

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Qualidade e organização do processo de trabalho na
Atenção Básica: percepções e significados atribuídos pelos
profissionais de saúde

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato

Botucatu
2011

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato

**Qualidade e organização do processo de trabalho na
Atenção Básica: percepções e significados atribuídos pelos
profissionais de saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Carrapato, Josiane Fernandes Lozigia.

Qualidade e organização do processo de trabalho na atenção básica:
percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde / Josiane
Fernandes Lozigia Carrapato. - Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2011

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Saúde pública. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Pessoal da área
médica.

Palavras-chave: Atenção básica; Atenção primária; Qualidade; Processo de
Trabalho em Saúde.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu companheiro Marcos Alberto, meus filhos Leonardo e Murilo.

Dedico este trabalho a Ti Deus, meu mestre, minha fonte de vida, obrigada pela sua misericórdia.

Dedico ainda a todos aqueles que fazem parte do meu dia a dia, a todos que amo e aos que não amo também.

AGRADECIMENTOS

A minha querida e eterna amiga Roseli

Obrigada por fazer parte de minha vida e por estarmos juntas nesta etapa do Mestrado. Você me deu forças para acreditar que eu poderia e conseguiria vencer. Como sempre falo: Amo muito você!

“Amigo é coisa para se guardar no lado esquerdo do peito, mesmo que o tempo e a distância, digam não, mesmo esquecendo a canção. O que importa é ouvir a voz que vem do coração.”

Aos meus pais Ana Maria e Joanilson

Simplesmente desejo expressar que Amo Vocês. Tudo que sou e sei está diretamente ligado aos seus ensinamentos. Vocês me ensinaram que na vida há obstáculos e sofrimento, no entanto, conseguiram formar minha personalidade com bastante confiança e perseverança, assim, hoje sou segura e acredito que posso vencer todos os problemas para alcançar meus objetivos.

Obrigada, por fazerem parte de minha vida.

À orientadora e amiga Elen Rose Lodeiro Castanheira

Agradeço por ter surgido em minha vida e por ter disponibilidade de compartilhar comigo suas experiências, conhecimentos e por me ensinar que o verdadeiro “Mestre” é aquele que, com humildade e amor, ensina eternamente o outro com desejo de apreender. Desejo ser sua eterna aprendiz.

“A mente do homem, uma vez ampliada por uma nova idéia, jamais retorna à sua dimensão original”.

Oliver Wendell Holmes

Aos meus irmãos Joanilson e Juliana; a minha cunhada Karina e a minha sobrinha Sofia

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”. Fernando Pessoa.

Amo vocês e tenham certeza de que vocês são incomparáveis.

Acima de tudo o amor

Ainda que eu falasse línguas, as dos homens e dos anjos, se eu não tivesse o amor, seria como sino ruidoso ou como címbalo estridente.

Ainda que eu tivesse o dom da profecia, o conhecimento de todos os mistérios e de toda a ciência; ainda que eu tivesse toda a fé, a ponto de transportar montanhas, se não tivesse o amor, eu não seria nada.

Ainda que eu distribuísse todos os meus bens aos famintos, ainda que entregasse o meu corpo às chamas, se não tivesse o amor, nada disso me adiantaria.

O amor é paciente, o amor é prestativo; não é invejoso, não se ostenta, não se incha de orgulho.

Nada faz de inconveniente, não procura seu próprio interesse, não se irrita, não guarda rancor.

Não se alegra com a injustiça, não se regozija com a verdade.

Tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor jamais passará. As profecias desaparecerão, as línguas cessarão, a ciência também desaparecerá.

(1ºCoríntios 13, 1-8)

RESUMO

Qualidade e organização do processo de trabalho na Atenção Básica: percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde

A necessidade de avançar na efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde em práticas concretas nos serviços de saúde tem permitido a emergência de diferentes concepções sobre qualidade, evidenciando o caráter polissêmico do termo e sua estreita imbricação com a subjetividade. O presente trabalho pretende compreender como se define a qualidade segundo a percepção dos agentes que diretamente executam as ações na rede de Atenção Básica, a partir de suas vivências em serviços operados segundo processos de organização do trabalho distintos. Identificar o que é significativo enquanto elementos que compõem a qualidade da organização do processo de trabalho podem reorientar processos de mudança no modelo de atenção ainda hegemônico na Atenção Básica. Trata-se de um estudo qualitativo, na forma de um estudo de caso, realizado em duas unidades da rede de Atenção Básica: uma organizada de acordo com o que preconiza a Estratégia de Saúde da Família (USF) e a outra, segundo o modelo “tradicional,” com Agentes Comunitários de Saúde (UBS com ACS). Tem por objetivos: investigar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde em relação à qualidade das ações na Atenção Básica e identificar as principais diferenças entre as percepções dos profissionais conforme sua inserção de trabalho em USF ou UBS com PACS. O trabalho foi desenvolvido por meio de abordagens qualitativas, com uso de visita e observação das atividades, entrevistas semi-estruturadas com os gerentes e usuários dos serviços de saúde e grupos focais com os profissionais de cada serviço. O material colhido foi analisado por meio do referencial proposto por Vigotski em diálogo com a literatura sobre o processo de trabalho em saúde produzida no campo da Saúde Coletiva. Os resultados apontam como principais núcleos de significados atribuídos pelos profissionais de saúde em relação à qualidade: Interação entre profissional e usuário - Acolhimento; Modelo de Atenção e organização do Trabalho; Entendimento da realidade social e mediação - ACS; Equipe qualificada com autonomia para sugerir mudanças e Gerenciamento do Trabalho com co-responsabilidades. Verificamos que tanto na UBS com ACS como naquela organizada pela ESF, é possível identificar núcleos de qualidade no processo de trabalho, ou seja, um trabalho desenvolvido com a intencionalidade de realizar acolhimento, interação entre os profissionais de saúde, gerente e usuários, com uma equipe que compartilha seu conhecimento da realidade social e com o desenvolvimento de um trabalho em equipe. Destaca-se, no entanto, a maior proximidade da organização dos serviços de Saúde da Família com os princípios ético-normativas do SUS, o que aproxima a concepção de qualidade de seus profissionais desses mesmos princípios.

Palavras-Chave: Qualidade, Processo de Trabalho em Saúde, Atenção Básica, Atenção Primária.

ABSTRACT

Quality and organization of the work process in Basic Care: perceptions and meanings attributed by health professionals

The need to improve the effectiveness of the guidelines of the Unified Health System (SUS) into concrete practices in health services has allowed the emergence of different conceptions on quality, highlighting the polysemic character of the term and its close imbrication with subjectivity. The present study aims at comprehending how quality is defined according to the perception of the agents who directly perform the actions in the Basic Care system based on their experiences in services rendered according to processes of organization of different works. Another objective is to identify what is meaningful in terms of the elements that form the quality of organization of the work process and how they can reorientate changing processes on the model of care still hegemonic in the Basic Care system. It is a study of qualitative nature, in the form of case study conducted in two health units of the Basic Care system: one of them organized according to the guidelines of the Family Health Strategy (USF) and the other according to the “traditional” model, with Health Community Agents (UBS with ACS). The study still aims at investigating the meanings attributed by health professionals to the quality of actions in Basic Care, as well as to identify the main differences between the professionals’ perceptions according to their work insertion in USF or UBS with PACS. The study was developed by means of qualitative approaches, with the use of visits and activities observation; semi-structured interviews with health service managers and users and focal groups with each service professionals. Data collected was analyzed by means of the referential proposed by Vigotski together with the literature about the work process in health in the area of Community Health. According to the results, the main core of meanings attributed by health professionals to quality are Interaction between the Professional and the user – Reception; Care model and Work organization; Understanding of the social reality and mediation – ACS; Qualified team with autonomy to suggest changes, and Work Management with co-responsibilities. It was verified that in both UBS with ACS and that organized by ESF it is possible to identify a nucleus of quality in the work process, that is, a work developed with the intention to conduct reception, interaction with health professionals, manager and users, with a team that shares its knowledge on social reality, and with the development of team work. However, it should be highlighted a larger proximity of organization of Family Health services to the ethical and normative principles of SUS, what brings together the quality conception that its professionals hold of the same principles.

Key words: Quality, Health Work Process, Basic Care, Primary Care.

ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CE – Consulta de Enfermagem

CM – Consulta Médica

CO – Consulta Odontológica

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

USC- Universidade do Sagrado Coração

UNESP- Universidade do Estado e São Paulo

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Quadro de funcionários da UBS Tradicional

Quadro 2 - Quadro de funcionários da USF

Quadro 3 – Caracterização dos participantes da USF

Quadro 4 – Caracterização dos participantes da UBS Tradicional

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo II – Roteiro de Observação dos Serviços de Saúde.

Anexo III – Roteiro de entrevista semi-estruturada com os gerentes dos serviços de saúde.

Anexo IV – Roteiro de entrevista semi-estruturada com os usuários dos serviços.

Anexo V – Roteiro de entrevista semi-estruturada com os profissionais de ensino superior.

Anexo VI – Roteiro de grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde e profissionais de ensino médio.

Anexo VII – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	22
3. METODOLOGIA	23
Consciência, Sentidos e Significados	27
Consciência	28
Sentidos e Significados.....	29
População.....	33
Coleta de Dados	37
Organização e Análise de Dados.....	38
Aspectos Éticos	39
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5. RESULTADOS.....	42
Caracterização dos locais pesquisados e descrição da oferta da USF e UBS tradicional	42
1º Núcleo de Significado: Interação entre profissional e usuário-Acolhimento	57
2º Núcleo de Significado: Organização do Trabalho.....	65
3º Núcleo de Significado: entendimento da realidade social e mediação - ACS/agente comunitário de saúde.....	75

4º Núcleo de Significado: Equipe qualificada com autonomia para sugerir mudanças	81
5ºNúcleo de Significado: Gerenciamento do Trabalho	89
6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BLIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	115

APRESENTAÇÃO

Há quinze anos trabalho como assistente social da Saúde Pública do Município de Bauru. Quando lembro o meu primeiro estágio no Pronto Socorro Municipal de Saúde, de minha decepção e a afirmação que jamais atuaria nesta área, e atualmente, quando tenho a clareza do trabalho na saúde contribuir significativamente para minha felicidade, tenho a certeza de que fiz a escolha certa.

Durante todos esses anos, trabalhei aproximadamente dois anos em várias unidades básicas de saúde e depois dois anos na área de Saúde do Trabalhador e onze anos na Saúde Mental.

Na Saúde Mental executei o papel de profissional de saúde como técnica, gerente e coordenadora da área e uma questão que me deixava intrigada eram as diferenças no processo de trabalho que ocorria entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, pois na Saúde Mental havia atendimento mais humanizado, trabalho em equipe interdisciplinar e o portador de transtorno mental era visto na totalidade abrangendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

A partir da pesquisa “Avaliação da gestão da Atenção Básica dos Municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”¹, pode-se identificar a UBS tradicional e USF melhor avaliadas no Município de Bauru e buscou-se descobrir junto aos profissionais de saúde que elementos que existentes nestes serviços interfeririam diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Durante o desenvolvimento do projeto de mestrado, consegui entender que a qualidade pode estar em qualquer área, seja Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Urgência e Emergência, como também na Atenção Básica. Fiquei feliz com a descoberta e com a desconstrução de que somente na Saúde Mental havia trabalho em equipe, discussão de casos, enfim, qualidade no processo de trabalho e na produção do cuidado.

Atualmente continuo militante da Saúde Pública, assim, desejo utilizar o conhecimento científico do mestrado para implantar projetos para melhorar a qualidade das ações desenvolvidas na rede básica. Obviamente haverá grandes desafios para efetivar a qualidade dos serviços prestados em todas as Unidades de Saúde e Unidades de Saúde da Família, no entanto, tenho a certeza de que meu objetivo é aplicar a teoria na prática, e consequentemente, transformar a realidade.

¹ Castanheira et al, “Avaliação da gestão da Atenção Básica dos Municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo” Pesquisa financiada pela linha de fomento PPSUS. Relatório final, 2007.

1. INTRODUÇÃO

Ainda que o direito à saúde seja uma prerrogativa constitucional, muitas têm sido as dificuldades em cumprir com a legislação vigente, tanto em relação ao acesso como também por referência à qualidade das ações desenvolvidas.

O modelo assistencial proposto pelo SUS – Sistema Único de Saúde – baseia-se na concepção do processo saúde-doença e (em um) num novo modelo de prática sanitária baseados na articulação de saberes e práticas da Saúde Coletiva com aqueles advindos da Clínica na dimensão da atenção individual à saúde. As Leis nº8080/90 e 8142/90 regulamentam o SUS e definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e a participação popular; definem saúde como área de “relevância pública” e a relação de poder público com entidades privadas.

Dentro desse escopo, o SUS, em seus princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, define o horizonte ético e político que deve orientar o conjunto das ações desenvolvidas de modo a garantir que todo cidadão possa exercer o direito de acesso aos serviços com atendimento integral, ou seja, com humanização, acolhimento e articulação das ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e controle dos diferentes agravos.

O SUS é reconhecido como uma das maiores conquistas da sociedade, no entanto, o modelo assistencial ainda hegemônico, está centrado na assistência médica, fragmentada e especializada, que tem nas ações curativas seu *locus* privilegiado de atenção, sem se articular com outras práticas terapêuticas ou racionalidades que não aquela estritamente biomédica (BERTOLLI FILHO, 1998). É necessário refletir o SUS como um processo no qual é campo das tecnologias e da produção de cuidado.

A dimensão tecnológica do trabalho em saúde, com base na abordagem das práticas de saúde como trabalho histórico e socialmente construído, foi incorporada ao campo da Saúde Coletiva a partir da produção de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994). Esse autor diferencia as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho na linha de produção, daquelas relativas à interface entre o conhecimento técnico-científico e as práticas de saúde, nominando as primeiras de “tecnologias materiais” e as últimas de “tecnologias não materiais” (Mendes-Gonçalves, 1994).

Merhy (2000), ao pensar o trabalho médico, lança mão da imagem de valises para analisar os instrumentos que esse profissional utiliza para atuar. Há uma valise de mão, onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias

duras; uma outra valise, que está na mente dos profissionais, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; e uma terceira valise, a das relações, que estão entre o trabalhador e o usuário, com as tecnologias leves. O território das tecnologias leves é o local onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.

Assim, a qualidade dos serviços de saúde quando tomada em relação aos processos de trabalho, está interligada a essas três dimensões tecnológicas - com as tecnologias leves, ou seja, na relação entre o usuário e o trabalhador; com as tecnologias leve-duras, no exercício da expertise técnica; e também nas tecnologias duras, por referência aos equipamentos necessários à produção do cuidado. Esse modelo, separando de modo esquemático as dimensões apontadas visa valorizar suas especificidades e importância, uma vez que, evidentemente, integram-se e articulam de modo inseparável no exercício da prática.

Segundo o modelo apresentado, ao falarmos aqui de qualidade da atenção à saúde na rede básica de serviços, estamos falando não apenas de acesso às tecnologias materiais e ao próprio serviço, mas também, simultaneamente, em acolhimento, humanização e interação entre sujeitos e conhecimentos na produção do cuidado.

Mas como avaliar essas diferentes dimensões da qualidade? E, antes de julgá-la, como defini-la?

O usuário de saúde não entende das tecnologias duras, ou seja, não sabe informar as condições técnicas dos equipamentos necessários a um bom atendimento; também não sabe julgar os saberes técnicos necessários nas consultas dos profissionais, denominadas de tecnologias leve-duras, mas reconhece e identifica os aspectos relacionais e o papel da atenção, da escuta, do diálogo na construção do projeto terapêutico necessário à singularidade de cada um em relação a seus problemas. Além de entender como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de suas demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde (CAMPOS, 2005)

Para os profissionais, a qualidade difere dependendo do lugar que esse sujeito ocupa no sistema de saúde, pois aqueles responsáveis pela gestão dos serviços terão tendência em focalizar sua atenção em determinados aspectos e interesses, tais como, rendimento, custo e eficiência. Já os profissionais que atuam diretamente nos serviços, tenderão a ter outras expectativas, preocupando-se com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso às tecnologias duras e leve-duras, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto e a segurança. (CAMPOS, 2005)

Starfield (2002), refere que uma Atenção Primária em Saúde (APS) de qualidade tem sido um requisito bastante enfatizado atualmente em vários países. Esse movimento ganhou força a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias alcança melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários.

O presente trabalho toma como foco investigar os significados que os profissionais de saúde atribuem à qualidade das ações na Atenção Básica organizadas segundo dois modelos: o chamado “tradicional” com PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde e aquele organizado segundo a Estratégia de Saúde da Família, no município de Bauru. As unidades eleitas para o estudo, os “casos”, foram definidos a partir de uma avaliação estruturada do conjunto das unidades da rede básica, construída segundo um conceito de qualidade baseado na organização tecnológica do trabalho que procurou identificar as características do processo de trabalho que mais se aproximem das proposições ético-normativas do Sistema Único de Saúde (CASTANHEIRA et. al, 2007).

A atenção primária vem sendo muito discutida nos últimos anos segundo diferentes enfoques, com maior ênfase no atendimento às necessidades individuais, situadas por referência à família e à comunidade, ou com destaque para a articulação entre as dimensões coletivas e individuais na própria organização do cuidado.

Starfield adota a definição de atenção primária de Donaldson que a define como “a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade” (DONALDSON, 1996, apud STARFIELD 2002, p. 49-50).

