxia, né, de orientações sobre higiene bucal. A gente distribui creme dental com escova, cartilha com orientações escritas além da verbal [...] (D - USF Branca)

Observa-se conforme destacado pelos profissionais que essas orientações que promovem hábitos saudáveis se constituem no trabalho com grupos, durante visitas domiciliares, nas conversas realizadas informalmente e até durante a assistência, como expresso no recorte “[...] se a pessoa vem tratar do dente, o dentista vai explica, orienta [...]” (ASB - USF Azul).

Verifica-se também que os profissionais associam as orientações com as medidas preventivas como para os hipertensos, diabéticos e gestantes. Portanto os profissionais identificam os espaços que possuem para desenvolverem orientações tanto no âmbito da promoção da saúde quanto da prevenção.

As ações de educação em saúde se inserem no âmbito da promoção da saúde e constituem um atendimento integral, na medida em que consideram o indivíduo em todas as suas dimensões, como sujeito histórico, social e político, e em sua capacidade de se autogovernar, através do empoderamento das informações (BRASIL, 2010; MACHADO et al., 2007).

Neste sentido, como propõe Machado e outros (2007), é importante: “articular as ações de educação em saúde como um elemento produtor de um saber coletivo, que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para cuidar de si, da família e do entorno” (MACHADO et al., 2007, p. 336).

Conforme explicita documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as ações de promoção da saúde devem caminhar para diretrizes mais ampliadas, pois se inserem nos aspectos de uma Política pública saudável e envolvem estratégias para o desenvolvimento da: “integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade” (BRASIL, 2010, p. 14).

Portanto, para alcançar a Promoção da Saúde dentro dos patamares ideais é necessária a integração e mobilização de outros setores além da saúde, incluindo a gestão municipal para elaborar e implementar ações que possam promover a saúde da coletividade, e a participação dos indivíduos na promoção e manutenção de sua saúde e de sua comunidade.

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 198, inciso II, estabelece que o atendimento integral é uma das diretrizes que organiza as ações e serviços de saúde do SUS, sendo que neste atendimento tem prioridade as ações preventivas sem prejuízo para as assistenciais (BRASIL, 2014).

Neste sentido, um atendimento integral foi identificado também quando há a preocupação do profissional em desenvolver ações de prevenção de doenças como expresso nas falas:

[...] a gente aqui não tá focado na doença...é isso que eu falo com as agentes de saúde, evitar que o paciente só venha aqui pra consultar quando está doente, tem que vir pra fazer prevenção [...] agenda um retorno pra gente ver se tá tudo bem com esse paciente, vamos dar continuidade, vamos ver se precisa fazer um exame, é a coisa da prevenção [...] (M - USF Branca)

Pra mim é a prevenção de doenças, essa parte de rastreio né? Os homens o PSA, as mulheres a mamografia [...] (M1 - USF Azul)

Constata-se pelos relatos, que os profissionais identificam como prática integral as ações preventivas como exames, e diagnósticos, pois saem da atenção focada na queixa do usuário, considerando que outros problemas podem intervir sobre a saúde desse usuário. Verifica-se também a preocupação do profissional em manter uma atenção contínua quando expressa a necessidade de “*[...] agenda um retorno [...]*” (M - USF Branca), o que permite maior aproximação do usuário favorecendo a identificação de suas necessidades e implementação de ações preventivas.

Por conseguinte, as ações preventivas se fundamentam em um atendimento integral, pois direcionam o olhar dos profissionais para os múltiplos fatores que incidem no processo saúde-doença, buscando a intervenção no momento oportuno, minorando danos aos usuários.

As ações preventivas fundamentadas no atendimento integral podem trazer impactos positivos na vida das pessoas e na sua relação em sociedade, conforme o entendimento desse profissional:

[...] temos a replicação com próteses totais e parciais em pacientes, que no lado odontológico é uma reabilitação curativa, mas eu acho que para o paciente, no aspecto psicológico e até da somatização de doenças, né, eu

vejo como aspecto preventivo, porque você reabilita o paciente esteticamente, socialmente, e funcionalmente. (D - USF Branca)

Ir além do sofrimento manifesto do paciente e articular as ações de prevenção e de assistência no cotidiano profissional é considerado conforme Mattos (2005), uma dimensão da integralidade. Nesse contexto, o profissional não se limita aos aspectos biológicos patológicos, mas consegue dar um sentido mais abrangente para suas ações.

7.1.2.2 Acolhimento e vínculo

Alguns profissionais percebem a integralidade no cotidiano de suas atividades, quando em uma relação interpessoal, proporcionam um acolhimento, uma escuta qualificada, aos indivíduos e famílias:

A gente que é agente comunitário acaba sendo um amigo, psicólogo, psiquiatra, faz de tudo ali junto. Porque você vai falar sobre a saúde, mas a pessoa te conta um caso. Eu já cheguei em uma casa e encontrei a pessoa chorando. Aí fico ali, conversa, desabafa, e acabo saindo dali a pessoa já tá rindo, acaba te contando um caso [...]. A gente acaba sendo um companheiro, amigo, um “ombro amigo”, né? Acaba a pessoa se sentindo melhor na presença de nós agentes do que na própria família. (ACS1 - USF Azul)

Nós agente de saúde, é ...não estamos ali só pra marcar uma consulta, no fim a gente acaba como se fosse um psicólogo também [...] (ACS1 - USF Branca)

[...] Para aqueles que abrem as portas pra gente a gente acaba sendo um psicólogo, um amigo [...] (ACS3 - USF Branca)

O acolhimento e vínculo representam atitudes de recusa em reduzir as pessoas à condição de aparelho biológico (MATTOS, 2005), considerando que o aspecto psicológico é indissociável dos aspectos físicos, e sociais sob os quais recebe influências e sofre alterações.

Os profissionais destacam que diante dos problemas sociais existentes na comunidade (drogas, gravidez na adolescência), promovem uma escuta atenta, acolhedora, ao identificar a necessidade e tentar supri-la. Com tal procedimento,

percebem que o acolhimento é uma ação integral na medida em que vai além do olhar sobre o problema/queixa física do paciente, o que contribui para o estabelecimento do vínculo entre o profissional, usuário e o serviço de saúde, conforme depoimentos:

Na minha área onde eu trabalho tem assim, tem usuário (drogas). Eu lido muito com as mães, aí passam pra mim, sou praticamente como se diz uma psicóloga [...] Aí eles passam o problema tudo pra mim. Fico lá, oriento e tudo. E também as adolescentes novas que tem filho também. (ACS6 - USF Azul)

É, muitas vezes quando a gente chega assim a pessoa tá sozinha, né? Aí desabafa, chama para entrar tomar um cafezinho, aí a gente vê que aquela pessoa tá com a necessidade de conversar, e eu fico ali 20, 30 minutos com a pessoa, e aí me mostra o medicamento que tá tomando, com quem consultou, o problema de saúde que tá enfrentando [...] (ACS2 - USF Branca)

O ato de acolher se insere em um campo relacional que aproxima o profissional de saúde do usuário para considerá-lo como sujeito portador de desejos e projetos de vida, e atendê-lo em suas demandas de saúde, possibilitando estabelecer com ele uma relação de confiança, e intercessora. Assim, o ato de acolher é construído a cada encontro singular entre trabalhador e usuário, cuja ação é pautada por valores como respeito, diálogo adequado e vínculo. Ao orientar a prática por tais valores autores qualificam o acolhimento como uma tecnologia leve (FRANCO; MERHY, 2005). Já Mattos (2005) destaca que a tecnologia leve compõe uma dimensão da integralidade referente às práticas profissionais (traço da boa medicina).

Outra associação percebida para o atendimento integral é quando a escuta às necessidades do paciente é orientada pela busca em resolver a demanda, independente da especificidade do profissional na equipe de saúde.

Eu faço o que meu coração mandar. Às vezes a pessoa me pergunta se aqui tem possibilidade de fazer um exame, então eu vou ver, pergunto [...] Não é porque eu trabalho com o dentista que vou virar e falar "não posso". (ASB - USF Azul)

O profissional entende que é preciso dar uma resposta à necessidade do usuário, se deslocando de uma postura engessada para um campo mais relacional. Por parte do usuário, Franco e Merhy (2005) destacam que há uma expectativa de

que o acolhimento na unidade de saúde permita uma atuação sobre seu problema, de forma a resolvê-lo.

Ao acolher este usuário e estabelecer com ele uma relação interpessoal e dialógica, o profissional tem possibilidades de captar informações adequadas para ofertar um atendimento mais ajustado às suas necessidades e realidade de vida, conforme observado por um profissional da USF:

[...] é uma coisa meio clichê, mas a história do paciente é tudo, se você não tem a história da vida da pessoa, você não consegue ajudar ela no aspecto integral. (M1 - USF Vermelha)

Vale destacar que em uma relação interpessoal na perspectiva da integralidade, é preciso considerar o foco da atenção no usuário numa lógica de valorização deste como protagonista do seu cuidado e sua autonomia. Que essa abordagem não tenha como balizes a história do paciente e o *sentido de ajuda* apenas, mas se atente também para a inserção desse usuário, na gestão de seu cuidado, contribuindo para ampliar a autonomia deste usuário e corresponsabilidade no processo saúde doença (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, G. W. S., 2009), e não apenas lhe impor um saber técnico dominante.

Nessa abordagem dialógica, é preciso tomar cuidado com o que Rosemberg (2009) chama de *relação paternalista*, onde usuários dos serviços estão acostumados a receber informações prontas pelos profissionais. Nas palavras do autor: “Tal expectativa paternalista se constitui um obstáculo à criatividade e à possibilidade de construção de novos conhecimentos, que levem em conta o saber e a experiência de todos” (ROSEMBERG, 2009, p. 762).

Assim, a implementação do acolhimento nos processos de trabalho das equipes implica na reorganização dos serviços de modo que possibilite a intervenção da equipe na escuta, elaboração do projeto terapêutico de forma coletiva, integração entre a equipe e com outros setores para mobilizar saberes em busca de respostas, capacidade profissional em responder à necessidade de saúde apresentada com resolutividade e responsabilização, relação mais humanizada com o usuário que possibilite seu protagonismo (CAVALCANTE FILHO et al., 2009; FRANCO; MERHY, 2005).

Ao analisar os relatos verifica-se que o entendimento de acolhimento pelos profissionais das USF está focado na escuta qualificada e na responsabilização. É

premente avançar para uma abordagem mais complexa, como destaca os autores, ao propor a implementação de projeto terapêutico coletivo e a integração com outros setores das políticas públicas.

Os profissionais também percebem que com a manutenção do vínculo estreita os laços de confiança do paciente, permitindo-lhe um diálogo mais aberto com os pacientes, atentando-os para as suas responsabilidades.

[...] E pelo tempo que trabalho, já alguns anos, acaba criando um vínculo com a família, né? Tem uns meninos, meninas que eram novinhos, agora tem 18 anos e eu conheci elas com 14, já tão com filho, e, acaba a gente dando uns puxões de orelha também, né? É chamar a atenção, orientando e acaba...é criando um vínculo. Aí a gente acaba se apegando, é o carinho e tudo [...] (ACS6 - USF Azul)

Estabelecer o vínculo é uma diretriz da Atenção Básica que consiste “na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde” (BRASIL, 2011b, p. 48).

7.1.2.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar (VD) foi apontada pelos profissionais como outra atividade realizada no cotidiano dos serviços cuja prática de atendimento integral pode ser viabilizada ao propiciar maior aproximação dos profissionais com a família, o que possibilita compreender o ambiente de convívio e as variáveis que podem intervir na melhor adesão a um tratamento, por exemplo.

E eu acho pra mim, a maior lição de integralidade é a visita domiciliar. A cada dia, cada visita, eu aprendo com cada um deles. Por que você consegue tocar a família, um idoso, para o tratamento dá certo, isso é importante. Eu vou passar por cima disso? [...] Semana passada tivemos duas ótimas visitas. Estavam realmente precisando. É isso, acho que é isso (M2 - USF Azul)

[...] esse fator surpresa da visita domiciliar é bom porque você consegue pegar alguma situação, vê o que realmente se passa naquela família [...] (TE - USF Vermelha)

A visita domiciliar é uma atividade peculiar do processo de trabalho na ESF através da qual se produz um cuidado à saúde ao indivíduo ou família. Está inserida em um atendimento integral na medida em que “possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalece o vínculo e qualifica o acesso à saúde de pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção” (BRASIL, 2013a, p. 49). A visita domiciliar permite ao profissional implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doença, orientação e acompanhamento quanto ao uso de medicamentos, quanto ao autocuidado, orientação quanto à organização dos serviços na unidade. Em conjunto, os profissionais de saúde devem programar as VD tendo como critérios os fatores de vulnerabilidade e riscos das famílias (BRASIL, 2013a).

Numa concepção ampliada de saúde, a VD possibilita aos profissionais avaliarem os vários determinantes da saúde (sociais, econômicos, culturais, psicológicos) hábitos de vida e a relação do indivíduo com seu meio. Ao entrar no contexto familiar, identificar suas demandas e potencialidades, o profissional tem a possibilidade de estruturar um cuidado mais ajustado à realidade de vida das famílias.

Neste cenário de estreita relação com as famílias, cabe ressaltar a importância da abordagem familiar, que deve estar voltada para uma atenção mais humanizada, mais centrada nos usuários e em suas demandas, fortalecendo assim o vínculo (ABRAHÃO; LAGRANCE, 2007).

O vínculo por sua vez, reforça os laços de confiança entre profissional-família, tornando-se uma relação enriquecedora para ambos conforme consta no fragmento do relato: “*a cada dia, a cada visita, eu aprendo com cada um deles [...]*” (M2 USF azul), e contribuindo assim para a adesão às propostas da equipe Saúde da Família.

Não foram mencionadas pelas equipes, atividades relacionadas às práticas profissionais que corroboram para um atendimento integral, como reuniões para planejamento das ações conforme as necessidades em saúde apresentadas, reuniões com conselhos de saúde, ações de promoção de saúde por território, educação permanente dos profissionais, entre outras que constam no instrumento AMAQ/2013 (BRASIL, 2013a). Este fato denota que a compreensão da integralidade nas práticas, no cotidiano dos serviços, encontra-se pouco abrangente por parte dos

profissionais das equipes, e deste modo se constitui um obstáculo para a organização do processo de trabalho.

7.1.3 Avanços e desafios relacionados a um atendimento integral

7.1.3.1 Avanços relacionados a um atendimento integral

Ao identificar os fatores que contribuem (avanços) para um atendimento integral pela percepção dos profissionais de saúde, foi possível elencar duas subcategorias: Atendimento às necessidades em Saúde e Trabalho em equipe.