A Canadian Medical Association considera, explicitamente, a atenção primária como o ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde, estando inter-relacionada aos outros componentes do sistema. Define a atenção primária como consistindo de “avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado, com intervenções familiares e comunitárias, quando necessário” (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994, apud STARFIELD, 2002, p. 52)

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica procura avançar em uma concepção mais abrangente. Caracteriza a Atenção Primária como 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. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

Segundo essas diretrizes a Atenção Básica no SUS deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e deve buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Na década 80, Bauru foi um dos pioneiros na valorização da Atenção Básica por implantar uma rede municipal de serviços de atenção primária. Naquela época a gestão municipal assumiu a Saúde como uma de suas prioridades, assim sob a coordenação do médico sanitário David Capistrano foi criada uma rede de atenção básica constituída por 11 novos núcleos de saúde e por algumas unidades estaduais já existentes que foram municipalizadas, totalizando 19 serviços (CAPISTRANO; PIMENTA, 1988).

Capistrano Filho e Pimenta (1988) ressaltaram também que a quantidade de serviços prestados estava diretamente vinculada com a qualidade. O objetivo da época era formar uma equipe competente e com padrão de qualidade. A capacitação era um processo permanente e acompanhado de supervisão. Esse entendimento conduziu à melhoria da qualidade de atendimento e a uma mudança de postura em relação às questões de saúde. Naquele momento uma das prioridades era a formação de uma equipe técnica competente e capaz de operacionalizar as melhores propostas para não correr o risco de inviabilizar a nova política de saúde.

Bauru é um município de porte médio, sendo que a base de sua economia é a prestação de serviços e, em especial, o comércio. Ganha destaque na organização das ações de saúde na região onde é o município sede do Departamento Regional de Saúde (DRS 06), tanto por seu tamanho, com uma população estimada **para 2007 de 362.813 hab (IBGE)**, como por ser uma referência importante para ações de média e alta complexidade.

De 2000 a 2005 o município apresentou uma taxa de crescimento geométrico de 1,71% ao ano, superior ao do Estado de São Paulo para o mesmo período que foi de 1,56% (SEADE, 2006). Em 2000 o índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Bauru foi de 0,825, o que o caracteriza como sendo de alto nível de desenvolvimento humano ao tomarmos como referência a classificação do PNUD.

A importância do sistema público de saúde fica bem caracterizada pela cobertura que o município apresenta em relação à saúde suplementar com 22,4% da população coberta por planos de saúde.

A rede básica do Município de Bauru é contemplada por 19 unidades sendo: 12 UBS tradicionais, 2 unidades de saúde organizadas pela ESF, 1 unidade básica com programa de agentes comunitários de saúde, 2 unidades mistas com urgência e emergência, 1 unidade básica com pronto atendimento e especialidades e 1 unidade com especialidades.

O município conta com uma estrutura complexa de serviços de saúde, no entanto, o modelo vigente pode ser representado por uma “pirâmide invertida”, ou seja, um modelo no qual a principal e primeira porta de entrada para os serviços públicos de saúde é o Pronto Socorro Municipal, invertendo assim a representação de um modelo hierarquizado que teria a rede básica como a entrada primeira e principal. Essa inversão tem por base a existência de barreiras de acesso ao SUS, já identificadas pela atual gestão municipal: o predomínio de um atendimento centrado na visão biomédica; a falta de compromisso de muitos dos que prestam assistência direta; a grande dificuldade de acesso da demanda espontânea; o predomínio da oferta programada baseada quase que exclusivamente no agendamento de consultas e de atividades de orientação individual (CASTANHEIRA et al, 2006).

Até 2005 a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru vinha desenvolvendo políticas que colocavam em prática, os Serviços de Urgência e Emergência como principal estratégia de acesso à população usuária, por meio de medidas como o incentivo salarial diferenciado para todos os que trabalhavam nesses serviços, ao lado do total descaso com a estrutura e a qualidade das ações desenvolvidas pela rede básica. Essa política gerou constantes reclamações sobre a assistência prestada e colocou os serviços municipais de saúde na mídia regional e local, que destacavam as filas e a ineficiência do sistema. A “saída” apontada por todos, inclusive atualmente pela própria mídia, é o fortalecimento da atenção básica. Aspira-se por uma atenção básica mais resolutiva e que tenha impacto sobre as condições de saúde. No entanto, se esse tipo de resultado pode ser esperado, ainda não é o que se observa como resultado das ações efetivamente realizadas nos serviços da rede básica.

Existe a aspiração pelo desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, bem como de constante qualificação dos técnicos da área de saúde para viabilizar com qualidade a atenção realizada, desconstruir o modelo centrado na doença, no médico, nas ações individuais e curativas e construir um novo modelo centrado na saúde, na equipe interdisciplinar e nas ações coletivas. De certo modo, a estratégia de Saúde da Família representa essa promessa.

Em Bauru, a implantação de unidades de Saúde da Família (USF) é incipiente, contando hoje com apenas duas unidades, com 7 equipes. Existe por parte de muitos profissionais certa resistência na ampliação do número de USF por questionarem quais as mudanças de fato trazidas pelo novo modelo, versus o investimento na melhoria das unidades tradicionais.

De fato, a literatura aponta que em algumas situações a ESF não conseguiu inovar tendendo a reproduzir o velho modelo de atenção queixa-conduta, centrado no médico, com filas para o atendimento, entre outras repetições do modelo tradicional (ELIAS, et al., 2006)

Nesse horizonte de crise, seja qual for o modelo adotado, o importante é construir um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde (CAMPOS et al., 2008; CONILL, 2008; SCHIMITH et al., 2004; HARTZ et al., 2004; CAMELO et al., 2000; MATUMOTO, 1998).

Diferentes trabalhos apontam para a complexidade das questões observadas hoje nos serviços de atenção primária, sejam eles unidades tradicionais ou unidades organizadas segundo a estratégia de saúde da família (CAPOZZOLO, 2003; BODSTEIN et al., 2006; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006), tais como:

- as dificuldades em se atingir a população excluída dos serviços; o que nos remete à questão da equidade e do direito à saúde;
- as dificuldades em desenvolver, de fato, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem restringir-se a uma assistência imediata e medicalizante; o que remete à questão do modelo de atenção à saúde;
- a complexidade das necessidades de saúde que demandam por atenção na rede básica e que expõem o limite da atenção médico centrada, exigindo aportes interdisciplinares para seu enfrentamento; o que nos remete à questão do modo como as ações são operadas e aos saberes que as instruí, ou seja, à questão das tecnologias utilizadas na atenção primária.

O presente trabalho pretende enfrentar as duas últimas questões apresentadas, compreendendo como vem se dando a organização do processo de trabalho na atenção básica em dois cenários diferentes: um serviço organizado segundo a estratégia de saúde da família (ESF) e outro organizado segundo o modelo mais tradicional da atenção básica, a que chamaremos genericamente como UBS (unidade básica de saúde), enfocando a interação entre os processos de gerenciamento e organização do processo de trabalho na determinação da qualidade das ações na rede de atenção básica em Bauru.

Quer-se compreender quais são os obstáculos e quais são as inovações tecnológicas implementadas no modo concreto de operar as ações nos serviços. Diferentes estratégias de organização definem de fato processos de trabalho distintos? Quais semelhanças ou diferenças estão relacionadas à qualidade da assistência prestada? As estratégias organizacionais em foco chegam a definir arranjos tecnológicos distintos? Essas questões mais gerais estão na base da pergunta central do presente estudo: o que é significativo para os profissionais de saúde enquanto elementos que compõem a qualidade?

Nesta perspectiva para discutir a natureza do processo de trabalho em saúde, faz-se necessário resgatar alguns conceitos básicos sobre o trabalho em saúde.

A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto, os resultados desse trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato do cuidado (SOUZA & SANTOS, 1993).

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um processo de produção peculiar, fundado em uma intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Muitas pessoas acreditam que no campo das práticas de saúde, a identificação de algum sinal ou sintoma como problema de saúde e a forma de obter a cura é geralmente o foco principal dos profissionais e serviços de saúde, no entanto, podemos dizer que o mais importante é a produção do cuidado, no qual é levado em consideração a história de vida, os aspectos culturais, sociais e familiares do usuário.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um processo que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na produção de diferentes produtos e mercadorias; dá-se sim

sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre sujeitos cuja relação é mediada por diferentes tecnologias. Quando falamos em processo de trabalho em sua definição clássica, lembramo-nos sempre de matéria-prima; instrumentos de trabalho; homem e produto. Já no caso de processo de trabalho em saúde imaginamos que a "matéria-prima" é o usuário; as tecnologias (leve/dura/leve-dura)² são simultaneamente instrumentos de trabalho e intervenção em ato; o homem é o trabalhador em saúde – operador do cuidado; sendo o produto, o homem saudável, ou seja, atos de saúde gerando a produção do cuidado e promovendo o bem estar e a felicidade desse homem. Todo esse processo de organização do trabalho poderá definir a qualidade dos serviços prestados.

Quanto à relação entre práticas de saúde e o modelo assistencial, Merhy (1995) discute que o modelo assistencial cria missões diferenciadas para estabelecimentos de saúde aparentemente semelhantes, as quais se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

Assim sendo, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário e na qualidade, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde.

Para este estudo, foi utilizada a abordagem sócio-histórica, apoiando-se principalmente nas idéias de Leontiev e Vigotski, objetivando entender o que os profissionais de saúde atribuem como elementos constitutivos e imprescindíveis à qualidade das ações realizadas na Atenção Básica.

Os profissionais de saúde são sujeitos que realizam o trabalho cotidianamente, ou seja, são os agentes que executam os instrumentos disponíveis, e conseqüentemente, entender e explicar, através do método de Vigotski, o que é significativo enquanto elementos que compõem a qualidade da organização do processo de trabalho é uma das maneiras de possibilitar mudanças para alcançar a qualidade da Atenção Básica.

² Tecnologia é aqui entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturados - tecnologias leve-duras ; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/ abordagem assistencial - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (Franco e Merhy,1999).

Na metodologia deste estudo, será abordada a questão da consciência, sentidos e significados objetivando explicar os significados dos profissionais de saúde em relação à qualidade das ações na Atenção Básica em uma unidade básica tradicional com PACS e outra organizada segundo a estratégia de saúde da família.

A partir desse referencial, buscaremos estabelecer um furtivo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer na atenção primária por meio da aproximação qualitativa de duas unidades básicas de saúde organizadas segundo diferentes modelos.

As questões de investigação e o desejo de conhecer profundamente a organização do processo de trabalho na Atenção Básica emergem da experiência de trabalho no campo da Saúde Coletiva da autora e objetivam entender e buscar soluções para os problemas cotidianos, por meio da escuta dos atores diretamente envolvidos com a produção do cuidado.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Investigar significados atribuídos por profissionais de saúde em relação à qualidade das ações na Atenção Básica.

Objetivo Específico:

- Identificar as principais diferenças entre as unidades organizadas pela Estratégia de Saúde da Família-ESF e aquelas organizadas pelo Modelo Tradicional de Atenção Básica – UBS com PACS, segundo as percepções dos profissionais de saúde.

3. METODOLOGIA

A presente investigação inscreve-se em uma linha da pesquisa qualitativa, buscando aprofundar análises de cunho explicativo a respeito dos determinantes da qualidade da Atenção Básica relacionados à organização do processo de trabalho, segundo os significados atribuídos pelos profissionais de saúde que o realizam.

De acordo com Minayo (2001, p.16) a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. O objeto de estudo, assim como, o referencial teórico trazem implícitos a orientação metodológica.

O presente estudo é um desdobramento da pesquisa intitulada “Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do estado de São Paulo” (CASTANHEIRA et al 2007), que envolveu a avaliação da rede básica de 129 municípios, dentre os quais estava o município de Bauru. A avaliação foi realizada por meio de questionário estruturado respondido pelo universo das unidades da rede básica desse município em julho de 2007 e estabeleceu um ranking de qualidade entre os serviços. Os resultados dessa avaliação em Bauru foram utilizados como base para eleição das unidades tomadas como casos pela presente investigação. Para o estudo de casos foram eleitos os serviços melhores avaliados que estavam organizados segundo modelos distintos – uma unidade tradicional e uma unidade de saúde da família.

Na descrição das unidades de saúde utilizou-se o questionário QualiAB, pois o mesmo possibilita conhecer características gerais do serviço; os registros de dados e informações em saúde; a organização da Atenção à Saúde na área da mulher, criança, adulto e saúde bucal; o perfil das atividades e as características do processo gerencial. (CASTANHEIRA, 2007)

O método utilizado nesta pesquisa é o método explicativo de Vigotski que tem como fundamento a abordagem sócio-histórica, sendo a teoria marxista da sociedade, conhecida como materialismo histórico seu principal referencial. Para Vigotski, Marx apontava que mudanças históricas na sociedade e na vida material produzem mudanças na “natureza humana” (consciência e comportamento) (VIGOTSKI, 2007). Um ponto central desse método é que todos os fenômenos sejam estudados como processos em movimento e em mudança.

Salientamos que na elaboração do trabalho utilizamos Vigotski como referência metodológica, pois foi referência durante o planejamento da coleta de dados, a escolha do instrumental, na transcrição das entrevistas e grupo focal, bem como na descoberta dos

núcleos de significados. Já na descrição dos resultados buscamos como referencial teórico autores da Saúde Coletiva, e dialogamos com estes autores e os dados descobertos com a pesquisa.

Num contexto de crise nas relações sociais, bem como a preocupação em não responder apenas à crise do indivíduo, culpabilizando-o pelos problemas individuais desarticulados da sociedade, controlando, padronizando e normatizando os homens a serviço de uma ordem social é que inicia-se a abordagem sócio-histórica como uma perspectiva crítica a essas ideias, utilizando o método materialista histórico e dialético.

Ao nos referirmos ao método materialista histórico e dialético, o ser humano é compreendido como um ser social e histórico. Isto significa que a partir da atividade desenvolvida e das relações sociais estabelecidas, o indivíduo apropria-se do desenvolvimento social historicamente acumulado pela humanidade, transformando-o. Em outras palavras, pode-se dizer que o desenvolvimento psicológico do indivíduo é uma continuidade do desenvolvimento histórico da espécie humana e a sua constituição dá-se a partir das relações sociais que se estabelece, por isso a condição sócio-histórica do ser humano. É a partir das relações sociais e da atividade que o homem apropria-se da realidade externa, transformando-a e ao mesmo tempo sendo por ela transformado que denominamos de objetivação e apropriação.

É importante explicitar que a atividade de cada indivíduo é determinada pela forma como a sociedade se organiza para o trabalho, entendido como a transformação da natureza para a produção da existência humana, algo que só é possível em sociedade. Neste processo, o homem estabelece relações com a natureza e com outros homens, determinando-se mutuamente. (AGUIAR, 2009)

Triviños (1987, p.49) relata que o “marxismo compreende, precisamente, três aspectos principais: o materialismo dialético, o materialismo histórico e a economia política”.

Uma das idéias mais originais do materialismo dialético é ter ressaltado, na teoria do conhecimento, a importância da prática social como critério de verdade. Há uma interconexão entre o relativo e o absoluto, assim, as verdades científicas, em geral, significam graus do conhecimento, limitados pela história. O relativismo não significa reconhecer a incapacidade do ser humano em chegar à verdade.

O processo de apropriação do mundo externo não acontece passivamente como mero reflexo do meio. A constituição do fenômeno se dá em uma relação dialética com o mundo social. De acordo com LEONTIEV(1978a), “o reflexo da realidade objetiva pela consciência

não se produz passivamente, mas de maneira ativa, criativa, sobre a base e no decorrer da transformação prática da realidade”(p.121)

Tendo como referência esses pressupostos, os princípios básicos para a análise metodológica de uma pesquisa são:

- a apreensão da historicidade: refere-se à compreensão do processo histórico da população envolvida na pesquisa, ou seja, a realidade concreta da qual os sujeitos fazem parte;
- ir além da aparência para captar a essência: refere-se à importância do pesquisador ir além do discurso (no caso dessa pesquisa do conteúdo das entrevistas e grupo focal), desvelando a sua essência, a fim de explicitar, descrever e explicar o fenômeno³ estudado em sua totalidade;
- o estudo da contradição: relaciona-se à concepção dialética de que o conhecimento se constrói na contraposição, no movimento de ideias. Assim, para compreender a totalidade de um fenômeno, é preciso conhecer seu processo de transformação, já que “é somente em movimento que um corpo mostra o que é” (VIGOTSKI, 1994, p.86).

Resumidamente, Vigotski (1994) pontua os fatores essenciais da análise na abordagem sócio-histórica:

1)Uma análise do processo em oposição a uma análise do objeto;2) uma análise que revela as relações dinâmicas ou causais, reais, em oposição à enumeração das características externas de um processo, isto é, uma análise explicativa e não descritiva e 3)uma análise do desenvolvimento que reconstrói todos os pontos e faz retornar à origem o desenvolvimento de uma determinada estrutura(p.86).

VIGOTSKI (2000) propõe como método de análise psicológica a utilização de unidades de análise. Diferentemente do método de decomposição em elementos, o método de decomposição em unidades conserva nelas a propriedade de totalidade. Já a decomposição em elementos não conserva nos elementos tal propriedade. Esse último propicia, na verdade, “a obtenção de produtos heterogêneos ao todo analisado, que não contêm as propriedades inerentes ao todo como tal e possuem uma variedade de propriedades que nunca poderiam ser encontradas nesse todo”(p.5).

³ Fenômeno no dizer de Vigotski representa a realidade concreta e, como tais, carregam o movimento do fenômeno estudado, suas contradições e sua historicidade. Explicando melhor: temos no início de nosso estudo um fato empírico, que está ao alcance de nossos sentidos. No entanto, os fatos empíricos não podem ser tomados como o fim de nosso estudo, pois assim ficaríamos a nível das aparências. É preciso ir adiante e conhecer o fenômeno em sua concretude, ou seja, é preciso que o pensamento invada o fenômeno e possa desvendar relações e determinações que o constituem e que não ficam evidentes no imediato, ou seja, no nível do empírico. (AGUIAR, 2009, p.95-96)

VIGOTSKI (2007), relata que a pesquisa tem um importante papel de desvendar os processos que comumente estão encobertos pelo comportamento habitual, sendo a história da cultura e da sociedade interligadas com o fenômeno pesquisado. Esse fenômeno seria observado cuidadosamente e depois descrito detalhadamente, sendo realizados com rigor científico e objetivamente, adquirem status de fato confirmado.

A unidade, portanto, é um “produto da análise que, diferente dos elementos, possui todas as propriedades que são inerentes ao todo e, concomitantemente, são partes vivas e indecomponíveis dessa unidade” (VIGOTSKI, 2000, p.8)

Para localizar a unidade é necessário encontrar o aspecto interno da palavra, o seu significado. O significado refere-se à unidade entre pensamento e linguagem e, também, à unidade entre generalização e comunicação. Consideram-se pensamento e linguagem como processos independentes, porém, interligados. VIGOTSKI (2000, p.10) explica que o significado é “ao mesmo tempo linguagem e pensamento porque é uma unidade do pensamento verbalizado”. Nesse sentido, o significado deve conter a ideia central que expressa a totalidade do pensamento. A linguagem, por sua vez, tem duas funções: comunicação e generalização. Considerando que toda palavra contém nela não apenas um objeto isolado, mas uma classe de objetos, toda palavra é, então, uma generalização. Assim, o significado da palavra:

tem na sua generalização um ato de pensamento [...], porém, o significado é parte inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quanto ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra, mas som vazio. Privada do significado, ela já não pertence ao reino da linguagem (VIGOTSKI, 2000, p.10)

Tendo em vista que a comunicação depende da generalização e do desenvolvimento do significado, então este não pode ser considerado como algo fixo e imutável; o significado, portanto, é dinâmico.

Concluindo, tal método:

permite não só revelar a unidade interna do pensamento e da linguagem como ainda estudar, de modo frutífero, a relação do pensamento verbalizado com toda a vida da consciência em sua totalidade e com as suas funções particulares (VIGOTSKI, 2000, p.17).

Considerando os pressupostos metodológicos de Vigotski, a sua abordagem sócio-histórica e o referencial teórico da Saúde Coletiva, qual a importância de se estudar o que é significativo aos profissionais de saúde enquanto elementos que compõem a qualidade na organização do processo de trabalho na Atenção Básica?

Salientamos que a partir da compreensão da totalidade do fenômeno, ou seja, a partir do conhecimento empírico da realidade “a organização do processo de trabalho”, bem como, o que é “significativo aos profissionais de saúde enquanto elementos que compõem a qualidade deste processo”, estudando, pesquisando e transformando-o em conhecimento científico, é possível compreender e construir estratégias para consolidação da Atenção Básica Qualificada, bem como novas formas de intervenção sobre a realidade.

CONSCIÊNCIA, SENTIDOS E SIGNIFICADOS

As categorias são compreendidas como aspectos do objeto de estudo que, embora o delimitem, o recortem, não são conceitos fechados, mas indicam processos que devem ser apreendidos em seus conteúdos históricos, ideológicos, contraditórios, multideterminados, mediados, para que se possa compreender e explicar os fenômenos estudados.(GONÇALVES, 2003, p.62)

A psicologia Sócio-histórica tem como fundadores e principais representantes Vigotski(1896-1934), Luria(1902-1977) e Leontiev(1903-1979), que se fundamentaram no método do materialismo histórico dialético formulado por Karl Marx(1818-1883) e Friederich Engels(1820-1895) no século XIX, assim utilizaremos esses autores para entendimento sobre consciência, atividade, sentidos e significados, e conseqüentemente, a referência metodológica do trabalho.

Essa abordagem é fundamentada no método materialista histórico e dialético. Materialista porque entende o modo de produção da vida material como sendo determinante para o desenvolvimento humano e da sociedade. Por outro lado, de acordo com a abordagem dialética, assim como a natureza influencia o homem, este age sobre a natureza. Na perspectiva dialética, a contradição é a base para a transformação da realidade. Esse processo de mudança e de movimento da relação homem-natureza, por sua vez, caracteriza o processo histórico; ou seja, “estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança: esse é o requisito básico do método dialético” (VIGOTSKI, 1994, p.85-86).

De acordo com essa abordagem, “as modificações biológicas hereditárias não determinam o desenvolvimento sócio-histórico do homem e da humanidade”(LEONTIEV, 1978b, p.264). Assim, o aparato e as funções biológicas dão condições para o desenvolvimento humano, mas por si só não garantem a apropriação da cultura e o

desenvolvimento das funções psíquicas superiores (funções tipicamente humanas como, por exemplo, a linguagem, o pensamento, a atenção, percepção, memória, imaginação). Leontiev (1978b) explica que;

[...] o homem não nasce dotado das aquisições históricas da humanidade. Resultando estas do desenvolvimento das gerações humanas, não são incorporadas nem nele, nem nas suas disposições naturais, mas no mundo que o rodeia, nas grandes obras da cultura humana. Só apropriando-se delas no decurso da sua vida ele adquire propriedades e faculdades verdadeiramente humanas (p.282-283).

Consciência

A consciência, portanto, é definida por LEONTIEV(1978b) como sendo “o reflexo da realidade, refratada através do prisma das significações e dos conceitos linguísticos, elaborados socialmente”(p.88). O sujeito não se constitui a partir de fenômenos internos nem se reduz a mero reflexo passivo do meio, ou seja, “o reflexo da realidade objetiva pela consciência não se produz passivamente, mas de maneira ativa, criativa, sobre a base e no decorrer da transformação prática da realidade” (LEONTIEV, 1978a).

Dessa maneira, pensar em consciência implica pensar no modo de vida, na evolução e existência humana; nas condições sociais e históricas que se formam e constituem as relações vitais do homem; além das estruturas que envolvem essas relações e no modo como a atividade influencia o desenvolvimento e a transformação da consciência.

Marx (1983, p.24) defende que a consciência é uma atividade psíquica e reflexiva do homem sobre sua realidade, sua atividade e sobre si mesmo. Implica, por conseguinte, que a consciência é construída no processo de inter-relação dialética entre o homem e seu meio, ou seja, ela é engendrada na e pela sociedade.

Luria (1988, p.221) definiu consciência como “uma forma complexa de recepção ativa da realidade”, ou seja, a capacidade do homem perceber e sentir os fenômenos. Na visão dialética, o homem, além de vivenciar o mundo de impressões imediatas, vivencia também o mundo conceitual, abstrato, através do qual assimila toda experiência presente e passada e, é ainda capaz de projetar-se para o futuro. (LURIA, 1986)

Vigotski (2000), interpreta a consciência como forma complexa da organização do comportamento humano.

Vigotski (1999) define a consciência como a percepção da atividade na mente, a vivência das vivências, sendo que a sua existência ao nível individual depende diretamente do meio social, ou seja, a experiência determina a consciência.

Aguiar (2001) explica que a consciência tem sua origem a partir da “relação dos homens com a realidade, ligado ao trabalho e a linguagem” e deve ser entendida como um sistema integrado, em uma processualidade permanente, determinada pelas condições sociais e históricas.

De acordo com Vigotski (1999), a consciência se constitui a partir dos signos⁴, que quando internalizados, tornam-se instrumentos internos subjetivos da relação do homem com ele mesmo.

Aguiar (2006, p.225) relata que “os signos, são entendidos como instrumentos convencionais de natureza social, são os meios de contato com o mundo exterior e também do homem consigo mesmo e com a própria consciência”.

Por tudo exposto até o momento, podemos dizer que a consciência é inerente a todo ser humano, origina na e pela atividade, possibilita ao homem distinguir a realidade objetiva de sua representação subjetiva e como explica Aguiar(2001) a consciência pode ser entendida como a forma de sentir e agir dos seres humanos.

Sentidos e Significados

Segundo Vigotski (2000), o significado, no campo semântico, corresponde às relações que a palavra pode encerrar; já no campo psicológico, é uma generalização, um conceito. Afirma ainda que os significados das palavras se desenvolvem e se transformam, isto porque são construídos ao longo da história da humanidade, com base nas relações dos indivíduos com o mundo social em que vivem. A ideia de transformação dos significados das palavras está estreitamente relacionada aos sentidos que essas palavras adquirem para os indivíduos em particular.

Para ele, significado é uma construção social, de origem convencional, relativamente estável, na qual o homem, ao nascer, encontra um sistemas de significados pronto, elaborado historicamente.

Aguiar & Ozella (2006), relatam que o homem transforma a natureza e a si mesmo na atividade, e é fundamental que se entenda que esse processo de produção cultural, social e

4 Entendido como tudo aquilo que possui um significado e se remete a algo situado fora de si mesmo, sendo ele o elemento que integra as funções psicológicas superiores e são orientados para regular as ações sobre o psiquismo humano (Aguiar, 2001, p.101)

peçoal tem como elemento constitutivo os significados. A atividade humana é sempre significada, ou seja, o homem, no agir humano, realiza uma atividade externa e uma interna, e ambas situações operam com os significados.

Podemos afirmar que toda atividade humana produzirá significados, sendo definido por Aguiar & Ozella (2006, p.226) como: “os significados são, portanto, produções históricas e sociais. São eles que permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências”. Os significados referem-se, assim, “aos conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades”.

Ao abordarmos os significados, não podemos deixar de correlacioná-los com a apreensão da Constituição dos Sentidos.

Vigotski relata que o sentido se constitui a partir do confronto entre as significações sociais vigentes e a vivência pessoal.

Aguiar (2001, p. 105), salienta que o sentido das palavras se constitui a partir do confronto entre os significados sociais vigentes e a vivência de cada sujeito particular. Afirma ainda, que as expressões produzidas pelos sujeitos, o novo que ele é capaz de colocar no social, referem-se aos sentidos que ele produz, aos sentidos por ele construídos a partir da relação dialética com o social e a história.

Aguiar e Ozella (2006, p.226), concordando com Vogotski, apontam que ao se discutir o sentido deve-se considerar que ele é muito mais amplo que o significado, pois o sentido constitui a articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente a uma realidade. Esses autores citam Rey (2003), que diz:

O sentido subverte o significado, pois ele não se submete a uma lógica racional externa. O sentido refere-se a necessidade que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de coloca-lo na atividade. O sentido deve ser entendido, pois, como um ato do homem mediado socialmente. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída” (AGUIAR & OZELLA, 2006, p.227).

Ressaltamos que o sentido é construído na dialética indivíduo-meio e, como conteúdo psicológico fundamental, vincula os significados com a realidade vivida pelo sujeito, com seus motivos.

Para Aguiar e Ozella (2006, p.228), a apreensão dos sentidos não significa alcançar uma resposta única, coerente, definida e completa, mas sim, alcançar expressões do sujeito

que muitas vezes são contraditórias, parciais, pois são resultados das vivências do sujeito e estas, são muito mais ricas e complexas que parecem.

O sentido, “não se revela facilmente, não está na aparência; muitas vezes, o próprio sujeito o desconhece, não se apropria da totalidade de suas vivências, não as articulam” (idem, p.229).

Aguiar e Ozella (idem, p. 226) apontam que na intenção de compreender o sujeito, os significados são o ponto de partida, por meio de um trabalho de análise e interpretação, podemos chegar à zonas dos sentidos e nos aproximamos dos possíveis porquês que mobilizam o sujeito para uma determinada ação e/ou atividade.

É importante ressaltar que a consciência está em constante (trans) formação a partir do contexto sócio-histórico em que a pessoa está inserida.

Essa relação dialética indivíduo-sociedade ou particular-universa é explicada por Lane(2002, p12):

Uma pessoa é a síntese do particular e do universal, ou seja, sua individualidade se constitui, necessariamente, na relação objetiva com o seu meio físico, geográfico, histórico e social que irão, através de suas ações, desenvolver o psiquismo humano. [...]
Indivíduo e sociedade são inseparáveis, segundo a dialética, pois o particular contém em si o universal; deste modo, se desejamos conhecer cientificamente o ser humano, é necessário considerá-lo dentro do contexto histórico, inserido em um processo constante de subjetivação/objetivação.

Assim, considera-se fundamental o estudo da consciência, dos sentidos e dos significados, tendo em vista a compreensão da subjetividade em sua totalidade, a partir de seu movimento, contradições e historicidade.

A partir desse referencial de consciência, sentidos e significados foram realizadas entrevistas, grupo focal e observação direta de uma unidade básica de saúde com PACS e outra organizada segundo ESF.

Os dois melhores serviços, sendo uma unidade básica com PACS e uma unidade de saúde da família, serão escolhidos para uma pesquisa sobre o que é significativo aos profissionais de saúde com relação à qualidade da Atenção Básica. Pesquisamos os serviços melhores avaliados objetivando investigar, junto aos profissionais, os elementos presentes no processo de trabalho que qualificam esses serviços. O estudo dos serviços escolhidos foi realizado a partir de uma aproximação qualitativa do processo de trabalho operado em cada

um por meio de observação, entrevistas e grupos focais com os atores que integram cada serviço.

O estudo das unidades iniciou por entrevista semi-estruturada com os gerentes de cada uma delas, de modo a permitir uma primeira aproximação com os serviços e um reconhecimento inicial de seu funcionamento, além de caracterizar o projeto gerencial do dirigente local.

Utilizamos a observação direta para conhecer a realidade do local que investigamos, lembrando que a noção de observação não deve ser considerada como empiricismo, pois ela é necessária para dar conta do real e enriquecer a teoria (THIOLLENT, 1987, p.19).

A observação direta e sistemática, ou seja, o processo de observação acompanhou o trabalho da unidade em todos os seus momentos, analisando-se o fluxo assistencial dos pacientes e a dinâmica de trabalho da equipe, registrando-se em caderno de campo o conjunto das observações. O tempo utilizado para essa atividade foi de dez dias úteis, pois no décimo primeiro dia percebemos uma repetição dos fluxos e dinâmicas no processo de trabalho em saúde.

A percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho que operam foi analisada a partir de grupos focais com os profissionais de cada serviço. Para garantir uma dinâmica mais livre de exposição dos envolvidos, os grupos focais foram realizados separando-se profissionais de nível médio e dos agentes comunitários de saúde.

Realizamos também entrevista semi-estruturada com os usuários dos serviços de saúde para percepção da concepção da qualidade relacionada à organização do processo de trabalho e captar as sugestões para melhorar os serviços.

Carlini-Cotrim (1996, p. 286) ressalta que:

O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços. É um grupo especial em termos de seu propósito, tamanho, composição e dinâmica. Basicamente, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, não somente com perguntas e respostas, mas consiste em se apoiar na interação entre seus participantes.

Realizamos entrevista semi-estruturada com todos os profissionais de nível superior, pois devido dificuldades na disponibilidade de horário à realização de grupo focal, mudamos o instrumento para entrevista.

Um roteiro provisório para as entrevistas semi-estruturadas, observações e grupos focais está em anexo.

Após a realização das entrevistas e grupo focal, sendo o material das entrevistas gravado e transcrito, houve a escuta e a leitura do conteúdo várias vezes, denominada de “leituras flutuantes” objetivando a familiarização e a apropriação do material. Através das leituras e escuta organizamos os pré-indicadores para a construção dos núcleos de significados.(AGUIAR & OZELLA, 2006).

Aguiar & Ozella (idem, p.230) relatam que “um critério básico para filtrar esses pré-indicadores é verificar sua importância para a compreensão do objetivo da investigação”.

Realizamos uma segunda leitura permitindo um processo de aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, pela complementaridade ou pela contraposição, e posteriormente, a criação dos Núcleos de Significação.

Os Núcleos de Significação que analisaremos e explicaremos são: Acolhimento – interação entre profissional e usuário; Modelo de Atenção e organização do Trabalho; ACS /Agente Comunitário de Saúde– Entendimento da realidade social e mediação; Trabalho em Equipe e Gerenciamento do Trabalho.

População

Os profissionais que trabalham na **UBS Tradicional** são médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, dentistas, servente de limpeza, auxiliar administrativo, atendente de recepção e agentes comunitários de saúde.

QUADRO 1 – Quadro de funcionários da UBS Tradicional

Profissionais	Quantidade	Formação Profissional
Médico Clínico	3	Superior
Médico Ginecologista	2	Superior
Médico Pediatra	2	Superior
Dentista	2	Superior
Assistente Social	1	Superior
Nutricionista	1	Superior
Enfermeira	2	Superior

Auxiliar de Consultório Dentário	2	Curso Técnico
Auxiliar de Enfermagem	7	Curso Técnico
Auxiliar Administrativo	2	Ensino Médio
Atendente de Recepção	2	Ensino Médio
Servente de Limpeza	2	Ensino Fundamental II
Agentes Comunitários de Saúde	11	Ensino Médio
TOTAL	39	

Na USF é padronizado pelo Ministério da Saúde o número mínimo de profissionais para implantação de uma equipe de saúde da família, sendo necessário um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde, um médico e 2 técnicos de enfermagem para atendimento no máximo de 4000 mil pessoas.

Salientamos que na USF pesquisada há quatro equipes de saúde da família.

QUADRO 2 - Quadro de funcionários da USF

Profissionais	Quantidade	Formação Profissional
Assistente Social	1	Superior
Médico de Família	4	Superior
Enfermeiro	4	Superior
Técnico de Enfermagem	8	Curso Técnico
Dentista	2	Superior
Auxiliar de Consultório Dentário	2	Curso Técnico
Auxiliar Administrativo	2	Ensino Médio
Auxiliar de limpeza	2	Ensino Fundamental II
Agente Comunitário de Saúde	24	Ensino Médio
TOTAL	49	

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram atuar como profissional de saúde e a população ser usuária da UBS tradicional e USF, sendo que os dois serviços

melhores avaliados foram selecionados através da pesquisa “Avaliação da Gestão da Atenção Básica nos Municípios de 4 Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”.