7.1.3.1.1 Atendimento às necessidades em saúde do paciente

A mudança de postura profissional implica na adoção de condutas importantes no cotidiano dos serviços, como visualizado por alguns profissionais:

Um ponto positivo que eu vejo é a comunicação,... acho que a gente não atingiu o que a gente almeja, mas tá fluindo. A compreensão também, entendeu? Conversar mais com esse povo. Isso eu acho que é um ponto positivo porque aos poucos está fluindo. (ACS3 - USF Azul)

Paciência também é uma coisa muito positiva, porque tem que ter [...] A paciência pra mim é um dos pontos mais positivos do “conteúdo” (de abordagem integral do paciente), é o que contribui [...] (ACS1 - USF Azul)

Os relatos anteriores identificaram a comunicação e a paciência como fatores que corroboram com o processo de trabalho das equipes. Isso porque no modelo assistencial biomédico, as relações entre profissionais e usuários se constituem de forma burocrática e orientadas pelo ato prescritivo e produtoras de procedimentos. As mudanças nas práticas profissionais direcionadas para a integralidade exigem que o profissional se desloque da postura de um saber técnico hierarquizado em relação ao usuário, para uma relação dialógica mais horizontalizada/democrática (FRANCO; MERHY, 2005), pautada na “compreensão,

paciência e na boa comunicação” (recortes das falas descritas acima) que vai além da transmissão de informação, mas que esteja imbuída pelo respeito ao próximo e a necessidade de sua coparticipação.

Um dos conjuntos de necessidades em saúde, conforme destaca Cecílio (2001) é o acesso às tecnologias em saúde. Neste âmbito, profissionais atribuíram a facilidade de acesso do usuário à saúde e a resolutividade dos problemas pertinentes à Estratégia Saúde da Família, como fatores que corroboram para a integralidade na assistência, conforme relatos:

[...] acho que o que contribui é o acesso... a facilidade de acesso é um ponto inigualável...o paciente, é, pelo menos aqui, tem a facilidade de ser atendido de alguma forma...essa facilidade de conversar com a enfermeira, com o dentista, comigo... a gente não tem porta fechada pro paciente [...].
(M - USF Branca)

[...] a facilidade de acesso à saúde, facilidade de atendimento para as pessoas, não precisam acordar mais de madrugada para serem atendidas [...]. (D - USF Branca)

[...] porque as pessoas estão sendo atendidas a tempo e hora..., temos médicos, dentista [...] o médico vai atender na zona rural [...] se chega com a pressão alta a gente encaminha para o pronto socorro [...] então eu acho que o PSF consegue oferecer um atendimento de muito boa qualidade.
(ACS1 - USF Vermelha)

A Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), estabelece que a Atenção Básica tem como uma das diretrizes: propiciar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, envolvendo assim o atendimento do usuário e continuidade das ações em todos os níveis de atenção: Primário, Secundário e Terciário, bem como a articulações de ações preventivas, de promoção da saúde, de tratamento e cura nesses níveis.

Este acesso à rede pressupõe o que Cecílio (2001) defende sobre o acesso às tecnologias em saúde, onde de acordo com a complexidade de cada necessidade em saúde, esta será atendida no nível correspondente.

Constata-se também nos depoimentos que a concepção dos profissionais sobre acesso está voltada eminentemente para o atendimento às consultas, ou a um atendimento técnico, ações de tratamento e cura, concepção essa atrelada ao modelo biomédico. Vale ressaltar que o acesso aos serviços de saúde também

ocorre no âmbito das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, individual e coletivamente.

7.1.3.1.2 Trabalho em equipe

Os profissionais também entendem que o trabalho em equipe é um fator que contribui para estruturação de um atendimento integral.

[...] ter a equipe toda trabalhando em prol disso é essencial, assim, que faz dar certo, né? (M2 - USF Azul)

O trabalho em equipe é muito importante, e esse trabalho começa desde lá na portaria com boa comunicação e integração da equipe. (E - USF Azul)

[...] colaboração de todos, isso contribui! Aqui no Posto a gente tem até uma ligação muito boa com os médicos, Enfermeira, dentista [...]. (TE - USF Vermelha)

Eu tenho visto, nos últimos meses, um ponto muito positivo a comunicação entre os médicos...e isso é muito bom, até nesse ponto a gente vê a integralidade aflorar, porque se eu não consigo visualizar um problema eu peço ajuda do outro, converso [...]. (E - USF Vermelha)

O trabalho em equipe integrado não se configura em uma “justaposição de ações”, e não acontece quando as diferentes especialidades dividem o mesmo espaço ou situação de trabalho. A integração entre o trabalho dos diferentes profissionais, no sentido da interdisciplinaridade, ocorre quando há a comunicação e a interação adequadas, o reconhecimento mútuo dos saberes profissionais, e o estabelecimento de conexões que permitam dar respostas/resolutividade às necessidades em saúde apresentadas pelos usuários (PEDUZZI, 2007). Nas palavras da autora: “O reconhecimento do trabalho do outro também pressupõe uma concepção de processo saúde-doença que contemple suas múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da saúde” (PEDUZZI, 2007, p. 163).

Desta maneira, a interdisciplinaridade visa superar a valorização desigual dos diferentes trabalhos, concepção e prática com raízes no modelo assistencial biomédico especialista, onde predomina a hierarquia de saberes profissionais de

diferentes áreas de atuação, com decisões verticalizadas, sem espaço para o entendimento e articulação de ações (PEDUZZI, 2007).

Tais características não têm afinidade em um contexto onde o conceito ampliado de saúde e o princípio da integralidade da atenção são os eixos ordenadores das práticas profissionais. Neste modelo é preciso que as relações profissionais sejam democráticas, que não haja disputas e hierarquias nas intervenções, conforme expresso pelos profissionais nos relatos a seguir:

Eu acho que é o trabalho em equipe, né? Porque igual a gente médico que fica aqui no Posto, não tem acesso todo dia a casa do paciente, então a gente precisa do agente pra trazer o contexto do paciente pra gente, esse trabalho ajuda muito... (M2 - USF Vermelha)

Aliás, eu acho que a equipe inteira um depende do outro, né? [...] eu saio pra visitar com as agentes toda sexta e se precisar eu ligo pro médico [...] então não tem como trabalhar sozinho né? (TE - USF Vermelha)

E os agentes também ajudam muito e falam: “o paciente tá assim, tá precisando disso, tá com a autoestima baixa”, porque aqui a gente não cuida só da cárie, mas do sorriso [...] (D - USF Azul)

Nos depoimentos anteriores verifica-se que os profissionais conseguem visualizar que no trabalho em equipe há a necessidade de um trabalho integrado e articulado aos saberes e competências do outro para se operacionalizar um atendimento integral.

Na relação interdisciplinar do trabalho em equipe, o empenho profissional fundamentado na satisfação de atendimento dos usuários foi apontado como um fator que também contribui para o atendimento integral, conforme os relatos:

Eu acho que o que contribui muito aqui, eu vejo todo mundo aqui empenhado em ter essa visão integral do paciente, todo mundo quer que a pessoa fique bem como um todo [...] Se você fala assim: Ah, fulano tá precisando disso, na mesma hora se tenta resolver [...] (M2 - USF Vermelha)

Eu vejo como ponto positivo é que aqui dentro da unidade o que a gente pode fazer, o que está ao nosso alcance, a gente procura atender, né... é satisfazer aquele usuário [...] (E - USF Branca)

Portanto, torna-se mister empenhar-se, trocar conhecimentos, experiências e reunir competências para ofertar o cuidado, que atenda às necessidades em

saúde dos usuários em suas várias dimensões, e ajustado ao contexto e território em que vivem, em rumo à integralidade.

Contudo, é preciso oportunizar um momento para que os profissionais possam discutir suas dificuldades e encontrar soluções em conjunto para as demandas expressas pelos usuários. No presente estudo os profissionais percebem e valorizam as reuniões como forma de trabalho em equipe, ao auxiliar na organização dos serviços orientada pelo olhar da prática profissional e da análise da produção, as quais entendem que retrata a direção que deve ser assumida pela equipe com foco nas necessidades dos usuários, contribuindo para um atendimento integral:

A Enfermeira empregou agora uma reunião por mês onde a gente pode falar sobre o que a gente tá precisando, que tá acontecendo no posto de saúde, ... então isso vai ajudar mais nosso trabalho, ... é muito bom pra gente (ACS3 - USF Branca)

[...] todo mês quando a gente fecha a produção, a enfermeira reúne, e a gente bate um papo legal, sobre as dificuldades, então a gente tem esse encontro que é muito bom [...] (ACS1 - USF Vermelha)

As reuniões entre as equipes é uma conduta pontuada no instrumento AMAQ como componente da organização do processo de trabalho com vista ao alcance da integralidade da atenção. Segundo o instrumento, através dessas reuniões é possível discutir: “questões administrativas e de funcionamento da USF, diagnóstico e monitoramento do território, dos indicadores de saúde, discussão de casos, troca de conhecimentos e experiências, planejamento de ações e visitas domiciliares e avaliação dos serviços da equipe”, entre outras (BRASIL, 2013a, p. 50). O documento ainda atenta para a importância da participação dos ACS no planejamento de ações do território.

Observa-se que os depoimentos acima partiram dos Agentes Comunitários de Saúde. Não foi externalizada nas falas dos profissionais médicos e de saúde bucal a questão da reunião de equipe. Foi destacado o trabalho coordenador da enfermeira neste espaço de discussão dos serviços, cuja responsabilidade é de buscar e articular soluções.

Por conseguinte, o avanço percebido pelos profissionais no âmbito do trabalho em equipe é destacado no que tange a comunicação e maior integração

entre os profissionais. No entanto, é importante assinalar que contatos isolados entre os profissionais, por exemplo, médico-agente, não propiciam uma discussão enriquecedora que agregue vários conhecimentos e experiências para enfrentar as múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Carece, portanto, de estímulo e adesão de todos os profissionais às reuniões propostas nas USF.

7.1.3.2 Desafios relacionados ao atendimento integral

Neste item os depoimentos dos profissionais remeteram a três subcategorias, a seguir: falta de adesão da comunidade às propostas da ESF; problemas na operacionalização da rede de atenção à Saúde e rotatividade de Profissionais.

7.1.3.2.1 Falta de adesão da comunidade às propostas da ESF

A mudança de modelo assistencial proposta pela ESF exige que profissionais e usuários, estejam emponderados de conhecimento suficiente para que entendam suas responsabilidades no processo saúde-doença. No entanto, essa não é uma realidade apresentada no que tange as ações da ESF no município em estudo. Não há entendimento por parte da comunidade sobre o processo de trabalho da equipe de saúde da família, repercutindo negativamente na aceitação por parte da comunidade de atividades propostas pelas equipes em seu plano terapêutico, dentre elas a visita domiciliar e as ações preventivas, que em muitas vezes são valorizadas pela equipe, propiciando ao usuário mais facilidade no acompanhamento de sua saúde.

[...] quando eu comecei aqui há 3 anos, a gente teve uma reunião para mudar o funcionamento do atendimento odontológico, porque algumas vezes a pessoa tinha que vir de madrugada para marcar o atendimento... e a proposta era boa, só que eu tive muita dificuldade, porque algumas pessoas não aceitavam a mudança [...]. Eu fico pensando, onde está o erro? ... Eu acho que o problema é a falta de "orientação" das pessoas que não procuram fazer um acompanhamento preventivo [...] (D - USF Azul)

Essa questão da visita domiciliar...é ...existem pacientes e pacientes...às vezes você volta de uma visita até pior, porque você não encontra na família uma ajuda, um apoio pra fazer o tratamento daquele idoso ou acamado dar certo...vejo um descaso talvez [...]. (E - USF Azul)

Nesse aspecto, Andrade, Bueno e Bezerra (2009) contribuem com seus estudos, apontando como um dos desafios do SUS e da ESF, a necessidade de se implementar uma política de comunicação social para ampliar o conhecimento da população sobre as características do sistema de saúde e dinâmica da ESF, propiciando maior participação popular e seu apoio no fortalecimento das ações da ESF.

Algumas falas revelam as dificuldades dos profissionais em se articular com usuários diante de questões políticas, o que leva ao entendimento serem questões político partidárias, que prejudicam a aproximação do profissional, o estabelecimento de uma comunicação adequada, o vínculo, e a adesão às propostas da ESF.

[...] muitas vezes o que prejudica é a aceitação... é... tem pessoas que não aceitam a visita domiciliar [...]. (ACS4 - USF Azul)

[...] tem vez que a gente chega na casa, a pessoa mal olha pra cara da gente e vai assinando a fichinha... acho que eles pensam que a gente vai lá só pra assinar a fichinha e que aquilo é um “ganho” pra gente...mas não é... a gente quer saber...é, eu me interesso em saber o que a família está precisando [...]. (ACS3 - USF Azul)

[...] Aqui é a política que eu acho assim que atrapalha demais... a minha sorte é que eu encontro as pessoas na rua e ali mesmo eu converso... mas assim é, eu não tenho coragem de bater naquela porta, elas não me dão abertura pra isso, entendeu? (ACS1 - USF Vermelha)

Tem casa que dá pra você fazer um serviço direito, mas tem casa que é... não tem. Tem casa que eles te atendem no portão [...]. (ACS3 - USF Vermelha)

Sobre este contexto, Medeiros e outros (2010, p. 1526), asseveram que “Tendo em vista a tradição política no país, dissociar as políticas públicas sociais da ação político partidária ainda é complexo, pois há interferências que causam prejuízos na condução dessas ações sociais como se caracteriza a ESF”. Os autores ainda acrescentam que em algumas situações, “agentes políticos projetam nas ESF a expectativa de apoio eleitoral, buscando no trabalho das equipes promoção pessoal [...]” (MEDEIROS et al, 2010, p. 1526).

Assim na comunidade, alguns usuários criaram uma ideologia que o trabalho das equipes de S.F desenvolvido no município, está associado a algum tipo de ação ou apoio político – partidário, e por se posicionarem contra aquele partido ou político, não aderem às propostas da ESF.

Outro aspecto pontuado pelos profissionais como de grande entrave na adesão da comunidade às propostas da ESF, e conseqüentemente a conformação de um modelo de atenção centrado na integralidade da atenção, é a valorização da atenção curativa por parte dos usuários, como solução para seus problemas de saúde, cuja demanda prioritária é a consulta médica não valorizando as ações preventivas e de acompanhamento.

[...] tem paciente que é impaciente... às vezes tem aquela consulta que não é muito urgente pode esperar e aí eles chegam aqui na unidade e [...] pegam pesado [...] (ACS3 - USF Branca)

[...] tem gente que chega no meu consultório e diz tô precisando de uma receita, mas eu digo não é isso, você veio pra uma consulta médica, aí ele diz, mas eu não estou sentindo nada! Acha que é só isso, não tem aquela visão preventiva... Tradicionalmente isso faz parte da cultura do país... não tem aquela cultura preventiva...infelizmente. (M1 - USF Vermelha)

Na verdade, a população que frequenta essa Unidade aqui, ainda não sabe o que é programa saúde da família, eles ainda querem o modelo curativo, eles não querem passar pela prevenção, um exemplo disso é o controle dos hipertensos e diabéticos, eles precisam passar por uma consulta de 3 em 3 meses, eles acham que não, só precisam da receita, não entendem porque que tem que vir consultar! Então tenho que explicar pra eles [...]. (E - USF Vermelha)

A Estratégia Saúde da Família foi proposta com o objetivo de trabalhar as ações programadas e a demanda espontânea, e assim possibilitar que as ações nos serviços orientados pela ESF possam articular ações curativas e ações promocionais e de prevenção (BRASIL, 2012a).

Contraditoriamente o que se percebe é que as USF estão pressionadas por uma demanda curativa (consultas, procedimentos) reflexo do antigo modelo de atenção biomédico ainda presente nos serviços de APS. Isto se configura em um desafio para os profissionais do município que devem informar a população sobre a dinâmica de trabalho das equipes de saúde da família, envolve-los, para obter melhor compreensão e apoio na reorientação do modelo assistencial à saúde.

Entre os profissionais de saúde bucal essa situação foi apontada intensamente, como um fator dificultante, demonstrando que a demanda espontânea na área odontológica é uma forte realidade nas USF, conforme depoimentos:

A gente passa por algumas dificuldades [...] E não sei o que está acontecendo ultimamente não estou conseguindo fazer aquele atendimento completo, tenho que atender muita gente, mais rápido. Acaba que a produção é até maior do que era, mas é assim, muita urgência [...]. (D - USF Azul)

[...] e como essa aqui é uma unidade nova, encontramos uma carência muito grande, é um atendimento muito curativo, curativo...então a gente tá com a corda no pescoço [...] (D - USF Branca)

[...] eu até queria fazer as visitas, mas ainda não consegui, é muito atendimento aqui [...]. (D - USF Vermelha)

O que se percebe pelos relatos anteriores é que os profissionais demonstram conhecer as prerrogativas da ESF e interessam por suas atividades. Há um esforço da equipe para a oferta de outras ações que não seja os procedimentos clássicos de um serviço de saúde (consulta, exame, remédio, etc).

No entanto, verifica-se que o modelo assistencial fomentado pela Secretaria Municipal de Saúde e estruturado nas ESF está voltado para a produtividade, por conseguinte o processo de trabalho das equipes ainda permanece organizado nos moldes do modelo assistencial biomédico.

Portanto, podemos inferir que os profissionais vivem um conflito em relação a forma de como orientar suas práticas e assim a organização da unidade. Convivem com uma intensa demanda curativista, centrada em consultas e procedimentos por parte da comunidade, a qual é fomentada pela política pública municipal, que acaba por absorvê-los em atividades essencialmente curativas e muitas vezes de baixa resolutividade para o problema de saúde, especialmente quando este pode ser tratado sob outra perspectiva que não seja uma consulta, ou um exame, o que contribui para a baixa efetividade da integralidade.

Tal contexto gera dificuldades para se efetuar o planejamento estratégico situacional, um dos pressupostos para a organização da ESF (CAMPOS, E. M. S., 2007).

O entendimento sobre as propostas da ESF, e a reorientação do modelo assistencial por parte da comunidade, ainda é desafio a ser superado na opinião dos profissionais:

[...] tudo tem a questão da inversão do modelo, né, e aqui eu vejo que eles são um pouco resistentes ao modelo de saúde da família, por conta do modelo antigo assistencialista, né? A gente vê muita procura – “Ah eu quero cardiologista! Ah, eu quero um ginecologista!” ... tem muita coisa que a gente pode resolver, mas é uma coisa cultural, acredito que os agentes vejam muito isso, a cultura da rejeição, né? Tem muita resistência ainda, nesse ponto. É uma coisa histórica [...] (M2 - USF Azul)

Eu penso que isso é uma questão cultural... é uma questão de muito tempo em que as pessoas foram acostumadas a correr pro pronto atendimento, e isso é ...não vai ser mudado de uma hora pra outra... (TE - USF Vermelha)

Verificam-se nos depoimentos profissionais anteriores a lógica da urgência de atendimento à condição aguda, e, a não aceitação do médico de família por parte de alguns usuários, quando estes fazem opção pelas especialidades, como expresso no fragmento da fala “[...] Ah eu quero cardiologista! Ah, eu quero um ginecologista! [...]” (M2 - USF Azul).

Alguns estudos vêm apresentando que a concepção e demanda da comunidade ainda continua ligada ao modelo assistencial biologicista, especialista e fragmentador (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006; MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011). O que não foi diferente no município estudado.

A maneira como foi implantada a primeira ESF no município de Piraúba pode justificar a pouca receptividade da comunidade às propostas. Ela ocorreu no ano de 1997 e de uma forma verticalizada e “abrupta”. Houve a organização política do programa, a contratação dos profissionais e a adstrição do território. Mas, não houve a informação e participação da comunidade, e dos demais profissionais de saúde do município que desconheciam a dinâmica de trabalho da equipe, vantagens e formas de inclusão. “O município dormiu com uma UBS e acordou com uma ESF” (percepções obtidas através da vivência da pesquisadora no município).

Outro aspecto importante é que o município funcionou com apenas uma ESF por sete anos, frente a uma comunidade que viveu durante anos nos moldes de atendimento biomédico curativista:

[...] trabalho no serviço de saúde faz uns 14 anos, e a gente vê toda essa evolução que passou o Programa de Saúde da Família, principalmente em nossa cidade. Aqui tinha um PSF que funcionou muito tempo, só um! Um atendimento muito curativo [...]. (D - USF Branca)

Esta situação causou conflito de concepções na comunidade e profissionais de saúde (uma parte do município tentava implantar a demanda programada em articulação com a espontânea e a outra parte do município funcionava apenas com a demanda espontânea).

Nesse contexto, alguns questionamentos se colocam pela pesquisadora como necessários: Como uma única ESF conseguiria inverter um modelo de atenção no município diante de uma lógica de funcionamento de serviços que operou durante anos nos moldes biomédico-curativista? Como mudar a concepção da comunidade de apenas uma parte do município? Como é organizar um processo de trabalho permeado de conflitos de interesses entre profissionais, comunidade e gestores?

Este cenário contraditório, como já esperado, não propiciou a reorganização do modelo de atenção no município, e a ESF funcionou durante anos reproduzindo uma atenção à saúde centrada no atendimento médico hegemônico, o que consubstanciou a falta de entendimento da comunidade às propostas da ESF e do novo modelo assistencial, dentre elas a integralidade.

Apesar da forma como a ESF foi implantada e a manutenção do modelo biomédico/curativista e do comportamento da comunidade em ver a saúde como ausência de doença, os profissionais se sentem compromissados com atendimento de forma mais integral, conforme destacado nas falas:

[...] E a gente tem que a cada dia lutar contra isso, procurar fazer um atendimento de qualidade um atendimento integral, um atendimento visando outros profissionais da área, né, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, pra fazer um também acompanhamento melhor, mas acho que tem gente também querendo aderir aos tratamentos, retornar, eu estou achando bem positivo aí, né? E é isso aí, com força, com união, com integração, a gente vai vencer. (M2 - USF Azul)

[...] eu passei por essa fase de todo processo evolutivo, e hoje a gente vê essa questão da prevenção é fantástico, na minha área, na área médica também [...] uma evolução muito legal...eu deixo bem claro temos muito a evoluir ainda, mas se você olhar pra trás, muita coisa melhorou. (D - USF Branca)

Os profissionais percebem que houve melhorias na oferta de ações ao não ser toda a demanda orientada para o encaminhamento ao médico, por exemplo. Conforme o entendimento dos profissionais, essas melhorias perpassam pelo estímulo às ações de prevenção, e pela interdisciplinaridade, através da integração de vários saberes e competências profissionais.

7.1.3.2.2 Problemas na operacionalização da rede de atenção

Para abranger a multiplicidade que envolve o processo saúde-doença, no sentido de um cuidado integral é preciso atuar de forma articulada, onde cada ponto de atenção, com aporte de conhecimentos e tecnologias específicos, se organize para responder às necessidades dos usuários, dando prosseguimento ao cuidado. Nesta lógica, as unidades de saúde atuam em rede, fortalecem o princípio da integralidade e contribuem para a resolutividade das ações.

Observa-se, porém, que referenciar o paciente a partir da Atenção básica no município, vem encontrando problemas:

A maior dificuldade enquanto médica que enfrento é quando preciso de um atendimento fora do domicílio, né... Primeiro que a gente não tem contra referência nenhuma, nenhuma, nenhuma. Não mandam, não escrevem nada [...] Já melhorou muito com o advento dos consórcios, porque antes desses consórcios era uma coisa absurda. Você precisava de uma consulta com um gastro meio que urgente, levava meses depois, entendeu?... complicado isso! Aqui ainda temos a facilidade de ter ginecologista, cardiologista, psiquiatra ... dentro do município [...]. (M - USF Branca)

Eu vejo assim, às vezes a gente consegue, mas eu vejo assim uma espera mais longa. Um cardiologista, um psiquiatra, é uma coisa que poderia fluir melhor, né? Porque tem muitos encaminhamentos para isso. (E - USF Azul)

Eu acho que... é... o que não depende só da gente pra atender o paciente é o que dificulta...às vezes a pessoa precisa de uma consulta tal com o especialista... aí dificulta. (E - USF Branca)

Constata-se nas falas dos profissionais que a rede de atenção à saúde é fragmentada: alta demanda por especialidades, número reduzido de vagas disponíveis, gerando longas esperas pelos atendimentos e prejuízos na resolutividade das ações com comprometimento da integralidade. O município

disponibiliza algumas especialidades, os consórcios realizam alguns atendimentos, mas não há contrarreferência.

O relato de um profissional da área odontológica complementa que alguns procedimentos especializados relacionados à saúde bucal, ainda não foram totalmente estruturados no âmbito intermunicipal, impedindo a continuidade e finalização do cuidado, como expresso a seguir:

O que eu vejo como uma dificuldade é a especialidade também, porque no caso a gente faz um atendimento básico, e no caso das próteses já é uma especialidade, através de um programa do governo, faz-se um repasse pra essa função, mas se a pessoa necessitar de um atendimento diferenciado, um tratamento de canal, nossa referência seria o CEO de Ubá, mas o CEO de lá começou a funcionar tem pouco tempo e não dá conta nem do município de Ubá! [...]. (D - ESF Branca)

Para o Ministério da Saúde, a ESF é capaz de resolver em torno de 80% dos problemas de saúde das pessoas (BRASIL, 2012c) Desta forma, a ESF, enquanto estratégia de organização do primeiro ponto de atenção na rede, deverá se organizar através de um trabalho em equipe interdisciplinar para dar uma resposta positiva às necessidades em saúde apresentadas e referenciar o paciente após esgotada todas as possibilidades de atendimento. Referenciar o paciente a partir da Atenção Básica representa dar continuidade às ações e serviços pelos pontos de atenção à saúde, orientando-se pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012a).

Contudo, verifica-se através dos relatos que não há garantia de atendimento para as especialidades referenciadas pelas equipes, dificultando a organização destas para o atendimento de grande parte das necessidades apresentadas.

Para a continuidade do cuidado é importante também que se tenha a contrarreferência, a qual se configura no “retorno” ao ponto inicial que desencadeou o encaminhamento, para melhor acompanhamento da necessidade do usuário. Quando tal procedimento acontece estabelece-se um sistema de comunicação entre os níveis que se organizam e se articulam a partir desse processo, o que se torna fundamental quando se pensa em estruturar as ações de saúde no âmbito da integralidade e da resolutividade (BRASIL 2012a; MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Assim, a contrarreferência tem sido um ponto fundamental para a equipe de Saúde da Família que é responsável pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário.

Para os profissionais não só a referência, mas também a contrarreferência tem se configurado como um grande “nó” nas relações profissionais e fluxo dos usuários entre os pontos da rede.

[...] contrarreferência também é um problema, às vezes o paciente não sabe dizer nem o que o médico lá falou, porque às vezes o médico não conversa com ele...às vezes o paciente diz pra mim: olha doutora o médico nem olhou nos meus olhos... ele só chegou, escreveu e me deu a receita, nem examinou... eles vêm inseguros, meio que “crus” sem saber o que aconteceu naquele momento com o especialista [...] (M - USF Branca)

Não existe contrarreferência, não existe! (M1 - USF Vermelha)

[...] um dos exemplos que nós temos é a questão psiquiátrica dentro do município. Ele pediu um prontuário só pra ele, lá onde atende, mas e aí? E a contrarreferência? ... Como é que a gente vai saber qual a medicação e a conduta certa? (E - USF Vermelha)

Os relatos afirmam a não existência da contrarreferência, pois não recebem informações sobre o tipo de cuidado realizado com o usuário encaminhado, o que impossibilita o acompanhamento.

O primeiro relato demonstra ainda fragilidade que persiste na relação médico/paciente, onde se pesa o caráter tecnicista, com foco na doença e aspectos biológicos pelo profissional. Carvalho e Cunha (2009) endossam esse contexto quando afirmam que:

Serviços centrados nas doenças tem grandes dificuldades de lidar com a complexidade dos sujeitos individuais e coletivos, com a chamada falta de adesão aos tratamentos, com os efeitos culturais das ações de saúde, com os pacientes que porventura não se encaixam nos diagnósticos (chamados poliqueixosos), com problemas sociais e com queixas subjetivas ou relacionais. (CARVALHO; CUNHA, 2009, p. 841).

Franco e Merhy (2005) atentam sobre a necessidade de mudanças no campo relacional, dando ênfase nas ações de acolhimento, vínculo e corresponsabilização do usuário. Insta salientar que a continuidade do cuidado pelos diversos pontos da atenção se faz pelos intercâmbios entre competências e saberes

profissionais, mas deve ser fundamentado e centrado no usuário, enquanto sujeito de direitos e como coparticipante de seu cuidado.

Mendes (2011) contribui com seus estudos atentando sobre os diversos problemas enfrentados pela Atenção Básica na constituição da Rede de Atenção, dentre eles: “atenção às condições crônicas centradas no cuidado médico e não da equipe multiprofissional, a ausência de educação permanente aos profissionais da APS, ausência de educação em saúde pautada por diretrizes clínicas para ampliar o protagonismo dos usuários, a falta de um plano terapêutico elaborado de forma colaborativa entre profissionais e com o usuário” (MENDES, 2011, p. 54-55)

Assim, as práticas profissionais na Atenção Básica orientam a rede de serviços regionalizada e hierarquizada, e incluem também a articulação de ações intersetoriais para um cuidado contínuo e integral.