Todos os profissionais de saúde que trabalham nesses serviços e dois usuários de cada Programa (Saúde do Adulto, Saúde da Mulher e Saúde da Criança) e dois usuários de demanda espontânea fizeram parte do Universo da pesquisa, no entanto, na UBS Tradicional um médico ginecologista, um médico pediatra, um dentista e um médico clínico estavam em período de férias e um médico clínico recusou-se em participar. Na realização do grupo focal com profissionais de nível médio, os auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário não participaram alegando compromissos profissionais e pessoais.

Na USF, os profissionais de saúde por realizarem várias atividades Educativas na comunidade, solicitaram o agendamento das entrevistas, mas durante o período de pesquisa de campo, um médico de família, um enfermeiro e um dentista não conseguiram horário para realização da entrevista. Os técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e auxiliares de limpeza não conseguiram participar do grupo focal, pois a reunião mensal que ocorreria na USF foi cancelada devido a última sexta-feira do mês ser Jogo do Brasil na Copa do Mundo, assim não houve possibilidades para agendamento de outra reunião no período da coleta de dados.

Com relação ao perfil e postura dos entrevistados, podemos descrever que na **UBS tradicional** durante a pesquisa e realização das entrevistas, grupo focal e observação, a maioria dos profissionais mesmo conhecendo os objetivos do estudo ficaram incomodados com a presença do pesquisador.

A gerente da **UBS tradicional** mostrou-se bastante atenciosa com a pesquisa e atendeu imediatamente na realização da entrevista, no entanto, inicialmente relatou que estava preocupada com o que desejávamos descobrir com a pesquisa, ou seja, desvelar os aspectos positivos ou negativos do trabalho desenvolvido na UBS. Informou que havia conversado sobre a pesquisa com Diretora da Divisão de Núcleos.

Na **UBS tradicional** a equipe médica demonstrou incomodada com a solicitação de autorização para entrevista, sendo que um dos médicos na área clínica geral agendou um dia específico para realização da entrevista, no momento de responder as questões, conversou sobre as questões mas recusou-se em gravar, pois relatou que não gostaria de comprometer-se. Na ocasião do diálogo, o médico ficou criticando o outro clínico geral por receitar psicotrópicos e realizar atendimento domiciliar aos acamados, relata que o colega não cumpre o protocolo “ao pé da letra”, assim ele é considerado um mal médico e o colega um bom médico.

As enfermeiras da **UBS tradicional** demonstraram pouca habilidade para discurso com a população, pois relataram que desde a formação não gostavam de apresentar trabalhos, assim para permitirem a gravação das entrevistas foi um processo muito angustiante, pois a gerente do serviço ficava questionando se já havia realizado as entrevistas. Durante uma das gravações uma enfermeira ficou extremamente ansiosa em responder às questões, a voz ficou trêmula e engasgava para responder.

Ao realizarmos o grupo focal com a equipe de nível médio na **UBS tradicional**, os auxiliares de enfermagem não aceitaram participar do grupo, apenas compareceram um auxiliar administrativo, uma recepcionista e uma servente de limpeza. Os auxiliares de enfermagem justificaram excesso de atividades ao negarem a participação.

Os agentes comunitários de saúde do PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, na **UBS tradicional** mostraram-se atenciosos e todos participaram do grupo focal, inclusive pediram parceria para desenvolver projetos na área de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A população usuária da **UBS tradicional** aceitou participar das entrevistas, no entanto, muitos usuários demonstravam receio em apontar os aspectos negativos do atendimento cotidiano. Salientamos que a escolha dos entrevistados foi de maneira aleatória, ou seja, durante o período de observação convidava-se a população para participar.

Na **USF** durante a pesquisa e realização das entrevistas, grupo focal e observação, todos os profissionais questionavam o motivo da presença da pesquisadora na unidade, no entanto, após esclarecimento da pesquisa fazer parte da dissertação de mestrado, todos mostraram-se atenciosos e disponíveis às entrevistas.

Na **USF** a gerente estava preocupada em responder às questões, pois justificava ter iniciado o gerenciamento na USF no mês de maio de dois mil e dez, pois trabalhava como membro da equipe substituta⁵ e estava em processo de aprendizagem do trabalho. Percebemos que a gerente não estava preocupada com o conteúdo da pesquisa e se o mesmo iria prejudicar a unidade, apenas ansiosa com seu papel de gerente e aceitação da equipe.

A equipe médica da **USF** mostrou-se disponível para responder às questões contidas na entrevista. Durante o período de observação dialogaram sobre a importância da continuidade dos estudos, mostraram-se humildes e solicitaram agendamento para responder a

⁵ No Município pesquisado há 7 equipes de saúde da família e uma equipe denominada substituta, pois em período de férias ou licença médica, essa equipe cobria os serviços.

entrevista, pois devido ao empenho em desenvolver atividades, seria necessário um prévio agendamento.

As enfermeiras da **USF** não demonstraram nenhum tipo de constrangimento em responder a pesquisa, inclusive já estavam acostumadas em utilizar a linguagem verbal para realização de palestras para prevenção de doenças e promoção de doenças. A gerente não precisou intervir em nenhum momento, solicitando às enfermeiras disponibilidade no agendamento para responder às questões.

Os agentes comunitários de Saúde da **USF** mostraram-se atenciosos em participar do grupo focal, no entanto, houve necessidade de solicitar ajuda de uma ACS para agendar o grupo focal, pois todos os ACS apresentam excesso de atividades.

Em relação a população usuária da **USF** houve necessidade de acompanhar um agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares para realização das entrevistas, pois não havia no espaço físico, sala disponível para realização de entrevista.

Coleta de Dados

Após a aprovação deste projeto no Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração-USC, bem como na Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município pesquisado, iniciamos a revisão dos instrumentos adequados para coleta de dados.

Informamos a gerente da UBS tradicional e USF sobre a pesquisa de campo e o período de observação no local.

Inicialmente dialogamos com a gerente da UBS tradicional e USF, e posteriormente, informamos a todos os demais profissionais de saúde o tema da pesquisa e os objetivos da mesma.

A diretora da Divisão de Núcleos e a Coordenadora do Programa de Saúde da Família-PSF autorizaram a realização das entrevistas e grupo focal no horário de trabalho dos profissionais.

O período de observação e coleta de dados da UBS tradicional aconteceu de 17/05/10 a 01/06/10, totalizando dez dias de pesquisa de campo.

O período de observação e coleta de dados da USF aconteceu de 02/06/10 a 17/06/10, totalizando também dez dias de pesquisa de campo.

A maioria das entrevistas foi realizada na própria unidade de saúde, sendo que apenas as entrevistas com a população usuária de Programas da USF, devido ausência de sala disponível, foram realizadas em domicílio. A maioria delas foi realizada na sala que o profissional estava atendendo.

Já todos os Grupos Focais foram realizados na própria unidade de saúde.

Entregamos inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) para que o profissional e população usuária pudessem ler e preencher os dados em caso de concordância.

Foi estabelecido o compromisso com os participantes do acesso à pesquisa, caso tivessem interesse.

Salientamos que o Roteiro de Observação dos Serviços de Saúde (Anexo II); Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com os gerentes dos serviços de saúde (Anexo III); Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com os usuários dos serviços (Anexo IV); Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com os profissionais com curso superior (Anexo V) e Roteiro de Grupo Focal com os Agentes Comunitários de Saúde e Profissionais de Ensino Médio (Anexo VI) estão em anexo.

Organização e Análise de Dados

Através de análise qualitativa foi realizada a escuta e a leitura das transcrições das Entrevistas e Grupos Focais.

A organização e análise dos dados fundamentaram-se metodologicamente pelo referencial de Vigotski e teoricamente pelos autores da Saúde coletiva (Mendes-Gonçalves, Merhy, Teixeira, Schraibe, Ayres, entre outros).

Após a transcrição das entrevistas, grupos focais e digitação das anotações do diário de campo, o procedimento de análise seguiu os passos:

- leituras flutuantes do material coletado;
- definição e categorização das unidades de análises;
- buscar as determinações históricas e sociais;
- análise e articulação com variáveis psicossociais, contexto cultural e organizacional.

Aspectos Éticos

Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Conselho Ético da Universidade do Estado de São Paulo(UNESP) de Botucatu, sendo realizadas orientações que pelo fato da pesquisa ser realizada em outro município, seria necessário encaminhar o projeto em um Conselho Ético do próprio local, assim encaminhou-se, ao Conselho de Pesquisa e Ética da USC.

Em seguida, encaminhamos o projeto à Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município, e após aprovado, comunicamos às gerentes e convidamos os profissionais de saúde vinculados a USF e UBS tradicional a participarem da pesquisa.

Com base na Resolução 196/96 (Brasil, 1996), esta pesquisa buscou atender os padrões éticos e científicos fundamentais.

Sabe-se que qualquer pesquisa envolvendo seres humanos pode provocar prejuízos e danos ao indivíduo e/ou coletividade.

Assim, alguns cuidados foram tomados para que prejuízos fossem evitados:

- o desenvolvimento da pesquisa com indivíduos com autonomia plena;
- o tratamento com dignidade e respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos de pesquisa;
- a utilização do Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa;
- a utilização de metodologia adequada, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização;
- a comunicação e a garantia de retorno dos resultados obtidos através desta pesquisa às pessoas e à instituição onde será realizada, além da comunidade científica.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste Capítulo, serão feitas, inicialmente, uma caracterização dos participantes e, em seguida, a análise dos dados que tem como fundamentação teórica a abordagem sócio-histórica.

Os participantes serão apresentados por letras (**EF**: enfermeiro ou enfermeira da USF; **E**: enfermeiro ou enfermeira da UBS tradicional; **MF**: médico ou médica de família; **M**: médico ou médica da UBS tradicional; **N**: nutricionista da UBS; **GSF**: gerente da USF; **G**: gerente da UBS tradicional; **DSF**: dentista da USF; **D**: dentista da UBS tradicional; **ACSF**: Agente Comunitário de Saúde da USF; **ACS**: Agente Comunitário de Saúde da UBS tradicional; **UF**: usuário da USF; **U**: usuário da UBS tradicional;) e números (atribuídos aleatoriamente).

Quadro 3: Caracterização dos participantes da USF

Participantes	Sigla	Quantidade
Enfermeiro(a) de Família	EF	3
Médico(a) de Família	MF	3
Dentista da Saúde de Família	DSF	1
Assistente Social Gerente	GSF	1
Agente Comunitário de Saúde	ACSF	24
Usuários da USF	UF	8

Quadro 4 : Caracterização dos participantes da UBS

Participantes	Sigla	Quantidade
Enfermeiro(a)	E	2
Médico(a)	M	3
Dentista	D	1
Assistente Social Gerente	G	1
Agente Comunitário de Saúde	ACS	11
Funcionários de Nível Médio	F	3
Usuários da USF	UF	8

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa qualitativa, na qual realizamos pesquisa de campo em uma unidade Tradicional com PACS – UBS e outra organizada segundo ESF –USF serão explicados, analisados e apresentados da seguinte maneira:

- a) Caracterização das Unidades segundo questionário QualiAB;
- b) Núcleos de significados identificados nas falas dos profissionais da UBS e USF sendo: **Interação entre profissional e usuário- Acolhimento; Modelo de Atenção e organização do Trabalho; Entendimento da realidade social e mediação-ACS; Equipe qualificada com autonomia para sugerir mudanças; Gerenciamento do Trabalho com co-responsabilidades.**

a) Caracterização dos serviços e descrição da oferta nas unidades estudadas

UBS-Unidade Básica Tradicional

Identificação e características gerais do serviço

O primeiro serviço pesquisado é caracterizado como Unidade Básica de Saúde com programa de agentes comunitários em saúde-PACS, localizado na área urbana periférica, sendo que não há área de abrangência geograficamente delimitada.

Com relação às instalações do imóvel, podemos dizer que a ventilação é adequada, tem banheiros adequados, possui quadro de informações, bebedouro, televisão, microcomputadores, acesso à internet, pintura em bom estado de conservação, salas em número adequado para as atividades realizadas.

Com relação à equipe de profissionais da Unidade Tradicional relatamos que é composta por: 03 Médico clínico geral, 02 Médico pediatra, 02 Médico ginecologista, 02 Enfermeiros, 02 Dentistas, 01 Assistente Social, 01 Nutricionista, 11 Agentes Comunitários em Saúde, 08 Auxiliares de Enfermagem, 02 Técnicos de higiene dental, 02 Recepcionistas, 02 Auxiliares administrativos e 02 Auxiliares de Serviços gerais.

A UBS Tradicional não conta com apoio adicional de outros profissionais, no entanto, explicita a necessidade de contratar psicólogo e fonoaudiólogo.

Os procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina nessa Unidade são vacinação, inalação, curativo, retirada de pontos e aplicação de tratamento intramuscular.

As vacinas aplicadas no serviço são a BCG, Hepatite B, Poliomielite, DTP, Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola – SCR), dT(dupla adulto), Rotavirus Humano para crianças e Febre Amarela.

Os exames realizados na Unidade são eletrocardiograma(ECG), glicemia de ponta de dedo(HGT) e PPD(tuberculose). Já os colhidos são exames clínicos laboratoriais(sangue, urina, fezes), teste do pezinho, papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice) e material para pesquisa de tuberculose(BAAR no escarro).

No caso de acidentes com material perfuro cortante com profissionais da unidade, as condutas usualmente tomadas são medidas de higiene e limpeza do local acometido, abertura de comunicação de acidente de trabalho(CAT), encaminhamento para serviço de referência e notificação do acidente à vigilância epidemiológica.

Os Programas desenvolvidos pela UBS são Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso e Saúde Bucal.

Na UBS Tradicional são atendidas por dia em média de 200 a 250 pessoas.

Registros de Dados e Informações em Saúde

Os dados produzidos na UBS Tradicional são utilizados para alimentar os seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS), Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Os dados que possuem registro de rotina no serviço são os números de atendimentos e procedimentos, como consultas por programa, consultas por médicos, atendimentos em grupo, pacientes atendidos por faixa etária, pacientes inscritos e em seguimento em cada programa, vacinas realizadas, quantidade de faltosos, número de coleta de papanicolau, número de casos “extras” atendidos/demanda espontânea e número de fichas avulsas abertas.

Os dados da produção assistencial e os dados epidemiológicos da unidade são utilizados para o planejamento das atividades.

Quanto ao perfil da demanda dos usuários por diagnóstico, queixas, sexo, idade, entre outras características, nos últimos três anos, a UBS tradicional realizou levantamento de dados por programa, sendo que existem estudos antigos que não foram atualizados.

Organização da Atenção à Saúde

As ações de educação em saúde realizadas na comunidade, ou seja, atividades “extra-muros” foram prevenção do câncer ginecológico; prevenção de DST e AIDS; prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase; planejamento familiar; aleitamento materno; saúde bucal; educação alimentar; atividades físicas; orientações sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; violência; uso de álcool e outras drogas; tabagismo e controle de proliferação de vetores.

Já com relação às ações de educação em saúde desenvolvidas na própria unidade foram: prevenção do câncer ginecológico; prevenção de DST e AIDS; prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase; aleitamento materno; grupos de gestantes; grupos de puericultura; saúde bucal; educação alimentar; orientações sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; violência; uso de álcool e outras drogas; tabagismo e controle de proliferação de vetores.

Na área de abrangência da unidade tradicional, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória, o serviço realiza busca ativa para casos com indicação de controle de comunicantes e/ou do meio ambiente, atende os casos, se estes procurarem pela unidade, preenchem a ficha de notificação compulsória e realizam atividades em conjunto com a equipe de Vigilância Epidemiológica e/ou Sanitária.

As opções de atendimento para os pacientes não agendados ou “extras” são consulta médica no mesmo dia quando há desistência, agendamento de consulta médica, de consulta de enfermagem e para atendimento em grupo e encaminhamento para pronto-socorro.

A UBS Tradicional trabalha com agendamento para todas as atividades oferecidas. A proporção aproximada entre o número de consultas médicas agendadas e o número de consultas médica de pronto atendimento para pacientes não agendados é 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados. As consultas médicas são agendadas para grupo de pacientes por hora.

Na sala de espera são realizadas palestras, uso de vídeos com temas de educação em saúde, exposição de cartazes educativos e distribuição de panfletos educativos.

Os resultados dos exames são avaliados quando o paciente comparece para atendimento.

A convocação de faltosos em atividades agendadas é realizada nas seguintes situações: gestantes, revisão pós-parto/puerpério, resultados de exames alterados, adultos crônicos hipertensos e diabéticos com risco de complicações, recém-nascidos normais e de risco, crianças em seguimento na puericultura, crianças de até dois anos, crianças de risco e vacinação atrasada.

Na UBS Tradicional é realizada pré-consulta com a finalidade de aferir peso, pressão arterial e temperatura, quando couber, verificar queixas agudas e acolher o paciente agendado. É realizado também a pós-consulta com o objetivo de agendar retorno e exames, reforçar as orientações da consulta médica, fornecer preservativos, orientar encaminhamentos para outros serviços e entregar os medicamentos.

O tempo médio de duração da consulta médica com o clínico, pediatra, ginecologia/obstetra é 30 minutos por atendimento dispensado para cada usuário.

Saúde da Mulher

Na área da saúde da mulher a unidade desenvolve algumas ações planejadas, sendo o exame de papanicolau para prevenção de câncer de colo de útero, coletado pelos médicos e enfermeiros e oferecido para todas as mulheres anualmente. Já o exame físico de mama, só é realizado pelo médico ginecologista, no qual a solicitação de mamografia é feita anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos; para todas as pacientes com 40 anos ou mais; a cada dois anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos; conforme demanda da paciente e no caso de achados no exame físico.

Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal é realizada imediatamente por profissional da enfermagem, por agendamento para consulta médica e consulta de enfermagem. A maioria das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no primeiro trimestre, sendo que os exames solicitados de rotina para todas as gestantes são: hemograma completo, urina I, VDRL, sorologia para HIV, sorologia para rubéola, sorologia para hepatite B, glicemia, curva glicêmica, ferro sérico, uréia, creatina, TGO e TGP.