Na visão dos profissionais a questão da intersetorialidade tem esbarrado em problemas de ordem burocrática na relação entre setores no município. A integração entre os setores deveria acontecer por mecanismos estabelecidos previamente, o que facilitaria a resolução do problema quando este requer apoio de outro setor que não seja o de saúde.

Nós temos muita dificuldade de acesso ao serviço social, a educação [...] a gente tenta, mas a burocracia marca muito. Tudo tem que ser através de documento, e, isso dificulta muito nosso trabalho. Eu acho que a gente poderia trabalhar mais próximo, mais junto [...] Como você vai trabalhar a pessoa como um todo sem a ajuda o apoio do serviço social e da educação? (E - USF Vermelha)

[...] Tem 3 semanas que pedi uma visita do serviço social para um paciente psiquiátrico e até agora nada...os projetos (ESF) são ótimos gente... quando depende da gente você vai lá e resolve, mas quando depende dos outros aí pronto, começa a esbarrar nessas dificuldades [...] (ACS1 - USF Vermelha)

Um trabalho integrado entre os setores torna-se assim um pilar da integralidade, pois implica que diferentes instituições (além da saúde) se articulem e se orientem por um objetivo comum, buscando elos intencionais e necessários, estratégias frente aos problemas apresentados (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Esses problemas de integração têm afetado também a articulação com o setor de transporte no município, repercutindo na programação e execução das visitas domiciliares, como referenciados abaixo:

Visita domiciliar, condução... carro. É um problema, é. (ACS5 - USF Azul)

[...] dificuldade de locomoção, de carro...eles acham que agente tem que ir de qualquer jeito...isso acontece também com a Enfermeira ...muitas vezes vai no carro dela pra roça... pra resolver algum problema [...] (TE - USF Vermelha)

Os problemas e dificuldades destacados na relação entre os setores com certeza compromete a responsabilização pelo cuidado na Atenção Básica, a continuidade deste e, conseqüentemente a efetividade das ações das USF do município.

Os depoimentos anteriores corroboram com estudos sobre os desafios das ações intersetoriais, da referência e contrarreferência no âmbito da Atenção Básica (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012; BRASIL 2006b, 2012a; MENDES, 2011) o que vem prejudicando a qualificação das ações da atenção básica e a materialização de um atendimento integral.

Para Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) os obstáculos relacionados ao desenvolvimento de ações intersetoriais perpassam pelas dificuldades burocráticas, despreparo político e técnico de gestores e profissionais de saúde, cultura centralizadora das ações de saúde, e pouco ou nenhum investimento financeiro em ações intersetoriais, para executá-las. Como alternativa para superar esta situação, as autoras propõem incentivo na formação de profissionais de saúde e gestores, nos aspectos interdisciplinares e intersetoriais em conformidade com as diretrizes das políticas públicas. Entendem que é igualmente importante estimular a participação do usuário nos processos decisórios.

Tais achados foram verificados também no presente estudo, ao destacarem que os desafios relacionados à intersetorialidade, referência e contrarreferência, envolvem gestores, profissionais de saúde, e aspectos macropolíticos (políticas públicas e de formação profissional).

Essas questões abordadas anteriormente se tornam pontos importantes para a gestão municipal refletir e se organizar quanto ao desenvolvimento de uma política de integralidade. À exemplo, a intersetorialidade como visto, é um fator que contribui para se implementar um conceito ampliado de saúde; o esclarecimento da comunidade sobre o processo de trabalho das equipes de SF; a educação permanente capacitando os profissionais para atuarem nos serviços de AB e em

forma de rede, e a construção de uma programação de referências e contrar referências a partir das necessidades em saúde.

7.1.3.2.3 Rotatividade de Profissionais

Outro aspecto apontado pelas equipes como fator que dificulta a implementação de um atendimento integral foi a alta rotatividade de profissionais. O constante entre e sai de profissionais nas equipes é um fator que dificulta o processo de trabalho e interfere no estabelecimento do vínculo com a população, se tornando constante a readequação para ambos. A reposição de profissionais muitas vezes é demorada, comprometendo ainda mais a proposta de um atendimento integral. A instabilidade político-administrativa relacionada a ESF, ainda é uma questão presente no imaginário dos profissionais do município e quiçá de gestores, e tal situação traz a percepção de finitude da SF:

[...] essa rotatividade de agente acho que é um negócio muito ruim, tanto para nós da equipe quanto para a população. Rotatividade de médico, enfermeiro, tudo isso. A população acostuma com as pessoas, e de repente muda...é difícil isso, né? Essa readaptação...E acho que falta um plano de carreira para nós da atenção básica...infelizmente nós ainda vivemos naquela “até o programa acabar...” não se faz um concurso, não dá uma estabilidade para o pessoal que trabalha na ESF...e isso é um fator dificultante, né? [...] (M - USF Branca)

É isso que a doutora falou, a rotatividade de ACS é demais, sai uma entra outra, e às vezes não dá tempo de uma agente de saúde passar pra outra todas as informações importantes. Saiu e só daqui há 15, 20 dias entra outra...então elas se veem totalmente perdidas, sabe? Isso é uma necessidade [...] eu vejo também que não pode sair antes da outra entrar, porque aquela microárea fica totalmente prejudicada [...] (E - USF Branca)

Verifica-se nos depoimentos acima que a alta rotatividade de profissionais nas USF (ACS e enfermeiros) se faz marcante, o que corrobora com as informações sobre o perfil dos profissionais das equipes identificado no presente estudo.

A alta rotatividade de profissionais pode ter como justificativa a instabilidade no vínculo de trabalho conforme observado no depoimento: “[...] não se faz um concurso, não dá uma estabilidade para o pessoal que trabalha na ESF [...]”. (M - USF Branca).

Estudos realizados (COTTA et al., 2006; JUNQUEIRA et al., 2010; MARQUI et al., 2010; MEDEIROS et al., 2010), apontam que grande parte dos trabalhadores com contratos precários e temporários estão nas equipes de Saúde da Família, o que tem colaborado para a insatisfação dos profissionais, alta rotatividade, prejudicando a qualidade e continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS.

O cenário de diversidade de formas de contratos de trabalho no âmbito do SUS encontra explicações em contextos histórico-políticos da saúde no país, conforme apontado em documento publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde: “*Desprezarização do Trabalho no SUS: Perguntas & Respostas*”. Este documento explicita que o processo de descentralização/ municipalização e fomento de novas políticas públicas (ESF, SAMU – Serviço de atendimento móvel de Urgência, farmácia popular, etc.), fez com que os municípios absorvessem um maior número de contratações. No entanto, a instabilidade administrativa e orçamentária desses programas, o crescimento exponencial das contratações e as poucas orientações sobre as condutas adequadas nessas situações, levaram vários municípios a buscar alternativas pouco seguras de contratação de trabalhadores na saúde (por meio de cooperativas, contratos por instituições não governamentais, contratos temporários, entre outros). Tal precariedade vai além da ausência dos direitos trabalhistas, incluindo também a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo no SUS (BRASIL, 2006c). No município estudado, a situação não foi diferente.

A forma de contratação temporária traz apreensão e insegurança aos profissionais, levando-os a procurar formas mais seguras de vínculos empregatícios, trazendo como consequência a ruptura com a população, fragilizando as ações de saúde da família desenvolvidas na comunidade.

Além disso, Cotta e outros (2006) asseveram que contratos temporários realizados com profissionais nas equipes de saúde da família, facilitam “a utilização política na concessão desses cargos” (COTTA et al., 2006 p. 15-16), ou seja a indicação político-partidária, uma realidade bem presente nos Municípios de Pequeno Porte (COTTA et al., 2006).

Diante deste cenário, e visando obter soluções no âmbito das esferas governamentais, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, criou em 2006 o Programa Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS, que orientou para a AB “dimensionar e estimular a realização de concurso público para

os profissionais de saúde, com ênfase na saúde da família e processo seletivo público para ACS” (BRASIL, 2006c, p. 21). Essa iniciativa objetivou sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos permitindo a regularização dos contratos, a permanência do profissional na equipe, o estabelecimento do vínculo com os serviços e com a comunidade, característica indissociável do trabalho da equipe Saúde da Família (JUNQUEIRA et al., 2010).

Contudo, mesmo após oito anos do programa a precarização do trabalho no âmbito das equipes de saúde da família, ainda é presente em grande parte do país. No município de estudo essa problemática vem trazendo repercussões negativas como insegurança e rotatividade de profissionais, ruptura constante dos vínculos criados com a comunidade, prejuízos na continuidade das ações e na produção de um cuidado integral.

7.2 PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE: DIALOGANDO COM OS RESULTADOS DE AUTOAVALIAÇÃO (SEGUNDO MOMENTO DA ENTREVISTA)

O segundo momento visou apresentar e problematizar, os resultados da autoavaliação AMAQ pelas equipes de saúde da família realizada em 2013, segundo ano de implementação do PMAQ no município. Esse momento da entrevista coletiva foi realizado sequencialmente ao primeiro, estando presentes os mesmos profissionais em cada equipe de SF.

Inicialmente, foi contextualizado o processo de implementação do PMAQ e a autoavaliação no município aos profissionais presentes. A pesquisa documental realizada na Secretaria Municipal de Saúde, auxiliou neste momento, ao ter propiciado informações sobre a implementação do PMAQ no município.

Em Piraúba, o PMAQ foi implantado em outubro de 2011 com a assinatura do Termo de Adesão junto ao MS com aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde em novembro do mesmo ano. Na sequência, houve a publicação pelo MS da Portaria n. 2.812, de 29 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011c) que homologou a adesão ao PMAQ. Por essa Portaria, foram contempladas duas Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal para o município, as quais participaram das quatro fases

do Programa durante o ano de 2011/2012: contratualização, autoavaliação, avaliação externa e recontratualização. Com a conclusão da última fase houve a adesão no início 2013 da terceira Equipe de atenção básica com saúde bucal que participou junto às outras das fases do PMAQ, incluindo a autoavaliação.

Cabe ressaltar algumas especificidades das equipes de SF do município de estudo relacionadas à autoavaliação AMAQ/2013: dois profissionais enfermeiros que participaram da autoavaliação em 2013 não se encontravam mais vinculados às respectivas USF; a inclusão em 2014 de novos atores no cenário das equipes de Saúde da Família (médicos do Provac e Programa mais médico), e, a alta rotatividade dos ACS presentes nas três USF. Assim, poucos profissionais das USF presentes à entrevista coletiva participaram da autoavaliação AMAQ/2013, levando a poucas contribuições nas discussões, o que dificultou, mas não impediu a realização das análises e inferências sobre a integralidade.

Contudo, mesmo diante desse contexto, optou-se em manter a realização do segundo momento como forma de propiciar a reflexão dos profissionais sobre os resultados da autoavaliação de sua equipe, o aprimoramento desse processo, e, de modo a contrapor essa reflexão sobre os resultados da autoavaliação com o primeiro momento da entrevista coletiva, que versou sobre a compreensão de integralidade e suas percepções no cotidiano das práticas.

Com o foco no objeto de estudo, trabalho das equipes de saúde da família na perspectiva da Integralidade, este momento objetivou discutir e problematizar os resultados do instrumento de autoavaliação - AMAQ em relação a unidade de análise "Equipe" composta pelas dimensões: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, subdimensões: J – Educação permanente e qualificação da equipe de atenção; K -Organização do Processo de trabalho, e L – Atenção Integral à Saúde.

A questão central que orientou a discussão e reflexão dos profissionais, sobre os resultados de tal unidade de análise do AMAQ foi: "O que vocês pensam sobre este resultado pontuado pelos profissionais? Retrata a realidade?".

7.2.1 Reflexões sobre os resultados do AMAQ/2013 nas subdimensões analisadas

7.2.1.1 Subdimensão Educação Permanente e qualificação da equipe de atenção à saúde

Conforme entendimento expresso no instrumento AMAQ/2013, a educação permanente propicia a qualificação da equipe, uma vez que prepara os profissionais para enfrentarem às múltiplas demandas da comunidade.

Os profissionais das equipes reconhecem a importância do processo de educação permanente orientado por questões do cotidiano nas USF. Deram destaque a estratégia estadual do PEP (Programa de Educação Permanente) para os profissionais médicos que vem contribuindo para o aprimoramento das ações, mas identificaram carência desse processo para os demais profissionais:

Pra nós aqui da saúde da família, eu acho que falta um pouco... é um treinamento para os agentes de saúde, elas não têm nenhum curso de capacitação, teve até um curso em uma época atrás, mas não teve continuidade... eu como médica frequento o Programa de Educação Permanente, e eu vejo como é gratificante e estimulante participar dessas reuniões, discutimos temas de acordo com nosso dia a dia, trocamos experiências, a gente não se sente muito sozinho nessa hora [...] (M - USF Branca)

[...] na parte de odontologia, eu estou sempre correndo atrás, estudando... soube que há como fazer curso para Dentista na área de Saúde da Família. Tenho interesse em fazer, mas ainda não me foi ofertado [...] (D - USF Vermelha)

Para médico também não foi oferecido não, ainda não. (M - USF Vermelha)

[...] a enfermagem tem encontros na GRS, mas elas (ACS) é que estão em contato direto com a população, precisam muito de um treinamento inicial [...] porque as coisas estão sempre em mudança, e todos nós precisamos estar em constante capacitação, né? (E - USF Branca)

Nota-se nos depoimentos acima que foram associados à educação permanente termos como treinamento, capacitação, curso, denotando certa

confusão com relação aos conceitos e processos, que apresentam diferentes finalidades.

Nesse contexto, Farah (2006) contribui com seu estudo, fazendo distinção de termos como educação em serviço, continuada e Permanente. Conforme autora, a educação em serviço difundida entre as décadas de 60 e 70 nas Instituições de Saúde, objetivou treinar profissionais para execução dos serviços, com foco voltado para técnicas, não vislumbrando as necessidades que surgiam nos processos de trabalho. Já a educação continuada, se propagou a partir da década de 70, como uma forma de complementar à formação profissional, em resposta às necessidades específicas de profissionais, assumindo assim um caráter de atualização de conhecimentos, uma capacitação diante dos avanços técnicos científicos e das necessidades sociais que se apresentavam. Portanto a educação continuada também não envolve problemas e situações do cotidiano do trabalho coletivo em saúde, e sim uma necessidade individualizada do profissional ou categorias profissionais (FARAH, 2006)

Entendendo ser a educação permanente a que melhor se adequa ao novo contexto de demandas em saúde possibilitando uma maior capacidade resolutiva dos profissionais no cotidiano dos serviços, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente definindo-a como:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho [...] é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho [...] (BRASIL, 2007a, p. 37).

Para dinamizar a Política de Educação Permanente de forma a propiciar estratégias de vivência de aprendizado inseridas em ambientes do serviço, o MS lança em 2009 o Pet Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). Esse programa integra estudantes de diversas formações em saúde, professores universitários e profissionais de serviços com o objetivo de propiciar discussões e problematizações sobre o cotidiano dos serviços, onde a diversidade de profissionais favorece a rica troca de conhecimentos e experiências, trazendo mais segurança diante da complexidade do processo saúde doença (BRASIL, 2011d).

Portanto, há de se buscar a educação permanente, que envolve ir além da transmissão de conhecimentos e para implantá-la implica em uma mudança institucional. Requer para isso o desenvolvimento de estratégias a partir da realidade dos serviços, fomentando a reflexão crítica do próprio fazer, através da interação dos diversos saberes profissionais que compõe a(s) equipe(s). Objetiva a reorganização das práticas profissionais e processos de trabalho para a resolução dos problemas de saúde que se apresentam nos serviços, em um contexto multifacetado da saúde. A educação permanente é assim um processo dinâmico que a cada época deve ser elaborada e aplicada para necessidades e cenários diferentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2009; FARAH, 2006).

Neste contexto, a gestão municipal assume papel singular, pois deve promover a educação permanente como um processo necessário e contínuo dos profissionais nas Unidades de Saúde, tornando-as uma rede de ensino-aprendizagem e onde os profissionais possam trocar experiências, informações e problematizar situações do cotidiano, de forma a atender e satisfazer as necessidades em saúde dos usuários (BRASIL, 2009).

Entretanto, observa-se nos depoimentos, que não há a oferta de um programa de educação permanente para os profissionais das USF, mas evidencia-se o interesse e a busca individual por parte dos profissionais para se inserirem no processo. Neste contexto, não há como o Processo de Educação permanente ser “Satisfatório” e “Muito satisfatório” conforme conceitos autoatribuídos pelos profissionais nessa subdimensão do AMAQ, pois esses conceitos não condizem com o entendimento dos profissionais e a realidade vivenciada pelas equipes de SF do município.

Com vistas a reorganização do processo de trabalho, o programa de educação permanente deve buscar trabalhar a realidade de cada território, pautando-se nas necessidades em saúde dos usuários, necessidades dos serviços frente às demandas da comunidade e as dificuldades identificadas pelos profissionais no desempenho de suas funções (FARAH, 2006).

Corroborando com tal discussão é destacado a importância da educação permanente no trabalho em APS que requer o olhar sobre a dinâmica familiar e os múltiplos fatores do processo saúde doença. Exige mudança das práticas profissionais, sendo estas orientadas para a integralidade:

[...] não tô querendo fazer comparação política...mas para fazer medicina preventiva, é... primeiro tem que capacitar o pessoal da saúde, para estes prepararem e cuidarem da população... Hoje temos um dos melhores sistema de saúde avaliado pela OMS, e indicadores de saúde de primeiro mundo, como Japão, França, Inglaterra...e tudo isso foi feito na Atenção Primária de Saúde...Quando se falava de Integralidade, para se fazer um atendimento integral a uma família, tem que ter pessoal qualificado, tem que ter apoio, vontade dos governantes, para apoiar o sistema de saúde, e a Atenção Primária. E após uma qualificação e uma preparação dos profissionais de saúde, um tempo de atuação... é... irão mudar a consciência de uma população... (M3 - USF Vermelha)

Evidenciam-se nessa fala os elos criados entre Integralidade, educação permanente e Políticas públicas (apoio político), demonstrando que são processos interdependentes quando se deseja a mudança do modelo assistencial em saúde.

Não é possível operar mudanças sociais sem a estruturação de políticas públicas para impulsioná-las e institucionalizá-las, conforme foi observado pelo profissional (M3 - USF Vermelha), em seu depoimento: *“[...] tem que ter apoio, vontade”* política.

Portanto, a educação permanente envolve a articulação necessária entre ensino, aprendizagem, trabalho e gestão, para impulsionar mudanças no modelo assistencial em direção à integralidade (CECCIM, 2005).

Quanto ao município em estudo, a educação permanente deve ser uma prática ordenada a partir das demandas profissionais e fomentada pela gestão, propiciando profissionais mais capacitados para atuarem na Atenção Básica frente à “diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade” (BRASIL, 2013a, p. 45), pois partirá dos problemas identificados no cotidiano dos serviços das USF. Além disso, a Educação Permanente nas USF articulada e com apoio da gestão municipal, permitirá estruturar melhor a rede de atenção à saúde no município, fortalecer os contatos intersetoriais e organizar o processo de trabalho orientado pela integralidade.

7.2.1.2 Subdimensão: Organização do Processo de trabalho

A maioria das três equipes de USF se autoatribuiu conceito de “muito satisfatório” nessa subdimensão. No entanto, há discordância do resultado, sinalizando dificuldades encontradas no desenvolvimento do processo de trabalho,

na inter-relação de seus elementos constitutivos (objeto, instrumentos, agente), que afetam na qualidade da assistência prestada:

Esse “muito”, não é legal, porque você encontra dificuldades...é na zona rural por exemplo quando chove bastante o acesso é difícil [...] (ACS1 - USF Vermelha)

De acordo com o questionário AMAQ (BRASIL, 2013a), o entendimento de organização do processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família, envolve

[...] o diagnóstico situacional do território adscrito; ações no território, busca ativa e visita domiciliar permanente e sistemática; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise das necessidades em saúde, avaliação da vulnerabilidade e classificação de risco) atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território durante jornada de trabalho da equipe, atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado- serviços com normas e rotinas bem estabelecidos em cronogramas, fluxogramas, protocolos clínicos e linhas de cuidado com definição de monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção, com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção. Práticas sistemáticas de monitoramento e análise de resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território (BRASIL, 2013a, p. 46).

Correlacionando a percepção dos profissionais com o que é destacado pelo instrumento AMAQ em relação a processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família observa-se que uma das falas destaca:

Nossa agenda: nós atendemos consulta, temos um dia específico para atender só pacientes hipertensos e diabéticos, um dia só pra puericultura, vacinação, temos as visitas domiciliares que é super importante [...], preventivos, dia de coleta de sangue, dias de atendimento psicológico, da fisioterapeuta e da dentista e também os dias de atendimento da técnica de higiene bucal que também faz outros serviços preventivos importantíssimos[...] (M -USF Branca)

Pelo entendimento dos profissionais o processo de trabalho está organizado pela oferta de serviços, a qual está estruturada pela agenda da oferta programada de grupos específicos e atividades pontuais. Contudo, não foram mencionadas atividades de promoção da saúde, palestras (embora estejam presentes no processo de trabalho das equipes), bem como planejamento, monitoramento e

avaliação das ações da equipe, conforme instrumento AMAQ preconiza (BRASIL, 2013a).

A concepção das práticas e a organização da “agenda” ainda persistem voltados para procedimentos, atendimentos, alinhados ao antigo modelo assistencial biomédico. A organização do processo de trabalho nesses moldes prejudica a construção de um atendimento integral.

A análise das falas a seguir destaca outros aspectos referentes as atividades pontuadas pelo instrumento AMAQ/2013 sobre o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Referente à adscrição do território, os profissionais da USF branca relatam-no como uma prática organizada e funcional:

Realmente essa questão de adscrição do território aqui é bem organizado [...] (E - USF Branca)

Estamos sempre atualizando o nosso cadastro [...] (ACS1 - USF Branca)

Pessoas que mudam de um bairro para outro a gente tá sempre acompanhando. (TE - USF Branca)

A adscrição do território estimula o estabelecimento de vínculo, responsabilização pela atenção e resolução das necessidades em saúde, o que implica garantir a continuidade das ações. Além disso, se faz necessário o conhecimento profundo desse território, das condições de vida da comunidade adstrita, aspectos culturais, sociais e econômicos que viabilizem um diagnóstico situacional (BRASIL, 2013a).

No entanto, para os profissionais, a adscrição está restrita a atualização de cadastros. Não foi mencionado se há programação de atividades conforme a situação do território. É preciso ir além, trabalhar de forma crítica a informação obtida através dos cadastros, considerando os múltiplos determinantes da saúde para se organizar o processo de trabalho da equipe naquela comunidade.

Sobre a conduta de busca ativa esta se apresentou como uma prática presente, conforme apontado nas falas:

[...] eu queria ressaltar essa parte em que a enfermeira pede a gente pra avisar e ir atrás das crianças para vacinar... uma busca ativa, né... se a vacina tá em dia [...] (ACS5 - USF Azul)

As visitas (dos médicos e enfermeiros) são programadas conforme demanda apresentada pelos ACS. Os profissionais entendem a importância das visitas domiciliares no contexto das ESF.

[...] muitas vezes a gente precisa do agente de saúde pra trazer o contexto do paciente. (M2 - USF Vermelha)

Já tive experiência com visitas... e acredito muito nas visitas domiciliares, mesmo na área odontológica elas são muito válidas, porque conhecemos a realidade do paciente durante as visitas e sabemos como abordá-lo no consultório. (D - USF Branca)

Porém cirurgiões dentistas não realizam visitas domiciliares, embora sintam a necessidade, ainda não conseguiram organizar a agenda para isso:

[...] o único fator que ficou como se diz um hiato também, é a questão da visita domiciliar odontológica, que a gente precisa trabalhar um pouco mais. (D - USF Branca)

[...] eu até queria fazer as visitas, mas ainda não consegui [...] (D - USF Vermelha).

Concernente às ações de promoção da saúde, orientações são realizadas no cotidiano dos atendimentos dos profissionais da equipe inclusas em palestras para hipertensos, diabéticos pelas três USF. Na área odontológica os técnicos de saúde bucal visitam escolas municipais para orientar sobre escovação aos estudantes. As ações de promoção à saúde em âmbito coletivo na área odontológica, são organizadas e realizadas uma vez ao ano, conforme expresso na fala:

Têm dois anos que eu estou aqui e de ação coletiva só fazemos aquela lá na Praça, é... eu sinto que falta isso...eu até falei com a Técnica que a gente podia ir mais na Escola, mas a burocracia pra isso desanima [...] (D - USF Vermelha)

O contato com a Secretaria Municipal de Saúde possibilitou obter informações mais detalhadas referentes às ações coletivas de promoção à saúde. Estas são organizadas conforme a necessidade com a participação das três equipes de saúde da família, ofertadas em eventos com data programada, realizados em um local central da cidade. São eventos que envolvem o controle da Dengue, Controle da Hanseníase, Dia de Ação Social. No dia da ação social se disponibiliza para a comunidade orientações sobre tabagismo, saúde bucal, profissionais para aferir a pressão arterial e a glicemia capilar, e orientações relacionadas à Hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*, bem como ocorre à distribuição de Kits de saúde bucal para as crianças.

Verifica-se que as informações obtidas sobre as ações de promoção da Saúde estão voltadas para orientações sobre hábitos saudáveis no cotidiano dos serviços e ações coletivas programadas com longo intervalo de tempo (anuais). Conforme aponta a Política Nacional de Promoção da Saúde, é preciso ir além, estruturar uma programação de ações conforme os determinantes de saúde identificados no território de cada equipe (violência, desemprego, saneamento básico, etc), partindo da concepção ampliada de saúde, e buscando interlocuções com outros setores. É preciso interagir com a comunidade, sempre estimulando sua participação na elaboração das ações de saúde, nos conselhos de saúde e em instâncias que fortaleçam sua condição de cidadania e que possibilitem produzir uma atenção à saúde mais alinhada aos problemas locais (BRASIL, 2010).

Em relação ao atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante jornada de trabalho da equipe, conduta especificada nesta subdimensão do AMAQ, foi destacado pelos profissionais que o primeiro atendimento nas Unidades de Saúde da Família refere-se às urgências, já que entendem que não é possível atender a emergência. As Unidades de Saúde da Família não dispõem de medicações e materiais de emergência. Assim, o atendimento se destina aos quadros de alteração de pressão ou dor, tanto em relação à saúde bucal, quanto física geral. Na organização da demanda diária a equipe reserva duas vagas para casos de urgência, mas caso haja mais demanda esta é atendida:

A unidade só medica quando há urgência, e chama a ambulância. (M1 - USF Azul)

Às vezes acontece de vir uma urgência, não emergência, e... precisa encaminhar para o hospital, porque aqui a gente não tem nenhuma medicação [...] aqui a gente faz retirada de pontos, drenagem de abscesso, uma lavagem de ouvido...essas coisas. (M - USF Branca)

Fazemos atendimento de urgência, assim uma pressão alta, emergência não temos estrutura pra isso, encaminhamos para o pronto socorro. (TE - USF Vermelha)

Nós atendemos às consultas programadas e deixamos duas vagas diárias para urgências, mas sempre atendemos a mais do que isso...do caráter odontológico esses atendimentos seriam dores, abscessos... temos todos os materiais pra fazer esse tipo de atendimento, no mais se necessitar de uma medicação endovenosa encaminhamos para o pronto socorro [...] (D - USF Branca)

O instrumento AMAQ/2013 especifica que as equipes devem acolher os usuários, “fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas, de natureza clínica, traumática e psiquiátrica” (BRASIL, 2013a, p. 49). Pelo que consta nas falas acima, as USF estão estruturadas para atenderem as urgências de natureza clínica, não possuindo materiais e equipamentos necessários para as urgências de caráter traumático e psiquiátrico. Portanto, o atendimento às urgências nas equipes não está coerente com o conceito de “muito satisfatório”, autoatribuído pelas equipes, nesta subdimensão.

Em relação à conduta de realização de um planejamento de atividades e rotinas organizadas, os profissionais referem possuir, com enfoque para a organização da rotina

Nós temos aqui um planejamento mensal...uma rotina bem organizada... e concordo com esse resultado. (M - USF Branca)

Nós aqui oferecemos um trabalho de qualidade, organizado [...] (D - USF Azul)

No entanto, expressam dificuldades com relação ao planejamento de algumas atividades, destaque para o planejamento das visitas dos ACS e a programação de medicamentos:

[...] é eu acho essa coisa de visitar obrigatoriamente todo mundo...sei lá... tem que ser né?... É mas eu acho meio que assim, desnecessário. Você perde tempo com uma pessoa que poderia ser gasto em outra situação,

melhorando, batendo um papo maior... prioridades, sabe como é que é? [...]
(ACS1 - USF Vermelha)

[...] quando entra uma agente nova ela fica meio perdida, não sabe quem vai visitar primeiro [...] (E - USF Branca)

[...] falta uma programação de medicamentos, algumas vezes a gente joga fora com o coração doendo, outras vezes falta... (ASB - USF Vermelha)

Não foi destacado pelas falas a realização do planejamento integrado das ações, como pontuado pelo AMAQ, há sim uma programação de atividades, das rotinas da USF.