No caso da sorologia para sífilis e para Aids durante o pré-natal, a unidade solicita uma única vez, tanto para sífilis como para Aids. Nos casos de diagnósticos de sífilis na gestação, a gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em serviço de referência.

As atividades de educação em saúde são desenvolvidas regularmente com as gestantes com orientações na sala de espera e distribuição de folder e panfletos educativos.

A consulta de revisão pós-parto imediata no 1º ao 10º dia é realizada na unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar. Já a consulta de revisão do pós-parto tardia até 42 dias após o nascimento é pré-agendada quando o bebê é matriculado.

Saúde da Criança

A UBS tradicional desenvolve ações planejadas de saúde da criança, sendo que o primeiro atendimento ao recém-nascido é agendado pela maternidade, na alta/pós parto, pelo Banco de Leite, quando a mãe procura pela unidade ou pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco.

Com relação à aplicação de BCG, está previsto um dia na semana.

O atendimento da criança é realizado por meio de consultas com o médico, enfermeira, nutricionista e dentista.

As atividades regularmente programadas para atenção às crianças abordam o aleitamento, a desnutrição, a obesidade, as infecções respiratórias na infância e orientação para inscrição em programas sociais como o Viva Leite, Bolsa Família, etc.

Em instituições para crianças como creches e escolas, a UBS tradicional participa regularmente de educação em saúde geral, orientações e aplicações de vacinas e educação em saúde bucal.

Aos adolescentes são programadas na UBS orientações sobre sexualidade, prevenção de DST/Aids, uso de drogas, obesidade, educação em saúde nas escolas e orientações específicas para casos de violência doméstica.

Saúde do Adulto

A UBS Tradicional desenvolve algumas ações planejadas na área da Saúde do Adulto, sendo o atendimento regularmente realizado por consulta médica, consulta de enfermagem, consulta com nutricionista, consulta odontológica, atendimento odontológico e participação em grupos. O tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta médica para adultos é entre um mês e quarenta e cinco dias.

As ações regularmente programadas para atenção aos adultos abordam diabetes, hipertensão, tabagismo, obesidade, dislipidemia, prevenção do câncer de próstata e de mama/colo de útero, alcoolismo, tuberculose, saúde do trabalhador, atividades físicas, Aids e aconselhamento em DST e Aids.

Quando o paciente apresenta Diabetes e/ou Hipertensão a UBS realiza orientação detalhada de dieta, treina os pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina, solicita exames clínico-laboratoriais anualmente (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatina), realiza eletrocardiograma, fornece o glicosímetro para diabéticos insulino

dependentes, orienta sobre os cuidados com os pés e também a influencia do exercício físico regular na qualidade de vida.

Com relação aos medicamentos, afirmamos que a lista disponível contempla a maior parte das necessidades dos pacientes, sendo que os essenciais não costumam faltar. A lista de medicamentos é composta, principalmente, pelos medicamentos fornecidos pelo Estado(Dose Certa), na qual há disponibilidade dos utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Ao insulino dependente não costuma ocorrer falta de insulina.

Aos idosos são programadas regularmente ações para orientações sobre a sexualidade, climatério e direitos.

Quando é diagnosticado alcoolismo há uma avaliação inicial, e posteriormente, encaminhado ao CAPSad-Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. O mesmo ocorre quando há mulheres em situação de violência, avalia-se e encaminha ao recurso disponível na comunidade.

Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível(DST), a UBS faz-se orientação e aconselhamento sobre o uso de preservativo e aconselhamento para testagem sorológica, no entanto, com relação ao tratamento encaminha para serviço de referência.

A dispensação de preservativos é feita para a população em geral e grupos de exposição diferenciada com cotas maiores, sendo incluída a oferta de preservativos femininos. A primeira dispensação de preservativos sempre é precedida de orientação sobre o uso e de aconselhamento em DST/AIDS.

Na UBS Tradicional os métodos contraceptivos disponíveis nos últimos seis meses foram: a pílula anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, preservativo masculino e feminino, DIU, pílula do dia seguinte, encaminhamento para laqueadura e vasectomia.

Saúde Bucal

No atendimento odontológico, a UBS Tradicional oferece assistência conforme a demanda do paciente, em qualquer idade e atendimento para gestantes e bebês.

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal englobam atendimento clínico individual e educação em saúde bucal dentro da própria unidade.

Perfil de Atividades

O auxiliar de enfermagem na UBS Tradicional realiza as seguintes atividades de rotina: agendamento de exames e consultas; verificação de sinais vitais(peso, altura, temperatura, pressão arterial); verificação de queixas agudas que exijam providências;

conferência do prontuário e do motivo do atendimento; distribuição e orientação sobre o uso de preservativos; orientações sobre coleta de exames e uso adequado da medicação; coleta de sangue para exames laboratoriais; aplicação de vacinas; visita domiciliar; convocação de faltosos; realização de curativos e aplicações de medicamentos.

A UBS Tradicional pesquisada possui PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde, assim as atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde abrange cadastramento das famílias da área de abrangência, atividades de educação em saúde, visita domiciliar, captação ativa para pré-natal, crianças menores de um ano, vacinação, hipertensos e diabéticos, prevenção de câncer ginecológico, idosos acamados e usuários com queixas compatíveis com tuberculose e hanseníase.

As enfermeiras realizam atividades de recepção e acolhimento de casos novos, triagem de intercorrências, consulta de enfermagem, grupos sobre temas específicos, notificação epidemiológica, supervisão da equipe de enfermagem, visita domiciliar, avaliação dos faltosos em consulta, atividades administrativas e participação no Conselho gestor local.

Na consulta de enfermagem, o atendimento individual realizado orienta sobre o uso correto da medicação, o uso de preservativos, métodos contraceptivos, a importância do autocuidado e os cuidados domiciliares para crianças e idosos. Além das orientações, realizam exame de papanicolau e palpação de mamas.

A assistente social realiza recepção e acolhimento, atendimento e suporte familiar, discussão e orientação sobre questões trabalhistas, orientação sobre direitos civis e previdenciários, encaminhamentos para benefícios sociais, atividades de reinserção social, visita domiciliar, participação no Conselho da Unidade de Saúde, atividades de Educação em Saúde e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário.

Características do Processo Gerencial

A gerência local da UBS Tradicional é exercida por uma assistente social com carga horária de 40 horas semanais.

O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) ocorre por meio de reuniões periódicas.

Na unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram mensalmente, sendo os principais assuntos: informes, rotinas da Unidade, Escala de pessoal, organização do trabalho através de avaliação e implantações de novas ações e conflitos interpessoais.

Há treinamentos, participação em congressos e cursos aos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pessoal administrativo.

No processo gerencial há preocupação com a avaliação da UBS para reprogramação das atividades, atender às demandas da Secretaria Municipal de Saúde, prestação de contas e para atender a demandas do Conselho de Saúde local e/ou Municipal.

A UBS Tradicional possui conselho local de saúde, no qual os principais temas abordados nas reuniões são: os problemas relativos ao atendimento, os direitos e responsabilidades dos conselheiros e a organização da Conferência Municipal de Saúde.

Quanto às reclamações de pacientes, elas podem ser encaminhadas por meio de caixa ou livro de sugestões e reclamações, sistema de ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, diretamente à direção local da Unidade e/ou ao conselho local de saúde e juntamente ao Conselho Municipal de Saúde.

Os principais obstáculos a serem vencidos para melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa UBS são: inadequação do espaço físico, falta de capacitação da equipe de enfermagem, necessidade de informatizar o registro de dados, falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria, falta de mobilização da comunidade, excesso de demanda, inadequação da postura dos usuários, má remuneração dos profissionais e falta de recursos humanos.

O perfil predominante dos profissionais da UBS Tradicional são funcionários com boa qualidade técnica e dificuldades de acolhimento e comunicação, no entanto, a maioria dos profissionais propõe, em conjunto, projetos de mudanças.

USF-Unidade de Saúde da Família

Identificação e características gerais do serviço

O segundo serviço de saúde pesquisado é caracterizado como Unidade de Saúde da Família(USF), sendo localizado na área urbana periférica com área de abrangência geograficamente delimitada por meio de planejamento.

As instalações do imóvel possui ventilação adequada, bebedouro, banheiros, quadro para informações, televisão, microcomputadores e acesso à internet.

A USF pesquisada possui quatro equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal sendo a equipe composta por 4 Médicos de Família, 4 Enfermeiros, 2 Dentistas, 24

ACS-agentes Comunitários de Saúde, 8 Técnicos de Enfermagem, 2 Auxiliares de Cirurgião Dentista, 2 Auxiliares Administrativo, 2 Auxiliares de Serviços Gerais, 1 Assistente Social/gerente e 1 Motorista. Além da equipe local, a USF conta com o apoio adicional de Médico Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista e de outras especialidades, Dentista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Fisioterapeuta.

Os procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina na USF são: vacinação, inalação, curativo, retirada de pontos, hidratação por via venosa, aplicação de tratamento endovenoso, aplicação de tratamento intramuscular, drenagem de abscessos, troca de sonda vesical de demora.

As vacinas aplicadas na USF são a BCG, Hepatite B, Poliomielite, Tetravalente(DTP + Hib), DTP, Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola – SCR), dT(dupla adulto), Rotavirus Humano para crianças, Febre Amarela e Anti-rábica.

Os exames realizados na USF são: Eletrocardiograma(ECG) e Glicemia de ponta de dedo(HGT). Já os colhidos são exames clínicos laboratoriais(sangue, urina, fezes), teste do pezinho, papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice) e material para pesquisa de tuberculose(BAAR no escarro).

No caso de acidentes com material perfuro cortante com profissionais da unidade, as condutas usualmente tomadas são: medidas de higiene e limpeza do local acometido, encaminhamento para serviço de referência imunização do profissional contra tétano e contra hepatite B e notificação do acidente à vigilância epidemiológica.

Os Programas desenvolvidos pela UBS são Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde Bucal e Saúde Mental.

Na USF são atendidas por dia em média de 400 à 450 pessoas.

Registros de Dados e Informações em Saúde

Os dados produzidos na USF são utilizados para alimentar os seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Os dados que possuem registro de rotina no serviço são: o número de atendimentos e procedimentos, número de consultas por faixa etária, número de consultas por programa,

número de consultas por médicos, número de consultas por equipe multiprofissional, número de atendimentos em grupo, número de faltas em consulta médica, primeiro atendimento no ano, número de pacientes atendidos por faixa etária, número de pacientes atendidos por sexo, número de pacientes inscritos e em seguimento em cada programa, número de vacinas realizadas, número de faltosos, número de coleta de papanicolau, número de casos “extras” atendidos/demanda espontânea e número de fichas avulsas abertas.

Os dados da produção assistencial e os dados epidemiológicos da unidade são utilizados para o planejamento das atividades.

Quanto ao perfil da demanda dos usuários por diagnóstico, queixas, sexo, idade, entre outras características, nos últimos três anos, a USF realizou levantamento de dados por programas (pré-natal, hipertensão, etc.) e levantamento de dados sobre a demanda espontânea.

Organização da Atenção à Saúde

Na USF as ações de educação em saúde realizadas na comunidade, ou seja, atividades “extra-muros” foram: prevenção do câncer ginecológico; prevenção de DST e AIDS; prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase; planejamento familiar; aleitamento materno; saúde bucal; prevenção de doenças crônicas como HÁ e/ou DM; prevenção de obesidade; educação alimentar; atividades físicas; preservação do meio ambiente; orientações sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; violência; uso de álcool e outras drogas; tabagismo; controle de proliferação de vetores e posse responsável de cães e gatos.

Já com relação às ações de educação em saúde desenvolvidas na própria unidade foram: prevenção do câncer ginecológico; de DST e AIDS e de outras doenças transmissíveis como tuberculose, hanseníase; planejamento familiar; aleitamento materno; grupos de gestantes; grupos de puericultura; grupos de gestantes adolescentes; grupos de menopausa; saúde bucal; prevenção de doenças crônicas, com HÁ e/ou DM; prevenção de obesidade; educação alimentar; atividades físicas; preservação do meio ambiente; orientações sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; violência; uso de álcool e outras drogas; tabagismo; controle de proliferação de vetores e posse responsável de cães e gatos.

Na área de abrangência da USF, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória, o serviço realiza busca ativa para casos com indicação de controle de comunicantes e/ou do meio ambiente, preenche a ficha de notificação compulsória, realiza

ações de educação e prevenção para os usuários da unidade e atividades em conjunto com a equipe de Vigilância Epidemiológica e/ou Sanitária.

As opções de atendimento para os pacientes não agendados ou “extras” são atendimento de enfermagem no mesmo dia, com supervisão do médico e/ou da enfermeira; agendamento de consulta médica, de consulta de enfermagem e agendamento para atendimento em grupo.

A USF trabalha com agendamento para todas as atividades oferecidas. A proporção aproximada entre o número de consultas médicas agendadas e o número de consultas médicas de pronto atendimento para pacientes não agendados é 70% de pacientes agendados e 30% de não agendados. As consultas médicas são agendadas com hora marcada para cada paciente.

Na sala de espera são realizadas palestras, uso de vídeos com temas de educação em saúde, exposição de cartazes educativos e distribuição de panfletos educativos.

Os resultados dos exames são avaliados quando os resultados chegam à Unidade.

A convocação de faltosos em atividades agendadas é realizada nas seguintes situações: gestantes, revisão pós-parto/puerpério, resultados de exames alterados, adultos crônicos hipertensos e diabéticos com risco de complicações, recém-nascidos normais e de risco, crianças em seguimento na puericultura, crianças de até dois anos, crianças de risco, vacinação atrasada e tuberculose ou hanseníase.

Na USF a finalidade da pré-consulta é aferir peso, pressão arterial e temperatura, quando couber; verificar queixas agudas e acolher o paciente agendado. É realizado também a pós-consulta com o objetivo de reforçar as orientações da consulta médica, orientar encaminhamentos para outros serviços e para benefícios sociais.

O tempo médio de duração da consulta médica com o médico de família é 30 minutos por atendimento dispensado para cada usuário.

Saúde da Mulher

A USF na área da saúde da mulher desenvolve ações planejadas, sendo o exame de papanicolau para prevenção de câncer de colo de útero coletado pelos médicos e enfermeiros e oferecido para todas as mulheres. Já o exame físico de mama é realizado pela enfermeira quando há queixas da paciente. A solicitação de mamografia é feita anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos; anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama ou de ovário; para todas as pacientes com 40 anos ou mais e no caso de achados no exame físico.

Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal é realizada por agendamento para consulta de enfermagem. A maioria das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no primeiro trimestre, sendo que os exames solicitados de rotina para todas as gestantes são: hemograma completo, urina I, VDRL, tipagem sanguínea, sorologia para HIV, sorologia para rubéola, sorologia para toxoplasmose, sorologia para hepatite B, glicemia e Ultra-Som obstétrico.

No caso da sorologia para sífilis e para AIDS durante o pré-natal, a USF solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para Aids. Nos casos de diagnósticos de sífilis na gestação, a gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em serviço de referência.

Na USF as atividades de educação em saúde são desenvolvidas regularmente com as gestantes com orientações na sala de espera, palestras, grupo de pré-natal e distribuição de folder e panfletos educativos.

A consulta de revisão pós-parto imediata no 1º ao 10º dia é realizada na unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar. Já a consulta de revisão do pós-parto tardia até 42 dias após o nascimento é pré-agendada quando o bebê é matriculado.

Saúde da Criança

A USF desenvolve ações planejadas de saúde da criança, sendo que o primeiro atendimento ao recém-nascido é agendado pela maternidade, na alta/pós parto e pelo Banco de Leite.

A aplicação de BCG é feita conforme a demanda.

O atendimento da criança é realizado por meio de consultas com o médico, enfermeira, dentista e grupo com as mães e/ou pais.

As atividades regularmente programadas na USF para atenção às crianças abordam as seguintes condições: o aleitamento, a desnutrição, a obesidade, as infecções respiratórias na infância, saúde escolar, violência doméstica e orientação para inscrição em programas sociais como o Viva Leite, Bolsa Família, etc.

A USF participa regularmente em instituições para crianças como creches e escolas com atividades de educação em saúde geral, orientações e aplicações de vacinas e educação em saúde bucal.

As ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes abordam as seguintes necessidades de saúde: orientações sobre o desenvolvimento e mudanças na adolescência; orientações sobre sexualidade, prevenção de DST/aids; uso de drogas;

obesidade, educação em saúde nas escolas e orientações específicas para casos de violência doméstica.

Saúde do Adulto

A USF desenvolve ações planejadas na área da Saúde do Adulto, nas quais o tempo médio de espera entre o agendamento e a realização da consulta médica é menos de quinze dias.

O atendimento dos adultos é regularmente realizado por meio de consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento de enfermagem, grupos, consulta com assistente social e atendimento odontológico.

As ações regularmente programadas para atenção aos adultos abordam os seguintes assuntos: diabetes, hipertensão, tabagismo, obesidade, dislipidemia, prevenção do câncer de próstata e de mama/colo de útero, alcoolismo, tuberculose, hanseníase, violência doméstica, saúde do trabalhador, atividades físicas, Aids e aconselhamento em DST e Aids.

Em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos a USF faz orientação detalhada de dieta, treinamento dos pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina, solicita exames clínico-laboratoriais anualmente (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatina), faz orientação de cuidados com os pés para os diabéticos, fornece o glicosímetro para diabéticos insulino dependentes cadastrados e orienta atividades físicas dirigidas especialmente para esse grupo de pacientes.