O planejamento segundo E. M. S. Campos (2007) compreende um conjunto de conhecimentos que possibilitam interagir, programar estratégias e ações necessárias para alcançar as metas desejadas. Envolve o conhecimento da realidade, identificação dos problemas e estabelecimento de soluções, articulando objetivos, atividades e recursos. Deve ser elaborado pelos reais envolvidos na situação, de forma que se tornem sensibilizados e comprometidos com o processo trazendo mudanças positivas. O planejamento no setor saúde conforme a autora permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (CAMPOS, E. M. S., 2007).

Fica claro que não é possível organizar o processo de trabalho das equipes sem realizar planejamento das ações, com o envolvimento de todos, discutindo os objetivos a serem alcançados naquele território, as atividades realizadas e os resultados que se deseja chegar. Como destaca o instrumento AMAQ/2013 as equipes devem se pautar no diagnóstico situacional do território, este possibilitará “o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância [...]” (BRASIL, 2013a, p. 47). O instrumento ainda ressalta que “o planejamento e avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho” (BRASIL, 2013a, p. 47).

Compondo o planejamento, deve haver a conduta de monitoramento e avaliação das ações no âmbito da Atenção Básica. Apenas uma profissional identificou a presença de tal conduta em seu processo de trabalho, o que reforça o

entendimento de que o planejamento não é uma prática incorporada no processo de trabalho das equipes.

Eu costumo fazer um comparativo com que os agentes me passam, com os atendimentos médicos... para avaliar as ações dessa equipe, geralmente na época da produção (E - USF Vermelha).

Nota-se que foi atribuído à avaliação das ações de equipe, aspectos comparativos de produção, e acredita-se implicitamente uma lógica quantitativa de atendimentos, demonstrando que a concepção e organização das práticas profissionais nas USF ainda se encontram voltadas para o modelo biomédico, curativista, centrado em procedimentos. Além disso, o depoimento sugere que esse processo de “avaliação” é de produtividade, e ocorre destoadado dos demais membros, prejudicando a democratização das relações e construção em conjunto de um processo de trabalho que atenda as especificidades locais.

As equipes podem se orientar pelo instrumento AMAQ/2013 a respeito do monitoramento e avaliação das ações/ resultados, especificando que estes devem ser discutidos em equipe, sendo “o fazer cotidiano” o foco das discussões, com o objetivo de “implementar estratégias de intervenção” e redefinir o processo de trabalho para resultados mais satisfatórios, trazendo qualidade aos serviços (BRASIL, 2013a, p. 50).

Portanto conclui-se em relação a esta subdimensão que o conceito “Muito Satisfatório” autoatribuído pelas equipes de Saúde da família, não está condizente com os depoimentos e realidade prática dos profissionais. Pode-se inferir que as equipes não organizam seu processo de trabalho dentro do princípio de integralidade, mas dentro da lógica de consultas e procedimentos, demonstrando o predomínio do modelo assistencial biomédico, curativista e centrado em procedimentos.

7.2.1.3 Subdimensão Atenção Integral

Em relação à prática de atenção integral, as equipes autoatribuíram conceito “muito satisfatório” e “satisfatório”, o que demonstrou discordância entre os

profissionais. Em alguns momentos profissionais de uma USF, demonstraram concordância com os resultados, conforme relatos:

Concordo com esse resultado de muito satisfatório, pelos nossos atendimentos em todas as faixas etárias, nossa rotina de trabalho, nossas ações de prevenção, temos também a reabilitação de prótese dentária [...]
(D - USF Branca)

Realmente é muito satisfatório em todas essas áreas, pois aqui a gente conta com a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, ...porque a visão da Estratégia Saúde da família envolve isso, né? (E - USF Branca)

eu acho que as coisas estão melhorando...hoje o agente tem um poder de.. é... vigilância maior em todas as questões...e isso ajuda nessa atenção, né?
(ACS1 - USF Branca)

Verifica-se nesta última fala ainda presente uma visão de atendimento atrelada à concepção de atenção integral, expresso no recorte “*poder de vigilância maior*”. Mesmo na perspectiva de melhorias na atenção, o entendimento de integralidade por parte de alguns profissionais está interligado ao modelo assistencial centrado na doença.

Em outros momentos em reflexão ao conceito de Atenção Integral proposto pelo AMAQ/2013, as opiniões sinalizaram as dificuldades encontradas nas práticas profissionais para se implementar um atendimento integral:

Dentro da equipe, diante dos padrões colocados nessa subdimensão, a gente faz tudo que pode, mas fica um pouco “travado” quando depende de outros setores [...] (E - USF Vermelha)

É o “muito” aí, está pesado de novo... mas assim dentro dos padrões citados, fazemos todos, não em uma escala muito grande, mas fazemos tratamentos preventivos e curativos, orientamos os pacientes, atendemos todas as fases de desenvolvimento... um atendimento quase completo... melhorou muito em vista do que já foi. Agora fazemos mais tratamentos preventivos, o material que trabalhamos é bom. Sinto que falta é um centro especializado pra gente encaminhar, porque não temos ainda referência [...]
(D - USF Vermelha)

Inclusive abriu um CEO em Ubá, mas por enquanto só atende encaminhamento de Piraúba para câncer de boca, tratamento ou alguma cirurgia mais específica está difícil. (ASB - USF Vermelha)

Mais uma vez, questões relacionadas a intersectorialidade, referência e contrarreferência, foram apontadas como dificuldades presentes nas práticas para se implementar a atenção integral, corroborando com os desafios descritos pelos próprios profissionais nesse estudo.

Os depoimentos apontam que a compreensão de atenção integral não está bem articulada às práticas profissionais, não estando alinhada à concepção expressa no instrumento AMAQ/2013, e discutida em outros momentos desse estudo. Não foram destacados pelos relatos aspectos abordados nesta subdimensão relacionados à demanda programada e espontânea, bem como as ações estruturadas frente aos condicionantes sociais da saúde que fazem parte da parte da organização do processo de trabalho na perspectiva da integralidade. A garantia de uma atenção integral perpassa pela resolução da necessidade de saúde do cidadão e na continuidade das ações nos pontos da rede de atenção à saúde.

Os profissionais também trouxeram à discussão outras dificuldades em se organizar uma assistência integral em determinadas situações, conforme expresso a seguir:

O adolescente é um hiato aqui na unidade, é aquela faixa etária que escapa muito das ações programadas...só vem quando doente, quando os pais trazem ou quando acontece uma gravidez... Infelizmente são aquelas ações que a gente precisa estar melhorando, mas é uma faixa etária de 14 a 18 anos mais arredia, né? ...É a questão das drogas, um trabalho mais voltado para o usuário de drogas, uma coisa mais preventiva, e também a gente não tem referência para esses casos, é... nós ficamos muito no limbo pra isso..A gente precisa ter um olhar mais profundo pra isso [...] (M - USF Branca)

Sei que falta mais eu e o dentista conversarmos, mas se a gente for parar para fazer reunião toda hora, aí vai meia hora e os pacientes não aceitam isso [...] (ASB - USF Azul)

Foram apontadas dificuldades como atendimento a um grupo populacional específico, como o adolescente e a falta de reunião para a construção de um projeto terapêutico em comum entre membros da equipe saúde bucal. São situações distintas, mas que demonstram que o processo de trabalho ainda não foi organizado na equipe. Os profissionais reconhecem a necessidade dessas ações, no entanto, a ausência de discussões intra-equipes e estruturação de um planejamento em comum tornam-se obstáculos para a construção de um atendimento integral.

Ao articular com os depoimentos dos profissionais médico e dentista de uma mesma USF, verifica-se que há dicotomia entre o entendimento de atenção integral para os cirurgiões dentistas e demais profissionais da USF. O cirurgião dentista informa sobre o atendimento a todas as faixas etárias, “[...] *Concordo com esse resultado de muito satisfatório, pelos nossos atendimentos em todas as faixas etárias [...]*” (D - USF Branca), e posteriormente contraposto por “*O adolescente é um hiato aqui na unidade [...]*” (M - USF Branca). Novamente se identifica certa limitação e confusão em relação a como se dá a materialização do atendimento integral, a sua organização nas práticas profissionais. Não é possível produzir um cuidado integral partindo desta compreensão por parte dos profissionais.

Ainda em reflexão ao conceito proposto sobre Atenção Integral pelo AMAQ 2013, um profissional relatou a limitação da USF em atender todas as dimensões propostas, mas apontou a integração com outros setores como um caminho a ser seguido na estruturação de um atendimento integral:

A unidade não tem como fazer isso tudo que é colocado no questionário, mas a gente sempre busca orientação e apoio de outros órgãos como o NASF, CRAS, é isso [...] (ACS5 - USF Azul)

Portanto, as falas não estão coerentes com o conceito autoatribuído pelas equipes de “muito satisfatório e satisfatório” quando da aplicação do AMAQ 2013, pois indicam que a produção de um atendimento integral encontra limitações tanto no âmbito da compreensão de integralidade por parte dos profissionais das equipes quanto na sua materialização e organização nas práticas profissionais.

Como visualizado por uma profissional, a construção da Integralidade ocorre a cada dia:

Eu também sinto que a cada dia aprendemos um pouco mais sobre o foco da atenção integral que é olhar o indivíduo como um todo, vê a necessidade da pessoa naquele momento, e... com o passar do tempo, e treinamento, e estudo e o dia a dia, e,vai só se aperfeiçoando, né...embora eu acho que aqui no posto a gente tem uma boa atuação nesse sentido, mas a cada dia a gente melhora um pouco [...] (M - USF Branca)

Foi identificado pela profissional requisitos necessários ao aprimoramento profissional para a oferta de um atendimento integral como “[...] *treinamento, estudo, dia a dia (experiência) [...]*” (M - USF Branca). As discussões propiciaram a reflexão

e o entendimento que a educação permanente é um caminho a ser seguido, modulando as concepções e práticas profissionais para um atendimento integral. Atenta-se para o fato que a compreensão de educação permanente está articulada ao termo “*treinamento*”. Ressalva-se novamente que os processos apresentam significados e atribuições distintas.

Portanto, em relação a esta subdimensão, o processo de trabalho ainda não é o proposto pela ESF e nem pelo PMAQ, orientado pela integralidade. É um processo ainda em construção, visualizado nas falas dos profissionais das equipes quando referiram algumas ações articuladas ao conceito de atenção integral. Porém existe a necessidade da estruturação da educação permanente para dar suporte e sustentabilidade às equipes, porque através dela se reflete o processo de trabalho e a organização dos serviços auxiliando a conformação da rede de atenção e dos seus diversos pontos de atenção.

Conforme observado houve pouca participação dos ACS nas discussões referentes aos resultados das subdimensões do AMAQ 2013. As falas dos ACS em cada subdimensão, especialmente da USF Azul, representaram em sua maioria desconhecimento e descontentamento pela não participação no processo de autoavaliação:

É uma coisa que deveria ser feito e não foi feito é a avaliação do resultado da equipe, pra gente ter pelo menos noção de um todo, né? (ACS5 - USF Azul)

Eu não participei desse questionário, pois vai fazer um ano que estou aqui. Apenas dois agentes comunitários mais antigos estão hoje na equipe. (ACS2 - USF Azul)

É mas esse negócio de questionário, eu não vi isso, não teve participação nossa [...] (ACS6 - USF Azul)

Nós agentes não participamos. (ACS4 - USF Vermelha)

No decorrer das discussões foi possível perceber pelas falas de alguns profissionais que a autoavaliação realizada em 2013 se deu em uma lógica “selada” entre enfermeiros e dentistas, conforme relatos:

Eu fiz o questionário com o Enfermeiro e nós discutimos muita coisa juntos [...] e é isso mesmo [em concordância com o resultado da subdimensão] (D - USF Azul)

Nós recebemos um questionário bem grande e respondemos aos questionamentos... a orientação que recebemos seria de que o Enfermeiro e Dentista respondessem ao questionário [...] (E - USF Vermelha)

Os depoimentos demonstram que a autoavaliação do AMAQ/2013 não ocorreu em equipe, e deste modo não retratou a opinião das equipes, pois não é possível ter um julgamento de valor com a visão somente de parte dos profissionais. Não houve a participação dos ACS o que refletiu no silêncio destes nas discussões do segundo momento da entrevista, o qual analisou os resultados das subdimensões do AMAQ em estudo. Acrescenta-se o fato de que os mesmos desconhecem a organização de seu processo de trabalho, especialmente voltado para a integralidade.

Vale lembrar ainda que os profissionais enfermeiros da USF Azul e Branca que participaram do processo de autoavaliação AMAQ/2013 não se encontravam mais vinculados às respectivas USF no momento da entrevista. A rotatividade de profissionais e a não disponibilidade de um programa de Educação Permanente para todos os profissionais das USF, vem agravar mais a situação onde a integração aprendizagem x trabalho torna-se fundamental para enfrentar a complexidade do processo saúde-doença da comunidade, e de trabalho nas USF. Estas deficiências se refletem na organização de uma assistência integral, na integração com outros setores e na produção de um cuidado à saúde para a comunidade.

7.2.2 Reflexões dos profissionais sobre o processo de autoavaliação AMAQ/2013

Um dos objetivos do PMAQ é a institucionalização da autoavaliação expressa pelo instrumento AMAQ, onde os padrões de qualidade estabelecidos no instrumento agregam os princípios do SUS, em particular a integralidade, como forma de orientar a gestão e as equipes a organizarem seu processo de trabalho para alcançar a qualidade da atenção, um desafio presente no contexto do SUS (BRASIL, 2013a).

No final do segundo momento da entrevista coletiva, os profissionais foram indagados sobre o que representou para cada um e para a equipe o processo de autoavaliação do AMAQ/ 2013 e manifestaram:

Acho válido o processo de avaliação, porque quando você tá sendo avaliado você tem uma cobrança “x”, mas quando você se auto avalia você tem uma cobrança maior. (D - USF Branca)

A tendência é de você ser mais rígido com você... e é interessante a autoavaliação porque ela te dá uma abrangência maior, você começa a perceber mais pontos, chama a atenção pra alguns pontos que no dia a dia do trabalho passa despercebido. (M - USF Branca)

É como foi falado: com a autoavaliação você começa a enxergar alguns aspectos que precisam melhorar e começa a trabalhar naquilo, né? (ACS1 - USF Branca)

Acho que a autoavaliação é válida sim, desde que aconteça de uma forma correta...acho que a tendência é a pessoa fazer melhor porque se avalia e sabe que em algum momento também será avaliada, então pensa vou dar o melhor de mim, vai ficar mais ligada, né? (ACS1 - USF Vermelha)

Verifica-se que os profissionais acreditam no processo de autoavaliação como potencializador para mudanças e melhorias nas práticas profissionais. Contudo alguns profissionais emitiram seu descontentamento com a forma como foi conduzido o processo de autoavaliação nas USF no município:

Acho que esse processo de autoavaliação é valido sim, desde que conduzido de uma forma adequada...dessa forma não [...] (M1 - USF Vermelha)

É importante mesmo identificar o que precisa e o que não precisa melhorar, eu gosto de saber. (ASB - USF Azul)

Se você não sabe o que está fazendo de errado, como vai melhorar? É ... precisa ter esse retorno mesmo. (ACS2 - USF Azul)

[...] pra mim não foi válido em nada, dessa forma não... eu li vários conceitos que eu já sabia, respondi algumas perguntas e só! Pra mim não foi válido... acho que deveria ser um processo mais trabalhado. (D - USF Vermelha)

Os profissionais acreditam no processo de autoavaliação, mas desde que seja realizada e discutida entre a equipe, objetivando identificar problemas relacionados à sua prática e na organização dos serviços, e, o estabelecimento de estratégias que viabilizem a qualidade dos serviços e sua resolutividade frente às necessidades apresentadas. Deve ser um processo incentivado pela gestão e implementado adequadamente, com envolvimento de todos, seguindo os momentos do processo autoavaliativo conforme recomendado no instrumento AMAQ/2013, estabelecidos para identificação das potencialidades e fragilidades da equipe e para o estabelecimento de um plano de ação em conjunto:

Eu acho que esses pontos precisariam ser mais discutidos com a equipe... será que todos esses pontos da subdimensão estão sendo feitos? Quais os pontos negativos? Quais as dificuldades que cada um está tendo, né? ... O que pode ser melhorado? (E - USF Azul)

[...] eu e o enfermeiro discutimos alguns pontos, e entreguei o questionário... eu acho assim, que o ideal mesmo é discutir com a equipe. (D - USF Azul)

É importante mesmo essa junção entre os profissionais, médico com a gente, dentista com o médico e a enfermeira [...]. (ACS1 - USF Azul)

Sobre a avaliação externa do PMAQ, que corresponde à terceira fase do ciclo do Programa, os profissionais destacaram a falta de diálogo e orientações por parte dos avaliadores que se prenderam a perguntas sobre recursos físicos e materiais:

Aqueles que vieram de fora, não conversaram com a gente, não explicaram nada sobre essa avaliação, só me perguntaram o que tinha de materiais aqui na unidade e eu só mostrei aquela sala, depois ficaram conversando com alguns pacientes. (ACS6 - USF Azul)

É ... a avaliação externa foi assim: eles perguntaram sobre a autoavaliação, sobre alguns materiais, por exemplo se tinha aparelho de pressão, pediam para buscar e mostrar [...] é o segundo ano que acontece dessa forma...fazem algumas perguntas, às vezes até repetitivas e vão embora. (E - USF Vermelha)

É ... vou falar a verdade [...] não tive orientação sobre esse processo. (D - USF Vermelha)

Eles vieram aqui, olharam prontuário, fizeram umas perguntas sobre materiais, achei aquilo tudo muito estranho...e foram embora. (ACS1 - USF Branca)

Tanto a autoavaliação como a avaliação por agentes externos sobre o desempenho das equipes, são estratégias do PMAQ que objetivam fomentar em todos os profissionais das equipes e na gestão, a reflexão crítica “da estrutura, processos e resultados” das ações na Atenção Básica (BRASIL, 2013a, p. 12), bem como estabelecimento de intervenções positivas e acompanhamento dos resultados com vistas às mudanças necessárias. O instrumento ainda ressalta que o envolvimento de todos os atores implicados com o processo de mudança das ações nas etapas do PMAQ propicia maior engajamento dos profissionais às propostas, responsabilização coletiva e elaboração de ações mais alinhadas às realidades locais (BRASIL, 2013a).

A insatisfação dos profissionais também está ligada à falta de divulgação dos resultados da avaliação externa até o momento da pesquisa.

Eu não me lembro de ter tido um feedback da avaliação deles (externa) ... não, não tivemos. (M - USF Branca)

Com certeza seria válido o retorno dessa avaliação. (D - USF Branca)

Acho que esse processo ajuda bastante, mas é preciso ter esse feedback, principalmente pra equipe, por que senão as coisas ficam muito perdidas, né? (M2 - USF Azul)

Conclui-se pelos relatos acima, que a maioria dos profissionais manifestou insatisfação quanto à condução da Avaliação externa do PMAQ, e quanto ao contato dos avaliadores com a equipe, como um processo *frio*, distante, sem esclarecimentos adequados para as equipes. Nota-se que os avaliadores se prenderam em indagar sobre estrutura da Unidade e um diálogo reservado com os pacientes. Esse tipo de contato aliado à forma como foi conduzido o processo de autoavaliação das equipes, não permitiu o envolvimento e comprometimento de todos profissionais que se sentiram alheios ao processo, ao passo que se configuram como foco das intervenções quando se pensa em melhorias na qualidade da atenção, porque envolve mudanças nas concepções e práticas profissionais.

Como verificado, os profissionais atentam que o retorno dos resultados “*seria válido*” (D - USF Branca), pois permitiria discussões intra equipe, troca de experiências e conhecimentos para reorientação das práticas profissionais, elaboração de ações mais ajustadas às realidades locais e acompanhamento dos progressos alcançados, processo imbricado com a avaliação, com a melhoria da qualidade da atenção e com a resolutividade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a analisar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família na perspectiva da integralidade em um município da zona da mata de Minas Gerais.

O desenvolvimento desta pesquisa, em dois momentos, permitiu a partir dos discursos dos participantes e dos resultados da autoavaliação AMAQ/2013 das equipes, o confronto das concepções sobre integralidade com a realidade das práticas profissionais. Ao mesmo tempo deu voz aos participantes para explicitarem os avanços e desafios relacionados à integralidade, apreendidos no cotidiano dos seus serviços.

A capacidade de reestruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde voltado para a integralidade parece ser incipiente, no contexto das equipes estudadas. Identificou-se que os profissionais compreendem de forma elementar o princípio de integralidade ao associá-lo à escuta de necessidades e resolução de problemas, muitas vezes pontuais. Há necessidade de se avançar em práticas profissionais que propiciem a elaboração de projetos terapêuticos integrados na equipe, e intersetoriais com a real participação de outros setores fora o da Saúde. Assim, será possível articular a concepção de integralidade com as práticas profissionais e a organização do serviço.

Verifica-se também que os contatos intersetoriais estão estreitados por questões burocráticas, sinalizando a necessidade de educação permanente e da estruturação de uma política municipal para estimular o intercâmbio e a aproximação/ integração dos diferentes saberes profissionais presentes em vários setores. Essa articulação se torna fundamental, pois partindo de um conceito ampliado de saúde vislumbra-se que a integralidade tem seus limites no setor saúde. É necessário manter essa relação dialógica com outros setores para que seja possível uma resposta positiva frente aos determinantes de saúde (sociais, políticos, econômicos, etc) da comunidade. A construção de uma atenção integral não é responsabilidade única dos profissionais de saúde. Os braços do Estado precisam contribuir para que a integralidade na saúde alcance o indivíduo em sua totalidade, para que efetivamente se compreenda e operacionalize uma atenção à saúde para além dos limites biológicos, individuais e tecnicistas.

Tais situações corroboram para a manutenção do modelo assistencial biomédico e curativista, onde prevalecem ações de baixa integralidade, qualidade e resolutividade, bem como consubstanciam as dificuldades de adesão às propostas da ESF pela comunidade. Desta forma, verificou-se neste estudo que as dimensões da integralidade segundo Mattos (2005) não foram contempladas na sua totalidade.

O estudo aponta ainda fatores que se colocam como obstáculos para a materialização da integralidade no contexto das equipes de saúde da família no município como: contratos de trabalho precários, refletindo na grande rotatividade de profissionais, a ausência de um programa de educação permanente, a falta de planejamento integrado de ações, problemas na referência, contrarreferência, a burocracia na comunicação intersetorial; problemas na operacionalização do instrumento AMAQ, dificuldades da gestão municipal com as equipes no processo de avaliação e falta de *feedback* dos resultados da avaliação.

Percebeu-se que os vínculos empregatícios nas equipes de saúde da família estão fragilizados por contratos temporários, refletindo na baixa permanência dos profissionais, em sua maioria (81%) Agentes Comunitários de Saúde. Esta situação, aliada à ausência de um programa de Educação Permanente contribuem para despreparo dos profissionais no contexto da Atenção Básica, e ruptura constante dos laços feitos com a comunidade, uma vez que principalmente os ACS atuam reforçando os elos entre esta e a equipe. Torna-se difícil desenvolver o efetivo acolhimento e vínculo com a comunidade neste cenário, processos importantes quando se pensa na reorientação do modelo assistencial.

As equipes de Saúde da Família não realizam um planejamento integrado das ações e sim uma programação das atividades, elaborada de forma isolada, a partir dos resultados da produção. Esta é uma conduta presente no modelo assistencial biomédico, onde se priorizam ações voltadas para procedimentos e consultas. Além disso, mesmo na programação, o não envolvimento de todos da equipe propicia a verticalização das decisões, prejudicando a democratização das relações e o comprometimento dos profissionais com seu processo de trabalho. Endossa essa situação, o fato que as informações do território não são trabalhadas criticamente e, portanto resultam em ações pouco resolutivas e destoadas das reais necessidades em saúde da comunidade adstrita.

Reforça-se que a rede de atenção à saúde no município ainda não está organizada completamente. Problemas de intersetorialidade, referência e

contrarreferência justificam essa assertiva. Alguns fatores estão imbricados na manutenção desse problema: a baixa qualificação profissional para atuar na Atenção Básica propicia dificuldades em definir as reais necessidades em saúde do usuário (explícitas ou não) dentro do contexto ampliado de saúde; a falta do planejamento das ações com base no diagnóstico territorial; carência de uma política municipal que estabeleça estratégias para dinamizar o fluxo do usuário pelos serviços, bem como estimular o intercâmbio entre os profissionais.

Por outro lado, é preciso considerar que a implementação da rede de atenção à saúde é um processo novo e requer entendimento e engajamento por parte dos profissionais de saúde e comunidade. Na reorientação das práticas profissionais, a educação permanente e a avaliação constante das ações, se tornam condutas potencializadoras de mudanças, especialmente no município em estudo. Nestes processos, as equipes com o envolvimento e apoio da gestão municipal, identificam os problemas, estabelecem estratégias de ação a partir do cotidiano dos serviços e das necessidades da comunidade, ampliam o conhecimento dos profissionais para organizar seu processo de trabalho orientando-se pela integralidade, com vistas a melhorar a qualidade dos serviços.

O Programa de melhoria ao acesso e qualidade da atenção (PMAQ) se coloca como *aliado* nessa dinâmica de orientação da gestão municipal e das equipes para a organização de seus processos de trabalho dentro dos princípios do SUS. O processo de autoavaliação e avaliação externa do PMAQ caminham paralelamente com a Educação permanente quando propõem a reflexão e discussões das ações presentes nos processos de trabalho, com a ressalva que o PMAQ direciona o planejamento das equipes para ações pontuais contidas nos padrões de qualidade do instrumento AMAQ. Nesse sentido, a integração da gestão municipal aos diversos saberes e competências profissionais que compõem as equipes de saúde da família propiciam a elaboração de um projeto comum e monitoramento das ações propostas, objetivando melhoria da qualidade da atenção.

No entanto verificou-se que o processo de autoavaliação e avaliação externa do PMAQ/2013, do município ocorreram numa lógica fragmentada, sem a participação de todos os membros da equipe e sem retorno dos resultados, impedindo o planejamento das ações e discussão em conjunto, maior comprometimento profissional, e, a construção de ações efetivas que propiciassem a reorganização da assistência na Atenção Básica.

Além disso, identificaram-se fragilidades na versão do AMAQ/2013 nas subdimensões analisadas referente à equipe de saúde bucal, no que tange aos quadros da folha de respostas. Esses quadros ora agregavam padrões de qualidade da subdimensão anterior ou posterior, gerando confusões na atribuição dos pontos e conceitos por parte das equipes, dificultando o preenchimento adequado do instrumento bem como a autoanálise pelas equipes de saúde bucal. Outro aspecto verificado na versão do AMAQ/ 2013 refere-se à escala de conversão dos pontos em conceitos, cujos valores percentuais usados para a conversão não estão em conformidade com as versões anteriores do AMAQ, e não atingem o percentual total (100%) dos pontos que possam ser atribuídos para os padrões. Procurou-se antes da realização da entrevista, ajustar adequadamente os conceitos conforme os padrões de qualidade de cada subdimensão, de forma a evitar distorções nos resultados.

Este estudo demarcou um diagnóstico dos problemas que incidem sobre a organização do processo de trabalho orientado pela integralidade nas equipes de saúde Família no município de Piraúba/MG. Assim, esse estudo assume a postura de quem almeja contribuir, identificando problemas e apontando possíveis caminhos para reorientação do processo de trabalho na perspectiva da integralidade, um princípio difícil de alcançar, mas um dos quais se “vale a pena lutar” (MATTOS, 2005, p. 60).

Destaca-se que os resultados obtidos com este estudo poderão subsidiar ações e melhorias nos processos de trabalho das equipes não só do município em questão, como de outros que esbarram em dificuldades semelhantes. Esse estudo volta seu olhar de análise para um município pequeno do interior de Minas Gerais, no entanto, considera-se pertinente visto que a maioria dos municípios brasileiros encontra-se na situação de pequeno porte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) Portanto, a relevância deste estudo reside no fato que seus resultados poderão ser conjugados (ou compartilhados) por outros municípios, onde a reorganização do processo de trabalho da ESF na perspectiva da integralidade é uma necessidade presente e dinamizadora de melhorias na qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANCE, V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio**. São Paulo: USP, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 783-836.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. P.; SOUZA, N. R. Integralidade na concepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38653/41500>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, DF, 6 de nov. 1996. Seção 1, p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). [Elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007a. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria n. 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 nov. 2007b. Seção 1, p. 44.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília: Conass, 2007c. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.812, de 29 de novembro de 2011. Homologa a adesão dos municípios e das respectivas equipes de atenção básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov. 2011c. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Folder Seminário Pet-Saúde**. Brasília: MS, maio 2011d. 1 folder. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/index.php>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério habilita novas equipes de Saúde da Família**. 2012c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/ministerio-habilita-novas-equipes-de-saude-da-familia>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico Cobertura SF. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: Janeiro de 2010 a Setembro de 2014. [c2012]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2014. 347 p.