Em relação aos medicamentos, afirmamos que a lista disponível contempla a maior parte das necessidades dos pacientes e os essenciais não costumam faltar. A lista de medicamentos é composta, principalmente, pelos medicamentos fornecidos pelo Estado (Dose Certa), sendo incluído entre os medicamentos disponíveis os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Ao insulino dependente não costuma ocorrer falta de insulina.

A USF procura desenvolver ações regularmente programadas para atenção aos idosos, sendo abordado os seguintes temas: adaptação ao processo de envelhecimento, climatério, sexualidade, apoio a idosos de instituições asilares, violência doméstica e orientações sobre os direitos dos idosos.

O diagnóstico e a orientação para casos de alcoolismo são realizados na própria USF, com seguimento dos casos, e quando necessário após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados ao serviço de referência. O mesmo ocorre quando há mulheres em situação de violência, avalia-se e encaminha ao recurso disponível na comunidade.

Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível(DST), a USF faz orientação e aconselhamento sobre o uso de preservativo e aconselhamento para testagem sorológica, no entanto, com relação ao tratamento encaminha para serviço de referência.

A dispensação de preservativos é feita para grupos de exposição diferenciada com cotas maiores do que para população em geral, sendo incluído a oferta de preservativos femininos. A primeira dispensação de preservativos sempre é precedida de orientação sobre o uso e de aconselhamento em DST/AIDS.

Na USF os métodos contraceptivos disponíveis nos últimos seis meses foram a pílula anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável, preservativo masculino e feminino, DIU, pílula do dia seguinte, encaminhamento para laqueadura e vasectomia.

Saúde Bucal

Na USF a assistência na área odontológica é realizada para gestantes, bebês, crianças com até 6 anos, para crianças em idade escolar, idosos maiores de 60 anos e funciona como pronto atendimento para queixas agudas.

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal englobam atendimento clínico individual, atividades de educação em saúde bucal dentro da própria unidade, em escolas, creches e outras quando solicitadas.

Perfil de Atividades

Na USF as atividades de rotina realizadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem são: agendamento de exames e consultas; verificação de sinais vitais(peso, altura, temperatura, pressão arterial); verificação de queixas agudas que exijam providências; conferência do prontuário e do motivo do atendimento; distribuição e orientação sobre o uso de preservativos; orientações sobre coleta de exames e uso adequado da medicação; discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento; orientações nutricionais e dietéticas; grupos sobre temas específicos; orientação sobre encaminhamentos para especialistas; coleta de sangue para exames laboratoriais; orientações em relação aos procedimentos de vacinação; aplicação de vacinas; visita domiciliar; convocação de faltosos; orientação para auto exame de mamas; realização de curativos e aplicações de medicamentos.

A USF pesquisada possui vinte e quatro ACS- Agentes Comunitários de Saúde, e suas atividades de rotinas são: cadastramento das famílias da área de abrangência, atividades de educação em saúde, visita domiciliar, captação ativa para pré-natal, crianças menores de um

ano, vacinação, hipertensos e diabéticos, prevenção de câncer ginecológico, idosos acamados e usuários com queixas compatíveis com tuberculose e hanseníase.

As atividades realizadas pelo enfermeiro são: recepção e acolhimento de casos novos, triagem de intercorrências, consulta de enfermagem, atendimento aos casos de exposição ocupacional, grupos sobre temas específicos, notificação epidemiológica, supervisão da equipe de enfermagem, visita domiciliar, avaliação dos faltosos em consulta, atividades administrativas e participação no Conselho gestor local.

Na consulta de enfermagem, o atendimento individual realizado orienta sobre o uso correto da medicação, discute sobre a adesão, orienta sobre as formas de transmissão e cuidados domésticos, uso de preservativos, métodos contraceptivos, formas nutricionais e dietéticas, orienta a importância do autocuidado e os cuidados domiciliares para crianças e idosos. Além das orientações realiza exame de papanicolau/coleta de citologia oncótica, palpação de mamas e atende os usuários com DSTs.

A assistente social na USF realiza recepção e acolhimento, atendimento e suporte familiar, discussão e orientação sobre questões trabalhistas, orientação sobre direitos civis e previdenciários, encaminhamentos para benefícios sociais, realiza grupos com temas específicos, faz controle de faltosos e/ou busca ativa, atividades de reinserção social, visita domiciliar, participação no Conselho da Unidade de Saúde, atividades de Educação em Saúde e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário.

Características do Processo Gerencial

A gerência local da USF é exercida por uma assistente social com carga horária de 40 horas semanais.

O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) ocorre por meio de reuniões periódicas.

Na unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram semanalmente, sendo os principais assuntos abordados: informes, rotinas da Unidade, Escala de pessoal, organização do trabalho através de avaliação e implantações de novas ações, atualizações técnicas e conflitos interpessoais.

No último ano foram capacitados através de treinamentos, participação em congressos e cursos, os profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pessoal administrativo.

No processo gerencial há preocupação com a avaliação da UBS para reprogramação das atividades e para atender às demandas do Conselho de Saúde local e/ou Municipal.

A USF possui conselho local de saúde, no qual os principais temas abordados nas reuniões, no último ano, foram: problemas relativos ao atendimento, planejamento de atividades educativas na comunidade, os direitos e responsabilidades dos conselheiros e preocupações mais pessoais dos conselheiros.

Quanto às reclamações de pacientes, elas podem ser encaminhadas por meio de caixa ou livro de sugestões e reclamações, sistema de ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões, diretamente à direção local da Unidade e/ou ao conselho local de saúde.

Os principais obstáculos a serem vencidos para melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa USF são: inadequação do espaço físico e necessidade de informatizar o registro de dados.

O perfil predominante dos profissionais da USF são profissionais com boa qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com usuários.

Em relação ao trabalho na unidade, pode-se dizer que a maioria dos profissionais estão satisfeitos com as atividades desenvolvidas, a equipe sempre propõe projetos de mudanças, estão aderente ao projeto de saúde do SUS, sendo que a equipe como um todo trabalha entrosada, buscando a interdisciplinaridade.

b) Núcleos de Significados

1º Núcleo de Significado: Interação entre profissional e usuário- Acolhimento

O Ministério da Saúde considera que um dos maiores problemas para o processo de implantação do SUS está na área dos Recursos Humanos, principalmente no campo de sua preparação, relativos à integração ensino-serviço e à qualificação do pessoal.

A equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam de ajuda.

FERREIRA (1988) aponta a palavra acolhimento como sendo: ato ou efeito de acolher, recepção; atenção, consideração, refúgio, abrigo e agasalho.

Na UBS tradicional o acolhimento não é sistematizado para todos que procuram o serviço, pois as pessoas que não conseguem “senha” para atendimento médico,

automaticamente, em sua maioria não chegam a serem atendidas pela recepção. Há acolhimento aos usuários inseridos nos Programas (Saúde do Adulto, Saúde da Criança e Saúde da Mulher) e à demanda espontânea, na qual este último procura atendimento através do sistema de “Filas”.

A população usuária muitas vezes desconhece o acolhimento como estratégia de atendimento e resolução dos problemas, pois procura pelo atendimento imediato, curativo e medicamentoso. Os profissionais de saúde realizam acolhimento, sendo esta situação verbalizada na fala da enfermeira e nutricionista da UBS tradicional.

“Para os agendados e dos programas temos agenda, tanto eu como a outra enfermeira e é agendado lá. Para demanda espontânea eles vão encaixando de acordo com a chegada, normalmente conseguimos acolher todo mundo, mas é corrido, é um caso ou outro que acaba retornando outro dia. O que as pessoas procuram mais são as consultas médicas, uma boa parte acaba vindo para consulta de enfermagem, muitas vezes por falta da consulta médica, às vezes resolvemos, porque muitas vezes são pedidos de exames uma coisa que dá para desafogar do médico, fazemos uma avaliação, dependendo dos exames é feito por nós [...]” (E2)

“Com certeza há acolhimento para todos pacientes inscritos no serviço, até eu acabo participando deste acolhimento, passando orientações para o paciente, acolhendo de uma maneira geral a necessidade deste paciente.” (N)

A enfermeira na fala acima se coloca como um profissional não qualificado, um quebra-galho do médico de verdade, ou seja, o atendimento principal evidenciado é o do médico e os outros profissionais focalizam suas ações pós consulta médica.

Percebemos durante o período de observação que a maioria das pessoas procura o serviço de saúde, no caso, a UBS tradicional para atendimento médico, realização de exames laboratoriais, realização de vacinas e retirada de medicamentos, no entanto, inicia-se uma mudança gradual de interesse da população, pois neste período de pesquisa houve pessoas procurando por atendimento/acolhimento com o Serviço Social, Nutricionista e Enfermeira.

Nas fala dos profissionais da UBS tradicional é comprovada o início da procura pela população de outros interesses, atendimentos, sem ser exclusivamente o médico, isso significa efetivar uma relação de ajuda, ou seja, o encontro de duas pessoas.

“Em relação aos outros profissionais como a nutricionista, a procura está aumentando devagar. Os profissionais envolvidos nas ações são todos, porque começa desde a recepção até chegar no local onde realmente vai ser atendido.” (E2)

“A procura da população é pelo médico, eles querem o atendimento médico, daí o médico tenta articular, vai encaminhando para onde é necessário. Mas também, hoje eu vejo de uma maneira diferente, a partir dessa equipe trabalhando o paciente, ele conhecendo outras áreas que tem aqui dentro, eles não ficam mais só no médico. A procura pela nutrição é muito grande, pelo serviço social, até mesmo a parte da enfermagem. O paciente tendo conhecimento, com certeza ele não vai ficar só com aquele foco no médico, ele também acaba procurando esses outros profissionais.”(N)

“A população procura, uma consulta médica, um tratamento para seu problema, uma resolução do seu caso. Ele procura outros profissionais, as vezes o próprio médico encaminha para nutricionista, psicóloga. Todos profissionais estão envolvidos na assistência.”(M1)

“Hoje é completo. Hoje eles querem nutricionista. Antigamente não tinha nem assistente social, é uma luta por causa da assistente social, porque ela tem tanta reunião, em vários lugares. Hoje a procura é grande por outros profissionais como assistente social, nutricionista, não só médico, hoje em dia mudou um pouco, o papanicolau é feito pela enfermeira. Hoje tem essa procura, antigamente não tinha, a visão dos pacientes era exclusiva do atendimento médico.”(F1)

O acolhimento ocorre sempre na relação entre duas pessoas, sendo necessário um relacionamento horizontal entre sujeitos em um processo contínuo.

Uma das entrevistadas percebe que o acolhimento tem que ser realizado por todos os profissionais de saúde, pois do contrário, não há possibilidades da efetivação real do acolhimento.

“[...]tentamos fazer com que todos os funcionários utilizem uma forma humanizada para atender os pacientes, então nisso eu acho que já insere o acolhimento, desde o servente, do enfermeiro, da recepção. Eu enxergo o acolhimento como tudo isso, porque aqui é um corre-corre, então todos os funcionários tem que ter essa visão.”(E1)

MATUMOTO (1999) em seu estudo sobre o acolhimento em uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto, assinala a importância de compreendermos o acolhimento como um processo que se inicia mesmo antes do usuário chegar ao serviço de saúde, uma vez que este se estrutura para o atendimento definindo espaços específicos, formas de atender necessidades de saúde, ou seja, define um certo “modo de responder” às necessidades que são expressas pela clientela. Enfatiza que o acolhimento apresenta alguns componentes, tais como: a mútua-representação entre trabalhador e usuário; a objetivação do que é saúde/doença e do que é problema/necessidade de saúde; a comunicação e escrita e responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro.

Muitos profissionais de saúde não conseguem perceber o acolhimento como um processo que envolve a equipe toda, sendo intrínseco a todo atendimento, então cada profissional realiza o acolhimento, sem conhecimento da população usuária e sem discussão com todos desta equipe.

“Pelo menos na parte de ginecologia, eu posso dizer que tem acolhimento. Existe bastante demanda espontânea e também faço acolhimento, aqui não tem problema nenhum” (M1)

Durante o período de observação, percebemos que a UBS tradicional, apesar de não sistematizar o acolhimento, estabelecendo um profissional da equipe técnica para organizar o atendimento, procura acolher e resolver os problemas da população, no entanto, quando são necessários outros serviços da atenção secundária e terciária para solucionar as dificuldades, há sérios desafios a serem superados.

Na fala a seguir, fica explícito que o profissional médico acredita que o problema não está no próprio serviço, mas no “outro”, outro serviço, e conseqüentemente, outro profissional, assim ele não consegue visualizar as deficiências do local onde trabalha.

“O funcionamento da unidade pra responder alguns tipos de atendimento é excelente, mas a partir do momento que a gente precisa de atendimento secundário e terciário, aí começa a complicar para o paciente. Enquanto é só o atendimento clínico aqui, agente tenta fazer o melhor possível, a gente da cobertura. Exames que demoram três meses, atendimento secundário especializados que demora seis meses, isso não tem cabimento, aí já não é da área do município.” (M2)

O acolhimento é fator inerente à humanização, e na maioria das vezes, inatingível, diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS o Ministério da Saúde, em 2003, criou a Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS. Essa Política visa atingir a todos os níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural.

O acolhimento não pode ser realizado por um único serviço e com profissionais exclusivos a esta função, pois ele deve ser uma técnica realizada por qualquer profissional, em qualquer lugar e momento.

TEIXEIRA (2005) relata que frequentemente uma forma peculiar de humanização na atenção primária é o acolhimento, sendo que o mesmo é muitas vezes realizado de forma incorreta, visto como uma atividade desempenhada por um profissional particular em um espaço específico. O acolhimento deve ser tratado como uma técnica de conversa passível de

ser operada por qualquer profissional e em qualquer momento de atendimento, quando se identificam, elaboram e negociam as necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

Observamos que a gerente da UBS tradicional fica circulando no serviço e procura acolher a todos os usuários que necessitam, independentemente do lugar, ou seja, ela realiza o acolhimento em todas atividades com os usuários, no entanto, não há um projeto específico e contínuo para efetivação dessa interação entre profissional de saúde e usuário, conseqüentemente, humanização e acolhimento.

“Há acolhimento para todos. A demanda espontânea, conforme foi acordado na gestão anterior,[...] junto com o conselho gestor de saúde e comunidade, que seria distribuído as vagas de médicos, sendo metade deste atendimento direcionado aos pacientes de programa e metade para atendimento de demanda espontânea diária. Nós temos a parceria/prestador de serviço a Fundação Véritas, que também participa toda 4ª e 6ª com a coleta laboratorial com 50 vagas, sendo priorizado os idosos primeiro. Dentro desta distribuição de vagas, nós também fazemos o acolhimento no sentido de que cada caso é um caso, nós temos pacientes que chegam que ele é de fora, aí o paciente passa comigo enquanto assistente social, na qual eu tenho autonomia para analisar e agendar fora de programa, [...]” (G)

CAMELO, et al.(2000) em um estudo sobre acolhimento à clientela em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto descreve que não há um projeto específico para orientar o trabalho dos profissionais com relação ao acolhimento, assim há diversas posturas e maneiras diferentes de se comunicar com o usuário. Conclui-se que o acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das Unidades de Saúde, ao mesmo tempo, em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano. Quer dizer, a relação de ajuda permeia todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva.

Na USF o acolhimento é sistematizado, ou seja, na escala de enfermagem há sempre um técnico de enfermagem que atende, em uma sala específica, todos os usuários que procuram por atendimento com a equipe. Além desse acolhimento, todos os profissionais da saúde procuram resolver os problemas da população.

Muitos profissionais relatam que a USF está realizando, na prática, um modelo que descaracteriza as diretrizes da Saúde da Família, pois o acolhimento em muitos casos, significa sinônimo de atendimento curativo, seja com o médico da família ou com a enfermeira.

“A gente trabalha aqui com modelo descaracterizado. No sentido de excesso de pessoa e a forma de como é acolhido esse excesso de pessoas. Existe o acolhimento que passa muito do limite que é preconizado, então é como se fosse o pronto socorro da família.[...] Isso prejudica muito, as outras atividades que temos que fazer, como: os grupos educativos, reuniões, visitas domiciliares, a gente muitas vezes não consegue fazer, por causa do excesso de pacientes. [...] O modelo está descaracterizado, porque teria que ser feito mais a parte de prevenção, mais visitas, mas não temos tempo para fazer.”(MF1)

“Aumentou muito o numero de acolhimentos. Tem pacientes que aderem bem, se a gente fala que não é necessário passar naquele momento pelo médico eles aceitam, tem uns que não aceitam, e exigem atendimento médico.Mas todos que chegam são acolhidos.”(EF1)

“Teoricamente acolhimento não é atendimento médico, só que isso não é levado na prática. O dia que a enfermeira não está aqui para avaliar, vem direto para mim.” (MF1)

“[...]mais os acolhimentos são vistos como se fosse uma emergência, ou seja, preferencialmente atendimento médico.”(MF2)

Inicialmente PSF e atualmente transformado em ESF, também apresentam dificuldades em realizar acolhimento desvinculado do atendimento médico, pois culturalmente as pessoas idealizam o serviço de saúde como um local para “curar” as doenças, sendo a mesma resolvida com um bom atendimento médico, realização de exames e alguns medicamentos para minimização ou desaparecimento dos sintomas.