CAMPOS, E. M. S. **A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS**: a perspectiva de quem molda sua operacionalização. 2007. 297 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago., 2010.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 837-868.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et.al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, out./dez, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-167, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2001. p. 113-126.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 295-316.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUNHA, E. M. Por que almejar a integralidade na atenção. In: FERREIRA, S. C. C.; MONKEN, M. (Orgs.) **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 15-21.

CUNHA, M. L. S.; NORONHA, M. F. Redes integrais e território: é necessário um elemento organizador da Atenção à Saúde? In: FERREIRA, S. C. C.; MONKEN, M. (Orgs.) **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 43-72.

DURÁN-GONZÁLEZ, A.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1181-1186, dez. 2009. Número especial.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde:** as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, H. F.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan./mar. 2012. Disponível em <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/417/441>>. Acesso em: 2 out. 2014.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E., Produção imaginária da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografia do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERATONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 145-160.

HOLANDA, I. C. L. C.; ALMEIDA, M. M.; HERMETO, E. M. C. Indutores de Mudanças na formação dos profissionais de saúde: pró-saúde e pet-saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 389-392, out./dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População. Censo 2010. Estados@. **Minas Gerais**. [c201-]a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População. Censo 2010. Cidades@. **Piraúba**. [c201-]b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315130&search=minas-gerais|piraubal|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**: primeiros resultados. População e Domicílios recenseados. Distribuição dos municípios por faixa populacional. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000244.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

KANTORSKI, L. P et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, dez. 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes de saúde da família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010.

MARX, K. **Do capital**. O rendimento e suas fontes. São Paulo: Nova Cultural, 1996. 256p.

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-271, abr./jun. 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005. p. 39-64.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, jun. 2010. Suplemento 1.

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

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Resolução n. 1.794, de 11 de março de 2009. Institui incentivo financeiro para melhoria da infra-estrutura da atenção primária à saúde, no âmbito do Projeto Estruturador Saúde em Casa e define critérios para a sua concessão. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, 17 mar. 2009. p. 98. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7430962/pg-98-executivo-diario-oficial-do-estado-de-minas-gerais-doemg-de-17-03-2009>>. Acesso em: 12 set. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Apresentação cartográfica. 2012. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/APRESENTAO%20CARTOGRFICA%20PDR.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NORONHA, J. C.; LIMA, D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 435-472.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 669-688.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R., BARROS M. E. B., MATTOS R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco, 2007. p. 161-177.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320-328. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2006.

PIRAÚBA (MG). Prefeitura Municipal de Piraúba. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. Piraúba: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

PIRAÚBA (MG). Prefeitura Municipal de Piraúba. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de monitoramento Municipal do SIAB** (SIAB/MUN, julho 2013). Piraúba: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, set./dez. 2007.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SOUZA, E. S.; PEREIRA, H. B. B. Rede Pet Saúde em Feira de Santana: o desafio da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 3, p. 651-667, jul./set. 2012.

ROSEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 741-766.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 531-562.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. **Réforme des systèmes de santé en Europe: la charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé,** 19 juin 1996. Copenhague: OMS Bureau regional de l'Europe. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108656/1/E55365.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 de out 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL**

Pesquisador Responsável: Marjorye Polinati da Silva Vecchi
Endereço: Praça Guarurama, 78. Centro. Piraúba/ MG
Fone: (32) 3571-1432
E-mail: marjorye.vecchi@ifsudestemg.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O Trabalho das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da Integralidade da atenção à saúde”. Nesta pesquisa pretendemos “Analisar como as equipes de Saúde da Família do município de Piraúba estão organizando o processo de trabalho na perspectiva da integralidade da atenção à saúde”.

O motivo que nos leva a estudar é compreender como se dá a organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família com foco na Integralidade da atenção à saúde, quais são os avanços e desafios encontrados para a implementação de uma assistência integral nas equipes de saúde da família.

Há um consenso na literatura de que a organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família centrado na integralidade, qualifica as ações da atenção básica, trazendo maior resolutividade, eficiência e satisfação dos usuários

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: análise dos resultados do questionário AMAQ (Auto avaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção) aplicado em 2013 pela Secretaria Municipal de Saúde de Piraúba. Realização da técnica de entrevista coletiva com as equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) do município, em 2 momentos: No primeiro momento, entrevistar coletivamente os profissionais de cada equipe de forma a apreender as concepções relacionadas à integralidade. Segundo momento, apresentar e discutir os resultados obtidos da autoavaliação das equipes, em cada dimensão analisada do questionário. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para se realizar a leitura do material e eleger as unidades de significação ou categorias.

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais médicos, e enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde das três USF.

O critério de inclusão na pesquisa serão os profissionais das equipes que atuam nestas USF que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Como critérios de exclusão serão os profissionais que se encontrarem de licença, férias, e outra situação de não presença nas USF, durante o período realização da pesquisa.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, ou seja, não haverá interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem estar físico, psicológico e social, bem como da intimidade, conforme os parâmetros contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “O Trabalho das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da Integralidade da atenção à saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participanteRG	Data
------	---------------------------	------

Nome: Marjorye Polinati da Silva Vecchi	(MG-12338039)	Data
---	---------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Marjorye Polinati da Silva Vecchi
 Endereço: Praça Guarurama, 78. Centro. Piraúba/ MG
 Fone: (32) 3571 1432
 E-mail: marjorye.vecchi@ifsudestemg.edu.br

APÊNDICE B – Sistematização dos resultados das dimensões trabalhadas na pesquisa e utilizadas no segundo momento da entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PPGSC – Mestrado em Saúde Coletiva

“O Trabalho das equipes de Saúde da Família na perspectiva da Integralidade da Atenção à Saúde”

• **Quadro 1 – Unidade Saúde da Família Azul (Atenção Básica e Saúde Bucal)**

Dimensão	Subdimensão	Resultado da Autoavaliação	
		Equipe AB azul	ESB azul
Educação Permanente, Processo de Trabalho, Atenção Integral à Saúde	<p>J - Educação permanente e Qualificação da equipe de Saúde</p> <p>Conceito AMAQ: São concepções e práticas em saúde que incluem trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população, na diversidade de demandas e realidades do território.</p>	Satisfatório	Muito Satisfatório
	<p>K - Organização do processo de Trabalho</p> <p>Conceito AMAQ Envolve adscrição do território, diagnóstico situacional, busca ativa e visitas domiciliares, acolhimento em tempo integral, ações de prevenção e promoção, atendimento de urgências e emergências durante jornada de trabalho, rotinas estabelecidas em cronogramas, linhas de cuidado com fluxos para outros pontos de atenção, práticas de avaliação de resultados da equipe e do território.</p>	Muito Satisfatório	Satisfatório
	<p>L - Atenção Integral à Saúde</p> <p>Conceito AMAQ Compreende uma abordagem em saúde de aspectos físicos, patológicos, psicológicos e de condicionantes sociais da saúde. Envolve acolhimento da demanda espontânea e programada, e de todas as fases do desenvolvimento humano, ações individuais e coletivas, de prevenção, promoção, vigilância, tratamento e reabilitação.</p>	Satisfatório	Satisfatório

• **Quadro 2 – Unidade Saúde da Família Branca (Atenção Básica e Saúde Bucal)**

Dimensão	Subdimensão	Resultado da Autoavaliação	
		Equipe AB branca	ESB branca
Educação Permanente, Processo de Trabalho, Atenção Integral à Saúde	J - Educação permanente e Qualificação da equipe de Saúde Conceito AMAQ: São concepções e práticas em saúde que incluem trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população, na diversidade de demandas e realidades do território.	Satisfatório	Muito Satisfatório
	K - Organização do processo de Trabalho Conceito AMAQ Envolve adscrição do território, diagnóstico situacional, busca ativa e visitas domiciliares, acolhimento em tempo integral, ações de prevenção e promoção, atendimento de urgências e emergências durante jornada de trabalho, rotinas estabelecidas em cronogramas, linhas de cuidado com fluxos para outros pontos de atenção, práticas de avaliação de resultados da equipe e do território.	Muito Satisfatório	Muito Satisfatório
	L - Atenção Integral à Saúde Conceito AMAQ Compreende uma abordagem em saúde de aspectos físicos, patológicos, psicológicos e de condicionantes sociais da saúde. Envolve acolhimento da demanda espontânea e programada, e de todas as fases do desenvolvimento humano, ações individuais e coletivas, de prevenção, promoção, vigilância, tratamento e reabilitação.	Muito Satisfatório	Muito Satisfatório

• **Quadro 3 – Unidade Saúde da Família Vermelha (Atenção Básica e Saúde Bucal)**

Dimensão	Subdimensão	Resultado da Autoavaliação	
		Equipe AB Vermelha	ESB Vermelha
Educação Permanente, Processo de Trabalho, Atenção Integral à Saúde	<p>J - Educação permanente e Qualificação da equipe de Saúde</p> <p>Conceito AMAQ: São concepções e práticas em saúde que incluem trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população, na diversidade de demandas e realidades do território.</p>	Muito Satisfatório	Muito Satisfatório
	<p>K - Organização do processo de Trabalho</p> <p>Conceito AMAQ Envolve adscrição do território, diagnóstico situacional, busca ativa e visitas domiciliares, acolhimento em tempo integral, ações de prevenção e promoção, atendimento de urgências e emergências durante jornada de trabalho, rotinas estabelecidas em cronogramas, linhas de cuidado com fluxos para outros pontos de atenção, práticas de avaliação de resultados da equipe e do território.</p>	Muito Satisfatório	Muito Satisfatório
	<p>L - Atenção Integral à Saúde</p> <p>Conceito AMAQ Compreende uma abordagem em saúde de aspectos físicos, patológicos, psicológicos e de condicionantes sociais da saúde. Envolve acolhimento da demanda espontânea e programada, e de todas as fases do desenvolvimento humano, ações individuais e coletivas, de prevenção, promoção, vigilância, tratamento e reabilitação.</p>	Satisfatório	Muito Satisfatório

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista Coletiva

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PPGSC – MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

“O Trabalho das equipes de Saúde da Família na perspectiva da Integralidade da Atenção à Saúde”

ROTEIRO DA ENTREVISTA COLETIVA

Realizada por Unidade de Saúde da Família (em conjunto com a Equipe de Saúde Bucal), e planejada em 2 momentos:

- **PRIMEIRO MOMENTO** – com o objetivo de buscar a compreensão dos profissionais das equipes sobre integralidade (propiciar um ambiente de diálogo sobre o que entendem por integralidade, que significado expressam, de que modo percebem tal dimensão em suas práticas).

Como questões orientadoras para motivação de tal conversa poderão ser utilizadas, caso seja necessário, as seguintes:

- 1) Sempre ouvimos ou lemos um termo relacionado a Atenção Primária ou a ESF que é a Integralidade. Na opinião de vocês o que é integralidade?
- 2) Pensando na Integralidade da forma como discutimos anteriormente, como vocês percebem a integralidade no cotidiano de suas práticas ou dos serviços que a unidade oferece?
- 3) Após estas colocações e reflexões, eu gostaria que vocês identificassem o que contribui ou dificulta (quais os avanços e desafios) para a implementação de um atendimento integral?
- 4) Para finalizar este primeiro momento - alguém gostaria de acrescentar alguma informação, reflexão?

- **SEGUNDO MOMENTO** – com o objetivo de problematizar os resultados obtidos pela autoavaliação – instrumento AMAQ, em relação a Unidade de Análise “Equipe” - Dimensão: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, analisada pelas subdimensões:

J - Educação permanente e qualificação da equipe de atenção;

K - Organização do Processo de trabalho

L - Atenção Integral à Saúde

A questão central que orientará tal discussão e reflexão, mediante os resultados de cada subdimensão é:

O que vocês pensam sobre este resultado pontuado pelos profissionais?

Finalizou-se esse segundo momento com o seguinte questionamento:

O que representou para cada um e para a equipe esse processo de autoavaliação do AMAQ?

APÊNDICE D – Ficha Identificação Profissional e perfil

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

“O trabalho das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da Integralidade da Atenção à Saúde”

Equipe nº _____

Data de realização da entrevista: ____/____/____.

Local da realização da entrevista: _____.

Categoria Profissional

() Médico () Enfermeiro () Téc. Enfermagem () ACS
() Dentista I () Técnico em Saúde Bucal () Auxiliar Saúde Bucal

Data de Nascimento: ____/____/____.

Data admissão na equipe: ____/____/____. (Caso não tenha clareza da data especificar ano).

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Piraúba (MG)



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAÚBA - MG**

Telefax: (32) 3573-1625

Rua Opemá, 610 – Centro – CEP: 36.170-000 – Piraúba – Minas Gerais.

E-mail: saúde_pirauba@yahoo.com.br

OFÍCIO/SMS/PIRAÚBA/MG/INFORMAÇÃO(FAZ)

Piraúba, 08 de Janeiro de 2014.

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste, autorizar, a aluna de mestrado em Saúde Coletiva da UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora, Enfa. Marjorye Polinati da Silva Vecchi, a realizar pesquisa intitulada “O Trabalho das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da integralidade da atenção à saúde”, informamos também que as Unidades de Saúde da Família possuem infraestrutura adequada para a realização da pesquisa e coleta de informações.



Limitado ao exposto.

Atenciosamente,

Daniel Egypto Gomes
Secretário Municipal de Saúde

Daniel Egypto Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Piraúba

ANEXO B – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: O Trabalho das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da Integralidade da atenção à saúde												
Pesquisador: Marjorye Polinati da Silva												
Área Temática:												
Versão: 1												
CAAE: 27710314.9.0000.5147												
Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 566.810												
Data da Relatoria: 20/03/2014												
Apresentação do Projeto:												
Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.												
Objetivo da Pesquisa:												
Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.												
Avaliação dos Riscos e Benefícios:												
Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.												
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:												
O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.												
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:												
O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: JOSÉ LOURENCO KELMER S/N</td> <td>CEP: 36.036-900</td> </tr> <tr> <td>Bairro: SAO PEDRO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: MG</td> <td>Município: JUIZ DE FORA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (32)2102-3788</td> <td>Fax: (32)1102-3788</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br</td> </tr> </table>			Endereço: JOSÉ LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900	Bairro: SAO PEDRO		UF: MG	Município: JUIZ DE FORA	Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788		E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br
Endereço: JOSÉ LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900											
Bairro: SAO PEDRO												
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA											
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788											
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br											



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 566.810

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa:

03/11/2014

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 25 de Março de 2014

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br