A ESF vem gradualmente superando o modelo biomédico, assim, aos poucos os usuários buscam por outros atendimentos com a equipe técnica, inclusive incluindo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

“A gente acolhe esse paciente, escuta, vê qual é o problema dele e tenta nortear, se estiver com dor damos remédios e orientamos o que deve ser feito, marcar uma consulta ou outra coisa. [...] Logo que eu entrei os pacientes queriam a consulta médica, isso é cultural e existe muito. Hoje em dia os pacientes vêm e me tratam super bem, então eles também procuram consulta de enfermagem, eles vem para fazer vacinação, fazer curativo, fazer inalação, vem para conversar com a assistente social. Então eles vêm fazer de tudo um pouco e não só procurar o médico.” (EF3)

“O acolhimento é tanto para os grupos como no geral, qualquer pessoa que chega na unidade, até fora de área, pessoas que não são cadastrada na unidade são atendidas. Temos que atender todos. Primeiro é feito o acolhimento, o paciente passa pelo técnico, se for necessário passa pela enfermagem e somente se for necessário passa pelo médico. Eu acho que devagar está mudando o pensamento dos pacientes, eles vem atrás de prevenção, mas muitos vêm atrás do curativo.”(MF2)

“Todo mundo que chega é acolhido, inclusive os fora de área. A gente atende todo mundo que vem procurar. O projeto visa cobrir a área toda, para não ter o problema de existir gente fora de área. Eles procuram vacina, as consultas de enfermagem muitos não entendem, está mudando um pouco, devagar as pessoas vão entendendo melhor sobre prevenção. Todos os profissionais estão envolvidos nas ações do acolhimento.”(MF3)

Segundo MERHY (1994) o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o trabalhador de saúde, seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa por parte do usuário, de que o trabalhador- individual ou coletivamente - responda com resolutividade ao seu problema. Espera-se que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter, lhe traga benefícios, isto é, consiga alterar sua situação. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam.

Quando falamos em atenção básica em saúde, muitas vezes não estamos lidando com pessoas adoecidas em busca de assistência curativa, mas por outras questões, ou melhor, devido “doenças sociais, emocionais, entre outras” buscam por acolhimento e afeto, denominadas nas políticas de saúde como ações preventivas e promocionais de saúde. No entanto, o que se percebe é um grande número de profissionais não preparados para esse tipo de assistência, já que foram habilitados em sua formação profissional para ações curativas. O resultado disso é a perda de uma importante oportunidade de tornar os serviços de saúde mais resolutivos, diminuindo-se, assim, a demanda de procura curativa e garantindo atendimento humanizado aos que realmente precisam dela.

SIMÕES;RODRIGUES;TAVARES (2007) relatam que o PSF vem ganhando espaço e relevância em todo o Brasil, tornando-se, indiscutivelmente, importante estratégia de reordenação do modelo assistencial. Essa estratégia vem não só melhorando o acesso da população ao sistema de saúde, como tem proporcionado considerável melhora na qualidade do atendimento oferecido. No entanto, sabe-se que mesmo essa nova forma de assistência ainda se encontra muito distante dos princípios que norteiam o SUS, verificando-se práticas tradicionais nas quais os usuários ainda ocupam posição passiva nos serviços de saúde.

No cotidiano da USF observamos mudanças na reorganização dos serviços na área da Atenção Básica, pois muitos usuários percebem a importância do atendimento/acolhimento da enfermeira, assistente social, agente comunitário de saúde, conforme relato de uma enfermeira sobre a maneira que é realizado o acolhimento.

“Para qualquer paciente sendo ou não de programa o acolhimento vai ser da mesma forma. O paciente chega na recepção fala o que está acontecendo, aí é separado o prontuário, a técnica faz uma primeira avaliação se for caso simples ela orienta o paciente e dispensa, se não ela passa para mim, eu vejo se dá para mim resolver e se não der eu encaminho para o médico. Os pacientes vem aqui atrás de tudo que nós oferecemos, vacinação, acolhimento, pegam medicamentos receitados, consultas com médicos, consultas com enfermeiras, vem atrás da assistente social e vem atrás também dos agentes comunitários. Hoje a gente consegue ver que os pacientes não vem só atrás de médicos, eles procuram outros profissionais.” (EF2)

O acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde, é através do acolhimento que possibilitamos o acesso ao sistema da saúde, bem como o vínculo entre os profissionais e os pacientes (SCHIMITH e LIMA, 2004).

A população usuária percebe o acolhimento na maneira da organização do trabalho, como os profissionais de saúde atendem, cuidam, solucionam os problemas biológicos, psicológicos e sociais. É necessário efetivar ações que ultrapassem a visão de tratar e realizar procedimentos, é fundamental a interação objetivando práticas assistenciais do “Cuidado”.

O Cuidado é visto como promoção de bem-estar para além da correção de distúrbios, na qual não tira do sujeito que é cuidado o poder de juízo sobre suas necessidades (Ayres, 2000). Essa perspectiva implica a exigência de respostas assistenciais, por parte dos serviços, mais próximas às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.

A ESF preconizada e idealizada pelo Ministério da Saúde busca práticas assistenciais emancipatórias e cuidadoras, demarcando o encontro entre dois sujeitos, sendo esse encontro o espaço para a *reconstrução de intersubjetividades* (Ayres, 2000), no entanto, muitos usuários reclamam do atendimento na USF pesquisada.

“[...]minha mãe teve um AVC e eles falaram que viriam aqui para medir a pressão dela, mas demorou um ano. Quando tinha algum problema eu ia lá falar para eles, aí falavam que iam vir, mas não vinham. Já faz 1 ano e 6 meses que ela está aqui e ele vieram uma vez só. Minha mãe precisa de um monte de coisa, mas não tem como eu levar ela e no dia do agendamento não tem como eu ficar um tempão esperando na fila, pois estou com a nenê recém-nascida. A médica nunca veio ver minha mãe, eu já pedi um monte de vez para virem aqui e nunca vem ninguém.” (UF2)

Muitos usuários desconhecem o atendimento na USF, ou seja, procuram o atendimento com o clínico, ginecologista e pediatra, como em uma UBS tradicional e desconsideram as ações preventivas e o atendimento por uma equipe de saúde da família, pois a organização do trabalho em muitos aspectos continua da mesma maneira.

“Eu sou atendida bem, o único problema é que tem que pegar número para passar no médico. Você tem que vir 4 horas da manhã, para conseguir um número às 9 horas. Às vezes não tem médico, porque aqui não para médico clínico. [...] sempre procuro o clínico geral, mas nunca acho.” (UF7)

Silva, et al(2002), relatam que uma estratégia que parece fundamental para tornar efetivo o trabalho em saúde é o planejamento de ações que busquem identificar e incorporar demandas antevistas à rotina, bem como, o projeto terapêutico deve se organizar na dimensão do cuidado, articulando nos projetos e nas intervenções, de forma indissociável, a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa.

É imprescindível na assistência a escuta e o acolhimento, efetivada a partir da verdadeira comunicação entre usuários e profissionais, assim os profissionais não podem ser reduzidos a suas competências técnicas e nem os usuários passivos objetos de intervenção, é necessário a interação contínua.

O acolhimento é compreendido enquanto processo, resultado de práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, constituindo-se, assim, em um conjunto de atos executados de modos distintos no momento do atendimento, envolvendo posturas e concepções adotadas pelo trabalhador na identificação das demandas e necessidades dos usuários. Com isso está se considerando o acolhimento não apenas como recepção do usuário em um serviço de saúde qualquer, mas como ação de responsabilização do trabalhador pelo usuário durante toda sua permanência no serviço de saúde. Considera-se que o acolhimento é marcado pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, possibilitando a construção do vínculo. Matumoto(1999) e Camelo(2000).

Verificamos que o acolhimento é muito significativo na interação entre os profissionais de saúde e a população usuária, e como relata Schraiber (1997), o modo consubstancial da vida prática nas diversas ações em saúde é sempre *interação*: relação entre duas pessoas, entre dois sujeitos, profissionais-usuários.

2º Núcleo de Significado: Organização do Trabalho.

A organização do trabalho está diretamente interligada com o modelo de atenção, sendo estes significativos na questão da qualidade da atenção, pois organizar o trabalho em

saúde significa entender os saberes tecnológicos que são as tecnologias duras, as leve-duras e as leves, Merhy⁶(1997).

O trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e busca, junto aos trabalhadores, a resolução dos mesmos. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário.

Esse encontro é permeado por subjetividades e particularidades, pela dor, sofrimento, saberes da saúde, experiências de vida, práticas assistenciais que afetam os sujeitos trabalhadores e usuário.

O trabalho é uma atividade que tem sempre uma finalidade para que ele se realize, a qual está ligada ao atendimento à determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. Os produtos criados com a atividade do trabalho, nessa perspectiva, têm um “valor de uso” (Campos,1994). No caso de saúde, Cecílio(2001) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos: “O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida[...]; O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...]; Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.(Cecílio, 2001, p.114-115)

Esses conjuntos de necessidades aqui relacionados estão presentes nas unidades pesquisadas, no entanto, mais evidenciado na USF do que na UBS tradicional, ou seja, os princípios da ESF conseguem articular a subjetividade, as tecnologias, os vínculos e a autonomia para levar a vida.

A partir de 1997, o PACS e o PSF passam a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde, sendo que em documento de sua Secretaria Executiva, o PACS é considerado uma estratégia transitória para o PSF. Por outro lado, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o PSF é apresentado como uma estratégia que visa à reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e hospitalocêntrico, por um modelo cujas principais características são: o enfoque

⁶ Merhy(1997), afirma que o trabalho em saúde, utiliza-se saberes tecnológicos que podem ser as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, equipamentos, normas, estruturas organizacionais), as leve-duras (saberes bem estruturados presentes no processo de trabalho em saúde como, por exemplo, a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, dentre outros) e as leves (tecnologias de relação tais como o vínculo, escuta).

sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população em vez da ênfase na demanda espontânea; e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde. Brasil (2001a).

Os ACS interferem na organização do serviço, nas atividades realizadas pela equipe, e conseqüentemente é imprescindível na mudança da qualidade.

Os profissionais de saúde da atenção básica conhecem e procuram realizar suas ações de acordo com os princípios e diretrizes do modelo de saúde vigente, no entanto, muitos profissionais da UBS tradicional continuam no modelo biomédico, apenas preocupados com as doenças e o tratamento das mesmas. Apesar do discurso demonstrar domínio teórico, na prática não consegue criar estratégias para efetivação de atividades educativas.

“[...] é o modelo em que os agentes comunitários vão visitando as famílias e trazem os pacientes pra gente.”(M1)

“[...] é modelo de atenções básicas de saúde, onde funcionam os programas de prevenção básica e atenção primária.”(M2)

“[...] o modelo, é atenção primária da saúde, atendemos três especialidades pediatria, ginecologista e clínica médica.”(M3)

Na fala do M3 verificamos que alguns profissionais acreditam que a saúde na área da atenção primária⁷ ou atenção básica, é simplesmente e exclusivamente o atendimento médico na área de pediatria, ginecologia e clínica geral.

Muitos profissionais referem conhecer o modelo de saúde na UBS tradicional, no entanto, referem excesso de funções ,e conseqüentemente, o foco central permanece na área curativa, sem possibilidades de criarem projetos focalizando o processo saúde e doença.

“O modelo eu conheço, só que aqui nesse município é aplicado de forma diferente. Até mesmo, porque eu sou responsável técnica da unidade de saúde G e supervisora do PACS, na verdade deveria ter uma enfermeira para cada equipe e não é isso que acontece.”(E1)

“[...] o que acontece é que não estamos dando conta ultimamente, devido a demanda. Não estamos tendo tempo nem de pensar em fazer algo diferente. Eu estou aqui faz pouco tempo, as vezes até vem algumas idéias novas, mas tem tantas coisas do dia-a-dia que você não consegue por na prática aquilo

⁷ Mundialmente a saúde apresenta níveis de atenção denominada: Atenção Primária, Atenção Secundária, Atenção Terciária e Atenção Quaternária. No Brasil Atenção Básica é sinônimo de Atenção Primária.

que você está planejando. Tem excesso de atividades para poucos funcionários.”(E2)

Durante a pesquisa, observamos e constatamos que na linguagem verbal as enfermeiras relatam sensibilizar os funcionários para atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, no entanto, durante o período de observação não visualizamos nenhuma ação nesta área. (Diário de Campo da UBS tradicional)

Nas consultas de enfermagem na UBS tradicional não é utilizado a prescrição de medicamentos contido no protocolo de enfermagem e raramente é solicitado exames. As enfermeiras em suas atividades explicitam que a solicitação de exames e prescrição de medicamentos são mais específicos aos médicos. (Diário de Campo da UBS tradicional)

Nesta UBS tradicional pesquisada as ações extra-muros⁸ não estão sistematizadas nos atendimentos de enfermagem, assim o foco é maior na área assistencial/curativa e há excesso de ações burocráticas.

Segundo o Ministério da Saúde(1997), as equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

Ribeiro et al.(2004) relata que essa proposta de ESF constitui-se em um importante desafio, já que se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial atual e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica.

Na USF a organização do trabalho também apresenta problemas, pois há excesso de pessoas na área de abrangência, a população usuária contínua a priorizar o atendimento médico, não aceitam as normas da ESF, entre outros.

“O número de pessoas é muito grande, mesmo fora da área de abrangência, gestantes, hipertensos e crianças menores de 2 anos, tem o

⁸ Atividades extra-muros referidas neste trabalho são aquelas realizadas na área educativa e em locais diferentes da unidade básica.

direito de passar aqui nos programas. Isso é uma norma de vem da Secretária. No futuro vai ter mais um médico para trabalhar comigo, para aumentar a área, mas provavelmente vai continuar aparecendo pessoas fora de área. Eles estão trazendo o pessoal fora de área sem expandir, isso vai sobrecarregando.”(MF1)

“[...]problema é a qualidade dos técnicos uns são bons, mas tem outros que são muito ruins, tem pessoas que não sabem escrever. Faz uma avaliação mal feita não medi pressão certa, não pesa o paciente.”(MF1)

Muitos profissionais de saúde na USF demonstram insatisfação na maneira que ocorrem as determinações, pois acreditam que a gestão é realizada verticalmente, ou seja, não há discussões com as equipes sobre os aspectos positivos e negativos das mudanças e das normatizações.

A equipe demonstra também que muitos usuários não estão preparados para efetivação da ESF, pois o modelo da USF foi influenciado por outros países em situações totalmente diferente do Brasil.

“A gente tinha um pouco mais de autonomia, acabamos de mudar nossa agenda, porque veio uma determinação para fazer de outra maneira. A gente tinha o Programa do Bebê, tinha um dia e um período só para atender bebê. Agora na nova determinação tem que atender os bebês todos os dias. Atender bebê leva um tempo, você tem que olhar a boca, aplicar o flúor, orientar a mãe. Criança é mais complicado, você tem que ter mais paciência, brincar com a criança.”(DSF1)

“[...]O Brasil não está pronto para a Saúde da Família, é isso que eu sinto na prática, eu acredito que daqui uns 20 a 30 anos talvez esteja pronto. Não adianta eu fazer um grupo para pessoas analfabetas, a educação é muito ruim. Fazer um grupo de orientação para pessoas com educação ruim não é muito frutífero, a pessoa não consegue entender. Não tenho tempo para fazer os grupos, mas também eu acho que falta cultura para pessoa saber o porquê daquilo. Uma coisa é fazer o PSF em Cuba que tem uma educação excelente, outra coisa é fazer aqui que a educação é muito ruim.”(MF1)

Apesar das dificuldades de efetivar o preconizado pela ESF, a equipe técnica da USF demonstra mais clareza quanto ao modelo de saúde em que estão trabalhando, inclusive realizam várias atividades na área preventiva e promocional com atividades de grupos, caminhadas, entre outras.

“A Estratégia da Saúde da Família, já é um modelo diferenciado da unidade básica, só pelo fato de você trabalhar com área de abrangência, [...] você trabalha em um determinado espaço e comunidade, existe as exceções. É legal trabalhar com área de abrangência, você conhece a

população cadastrada, você conhece todo diagnóstico da sua área, os problemas de cada família.”(EF1)

“Na estratégia saúde da família o enfermeiro faz uma consulta de enfermagem, que deve ser feita em qualquer lugar, tanto na unidade como no hospital, mas muitas vezes em outros lugares não acontece, aqui sempre acontece. [...] Além da consulta, a gente faz vários grupos, para orientar e usar as experiências dessa população, todos os profissionais fazem essa atividade. Também é feito visitas domiciliares, que todos profissionais participam, onde a gente vai visitar pacientes que não pode andar, acamados e a primeira consulta do bebê são feita em casa. A gente tem uma escala, fazemos também essa visita para pacientes resistentes, para tentar trazer esse paciente para a unidade. O diferencial do PSF é a consulta de enfermagem, o grupo e a visita, que é totalmente preventivo. Acontece muito a atividade de prevenção.”(EF3)

“O que eu acho mais interessante na ESF é o vínculo que você cria com o paciente, fica até bem parecido com consultório particular. Eu tenho pacientes que traz toda família, resolvemos o problema da família inteira. Quando eu saio na rua eles me cumprimentam, eu acho isso bem legal. Eu acho que a característica da família é esse vínculo.” (DSF)

“Na ESF há grupos com palestras, grupo de caminhadas,[...] aqui busca a prevenção da saúde, o paciente não procura aqui igual um hospital pra tratamento da doença, vem aqui para prevenir e controlar a doença.”(MF2)

Como todo modelo de saúde implantado há autores que evidenciam as dificuldades de efetivação na prática, assim Franco & Merhy (2002); Favoreto & Camargo Jr(2002); Soares(2000) e Ferttonani(2003) em seus estudos apontaram as dificuldades da ESF como: composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobre carga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho.

Franco & Merhy (2002) têm feito questionamentos com relação ao que chamam de “discurso mudancista” que atribui ao PSF o papel de estratégia para a reorganização da prática assistencial em novas bases e colocam que os debates sobre o PSF têm se caracterizado mais despolitizado e superficial. Consideram que a observação das experiências indica uma defasagem entre o “discurso mudancista” e as práticas assistenciais que implementa, mostrando que não se tem conseguido realizar a “missão prometida”. Para fundamentar esta afirmação, sustentam que: o PSF baseia suas propostas nos conhecimentos relacionados à epidemiologia e à vigilância à saúde, o que não seria suficiente em muitas

situações onde o conjunto da prática clínica seria essencial para atender as necessidades de assistência; falta um esquema para atender a demanda espontânea que, do ponto de vista do usuário, é uma prioridade; a proposta do PSF/PACS é apresentada pelo Ministério da Saúde com um alto grau de normatividade; a mitificação do médico generalista como se este profissional pudesse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população; as “visitas domiciliares compulsórias” são criticadas, principalmente no que se refere aos médicos e enfermeiras, já que estas deveriam acontecer de acordo com indicação explícita para elas e não como rotina, podendo inclusive significar uma excessiva intromissão na privacidade das pessoas.

Favoreto & Camargo Jr(2002) afirmam também que, na maioria dos municípios examinados em seu estudo, tem predominado a estratégia de extensão de cobertura assistencial marcada pela introdução de uma prática de medicina simplificada, dirigida às populações menos favorecidas. Apontam ainda vários problemas em relação à resolutividade dos serviços de saúde da família, tais como: o sistema de referência e contra-referência, a rigidez na conformação profissional da equipe de saúde da família, o despreparo e qualificação insuficiente dos médicos de família. Entendem que a ênfase com relação à mudança do modelo assistencial é feita sobre as formas de organização e controle e sobre a normatização dos processos de trabalho sendo, no entanto, necessário aprofundar um novo entendimento dos profissionais, no que se refere a seus papéis e ao contexto em que atuam, a fim de que possam mudar sua prática.

Soares(2000), analisando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, chamados carros-chefes da mudança do modelo assistencial, mostra as dificuldades para que isso ocorra: a imposição dos programas pelo MS; o fato de serem totalmente normatizados no nível central; o fato de serem financiados por incentivos financeiros internacionais; a obrigatoriedade, na prática, de sua adoção pelos municípios; a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde; ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção – o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída; a desconsideração da complexidade do quadro epidemiológico brasileiro; e, finalmente, a substituição de profissionais qualificados da Enfermagem por pessoas sem qualificação, com contratos precários de trabalho, com sérias limitações na resolução dos problemas de saúde da população.

Fertonani(2003), estudando o trabalho de equipes do PSF de Maringá, Paraná, encontrou que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos

profissionais envolvidos mantêm as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência; que as atividades desenvolvidas no domicílio não representam uma ruptura com o modelo biomédico.

“O acolhimento seria muito melhor se eu pudesse confiar nos funcionários. A contratação desses técnicos não tem muito critério.”(MF1)

“[...] o grande problema é que a gente lida com números, no final de cada mês a gente tem que entregar números. Esses números amarram um pouco, a gente não tem tempo de fazer determinadas coisas. Um dos problemas é a quantidade de consultas que tem que ser feito é grande, cada paciente demora um determinado tempo na consulta, não tem como padronizar esse tempo.”(MF3)

“[...] tudo que vai ser mudado tem que conversar antes, então eu fico um pouco limitada em criar atividades novas.”(EF2)

“[...]Nós também temos autonomia de fazer projetos, elaboramos esses projetos e mandamos para secretaria autorizar.”(GSF)

“[...] Hoje em dia a gente não tem uma definição o que é cada coisa, tem horas que parece um pronto socorro e o trabalho de prevenção ficou de lado. Os agentes comunitários por ter que fazer trabalho burocrático, não tem tempo de fazer o verdadeiro papel de agente. Também tem o fato do bairro J. e S. E. não serem cobertos totalmente, a gente atende pessoal que mora mais longe e não atende quem mora perto, e o trabalho com as pessoas que moram longe fica mais difícil. O secretário abriu para pessoas fora de área, mas o PSF tinha que ser fechado e só atender a área de abrangência.”(ACSF4)

“[...] Aqui tem muita cobrança de produtividade, que nem o papanicolaou tem que ter um determinado número. [...] O verdadeiro serviço do agente comunitário é fazer a prevenção na comunidade, mas hoje é difícil fazer porque tem muitas outras coisas para serem feitas. A prioridade são as visitas, mas tem muita papelada e também ajudamos na recepção.”(ACSF9)

Durante a pesquisa nas unidades de saúde observamos que por serem avaliadas como prestadoras de serviços qualificadas, os profissionais sempre procuravam realizar um bom atendimento, no entanto, devido aos modelos serem diferentes, havia um modo diferenciado na ação dos profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde(2001b) descreve em seu Manual para a Organização da Atenção Básica que é necessário ultrapassar o âmbito individual e clínico, e para isso é importante “conhecer e analisar o trabalho,verificando as atribuições específicas e do grupo,

na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações”.

Estudos de autores ligados à saúde coletiva, tais como os de Campos(1997), Merhy (1999), Pires(2000), Sá(1999), Schaiber(1999), Soares(2000), entre outros, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido entre a teorização sobre “processo de trabalho em saúde” e realidade do trabalho.

Teoricamente a ESF apresenta diretrizes mais eficiente e eficaz, sendo isto comprovado através de alguns autores Bertoncini(2000) e Sousa(2001) que evidenciam os aspectos positivos da ESF como: o cuidado integral a população, maior qualidade, elevação na resolutividade, ampliação de ações promocionais e preventivas.

Bertoncini(2000), por meio de pesquisa efetuada com profissionais das equipes de saúde da família em Blumenau, Santa Catarina, identifica mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta do PSF, atualmente ESF. As mudanças pontuadas foram: atuação comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; maior adesão da população; desenvolvimento de um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; ampliação das ações de promoção; possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população/comunidade; redução das internações hospitalares; melhora do acesso da população à rede básica de saúde; efetivação do diagnóstico das doenças mais precocemente e introdução de práticas assistenciais inovadoras.

Sousa(2001, p.50)também aponta para inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, tais como:

Alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada ;elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas que passou a girar em torno de 90 %.

Esses impactos se constituíram fatores motivadores da disseminação do programa pelo País, no entanto, muitas unidades de saúde da família não conseguem atingir essas metas, pois é necessária a concretização do desenvolvimento de um trabalho em equipe compromissada com o SUS para efetivar a satisfação da população.

Na Consulta de Enfermagem-CE da UBS tradicional, percebemos que o foco é mais assistencial que preventivo, sendo a prevenção realizada no exame papanicolaou, na consulta

da puérpera e do recém-nascido, na qual avaliavam a higienização do coto umbilical, cicatrização dos pontos da cesária, e orientavam sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Todas as consultas observadas foram realizadas aos pacientes de Programa de Saúde de Adulto (Hipertensos e diabéticos), Saúde da Mulher (encerramento SISPRÉ-NATAL) e Saúde da Criança (Puericultura). (Diário de Campo da UBS)

Na CE da USF as enfermeiras trabalham muito com discussão de casos com sua equipe, assim as consultas de enfermagem, muitas vezes torna-se consulta da equipe, pois surge um ACS, a médica de família com suas observações e intervenções. Nas CE observadas, constatamos a sistematização da assistência de enfermagem, pois a enfermeira verifica a situação do usuário, fornece resultados de exames, solicita exames, prescreve medicamentos, ou seja, é resolvido o “problema” do usuário e muitas vezes eles não exigem atendimento com o médico. (Diário de Campo da USF)

Durante as observações, verificamos que a enfermeira, em suas consultas, agenda os usuários para participarem de vários grupos como: Grupo Puericultura, Grupo de Caminhada, Grupo Hipertenso e Diabético, Grupo Gestante, Grupo Resultado Exame, Grupo Adolescente, Grupo Resultado Papanicolau, etc., sendo o foco da prevenção focalizado nos grupos.

Nas Consultas Médicas-CM da UBS inicialmente a recepcionista chama “Grita o nome” de 7 a 8 usuários para aguardarem em pé, no corredor, a chamada do médico. Na consulta médica não são realizados procedimentos básicos como verificação de pressão arterial, peso, altura, teste de ponta de dedo-glicemia, pois os auxiliares de enfermagem, na pré-consulta, são quem realizam estas atividades. A consulta é realizada, na maioria das vezes, de porta aberta, sendo fechada apenas quando o usuário sentia-se incomodado e realizava por iniciativa própria esta ação. Os outros usuários no corredor ficavam “espiando” a consulta para verificar a agilidade no atendimento e aguardar a chamada. (Diário de Campo da UBS)

Durante a pesquisa na UBS, verificamos que poucos médicos realizam exames clínicos, apenas escutam as queixas, determinam um diagnóstico e prescrevem medicamentos.

Nas CMs da USF a médica de família daquela equipe em que o usuário está cadastrado, pega o prontuário que fica separado em uma caixa com cores diferentes para cada equipe, vai até a recepção e chama pessoalmente o usuário para o atendimento. Durante a consulta, verifica pressão arterial, peso, altura, teste de ponta de dedo/glicemia, pois não há pré-consulta. Toda consulta é realizada com a porta fechada, sendo muitas vezes solicitada a presença de um ACS, uma enfermeira, técnico de enfermagem e quando o caso é muito grave,

devido a problemas sociais, imediatamente chama-se a assistente social para auxiliar na resolução do caso.(Diário de Campo da USF)

Verificamos durante a pesquisa, que todos os médicos realizavam exame clínico, sendo inicialmente realizado uma pergunta circular para proporcionar espaço para o diálogo.Ex: Como estão as coisas lá em sua casa? Nesse momento, o usuário falava de sua realidade, de seus problemas, de suas conquistas, de seus sentimentos e posteriormente surgiam os sintomas e a discussão sobre doenças, medicamentos e tratamento.

Cardoso(2007), aponta que há muitas facilidades na UBS tradicional, especificamente na área de recursos humanos, evidenciando a importância de equipes competentes tecnicamente e com a saúde pública, bem como colaboradores na organização do trabalho. Os profissionais de saúde qualificados, idealistas, responsáveis, comprometidos com suas atividades podem ser encontrados em qualquer serviço de saúde.

Salientamos que independentemente do modelo assistencial, seja UBS ou USF, o atendimento pode ser feito de muitas maneiras: com o atendimento fragmentado, pontual em uma queixa da doença e com apenas consulta médica e prescrição de medicamentos, pode ser encaminhando para serviços de média e alta complexidade, pode ser altamente burocratizado, pode ser conhecendo as pessoas e respectivas famílias, identificando, com elas, suas necessidades e como o modo de viver afeta sua saúde.

A implantação do PSF por si só não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial, podemos criar Unidades de Saúde da Família com a centralização das ações na figura do médico, assim como efetivar a continuidade das UBS tradicionais, mas visualizando os usuários como autores principais da organização do processo de trabalho, estas relações vão depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários.

3º Núcleo de Significado: entendimento da realidade social e mediação - ACS/agente comunitário de saúde.

O agente comunitário de saúde – ACS desenvolve suas funções como mediador ou elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo um dos elementos imprescindíveis para alcançar a qualidade.

A Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, estabelece as atribuições básicas do ACS, sendo as mesmas atribuições que fazem parte do conhecimento da área

(cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

Como percebemos ao ACS é designado várias funções interligadas aos usuários da USF, assim durante as entrevistas e observação visualizamos o quanto o ACS é importante no estabelecimento do vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde.

O ACS na UBS é ouvido atentamente na área odontológica, pois pelo fato dele ser o “elo” de ligação entre a população usuária e o serviço de saúde, ele conhece a realidade, as informações necessárias ou até mesmo um atendimento urgente para resolver o problema do usuário.(Diário de Campo da UBS tradicional)

Na USF ocorre a mesmo procedimento na área odontológica, pois o ACS conhece a realidade do usuário e das suas necessidades.(Diário de Campo da USF)

Os ACS são valorizados pelos gerentes e pelos profissionais de saúde conforme fala abaixo:

“[...] aí o próprio funcionário que está atendendo naquele momento o paciente, já solicita o auxílio do colega, esse colega pode ser um médico, pode ser a enfermeira, pode ser a assistente social, ou pode ser o PACS- Programa de agentes comunitários de saúde, que também dá o feedback como é o paciente fora da unidade de saúde.”(G)

“Eu fui agente comunitário também. Os agentes comunitários fazem diferença, principalmente nesta parte do papanicolau, da vacina em dia. Eles tem o controle da carteira de vacinação, então acompanham as vacinas, se está atrasado eles falam para mãe trazer a criança. O papanicolau eles incentivam, as mulheres que tem bastantes filhos eles incentivam tomar remédio, injeção. Tem agentes que trazem as mulheres para tomar a injeção, se não elas não vem. Eles tem bastante pontos positivos.”(F2)

“Sem contar que nas campanhas de vacina, a gente tinha muita vacina atrasada, agora quase não tem, por causa dos agentes. Tinha que aumentar o numero de agentes, tinha que ser o dobro, porque a abrangência é muito pequena.”(F1)

“No processo assistencial todos profissionais são envolvidos. Os agentes vão até as casas e trazem para a gente o que está acontecendo, aí é resolvido o que vai ser feito.”(MF1)

“[...]Porque se você não tem uma relação boa com a equipe, você não consegue chegar até os pacientes, porque a equipe são os agentes de saúde, a enfermeira, a coordenadora do posto, e eles são super importantes. Esses agentes por exemplo: na maioria da vezes eu sei que o paciente não está bem por causa dos agentes, [...]”(MF2)

O ACS possibilita aos demais profissionais de saúde o conhecimento do local onde mora o usuário, como as famílias sobrevivem, suas dificuldades relacionais, emocionais e sociais, bem como procuram resolver estes problemas e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população usuária.

Os profissionais da equipe médica da USF valorizam mais os ACS, há cotidianamente interação entre eles e conseqüentemente sentimento de pertencimento desta equipe.

Já os ACS do PACS não são muito valorizados pela equipe médica e por alguns outros profissionais de saúde, sentindo-se isolados, “fora da equipe” e muitas vezes sem ter com quem dialogar sobre os problemas encontrados.

“Só que a gente sente que não é da equipe, justamente na época da vacina. Porque a gente quer fazer as coisas para as crianças, fazer alguma coisa diferente, e aqui no posto de saúde não há colaboração. Chegou uma época que a gente queria alugar uma máquina de algodão doce e a gente pedia para as pessoas e ninguém queria colaborar com um real, aí desanima.”(ACS7)

“[...] As pessoas acham que nosso serviço não tem valor, porque é isso, é promoção e a prevenção. As pessoas não gostam de grupo, elas acham que o que vale é a injeção e o remédio. Até mesmo os outros profissionais acham que nosso trabalho não tem eficácia, por isso até que existe algumas diferenças entre a unidade e nós.”(ACS4)

Pelo fato do ACS realizar as visitas nos domicílios ele conhece todas as necessidades da população de sua área de abrangência, então realiza o elo entre o serviço de saúde e a realidade dos usuários. A visita no domicílio das famílias cria também uma nova relação com a comunidade diferente do que quando a pessoa vai à Unidade de Saúde onde não se conhece sua origem.

Nogueira, Silva e Ramos(2000) descrevem a mediação como função de “ponte”, possibilitando à facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. O fato do agente de saúde visitar os moradores da comunidade em suas casas e entrar em contato com

situações que muitas vezes não estão diretamente relacionadas à capacidade de resposta do setor saúde, estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social.

Estes autores propõem que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido: *é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.*

Bornstein, Stotz(2008) em artigo de revisão bibliográfica concluem que o papel do ACS como mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade, como no que se refere à mediação entre diferentes saberes. São levantadas questões com relação à forma como é feita a mediação que pode assumir um caráter vertical na medida em que o serviço prioriza suas orientações na comunidade e procura convencer a população com relação ao saber tecnocientífico. O caráter transformador da mediação se daria à medida que existisse um maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços com relação às necessidades e demandas da população.

Ainda que o papel de mediação exercido pelo ACS seja uma unanimidade nos documentos e artigos consultados, esta mediação parece implicar em contradições que significam, por um lado, prestígio e poder junto à população de sua área de atuação e, por outro lado, desgaste ao absorver a pressão de pessoas da comunidade insatisfeitas com o serviço ou que procuram conseguir favorecimentos em termos de acesso.

A população reconhece a importância do papel do ACS, no entanto, todas as queixas, reclamações, insatisfações, e as mais diversas expressões da questão social como alcoolismo, uso de crack, deficiência intelectual, desemprego, abuso sexual, violência doméstica, problemas emocionais, entre outras, causam frustração e em muitos ACS desespero, pois desejam sanar todas as questões que envolvem o processo saúde-doença.

“Quem me atende são as meninas do balcão, mas eu nunca as procuro, porque elas demoram muito para pegar prontuário. Então eu procuro minha agente comunitária, é mais fácil.”(UF1)

“Da agente eu não tenho o que reclamar, ela passa aqui direto, mas tem coisas que não depende dela.”(UF2)

Em pesquisa realizada em Bauru/SP por Levy, Matos e Tomita(2004), chama-se a atenção ao papel de apoio emocional e psicológico assumido pelo ACS e ao papel de adequar as orientações sobre saúde à realidade da comunidade.

Solla et al.(1996), em pesquisa realizada em doze municípios do estado da Bahia, onde o PACS estava implantado, relataram que há uma grande penetração dos agentes junto à população das áreas cobertas, revelando que a maioria dos usuários, além de conhecer o ACS, também sabia seu nome, seu endereço e maneiras de convocá-lo quando preciso. Destacaram que o ACS cumpri sua função de elo entre a realidade dos usuários e os serviços de saúde, sendo isto percebido pelos usuários por meio da facilitação do acesso à unidade básica de saúde.

Os ACS sentem-se frustrados por não conseguirem realizar todas as funções idealizadas pela população usuária, bem como pelos profissionais de saúde, pois afirmam excesso de atividades muitas vezes não valorizadas pela equipe.

Os ACS da USF apesar de sentirem-se como parte da equipe apresentam sentimentos ambivalentes, ou seja, muitas vezes enxergam a importância de seu papel na vida da população usuária, e outras vezes, acreditam serem incapazes de resolver os problemas detectados durante as visitas domiciliares.

“Tudo que a gente vê na residência, a gente tem reunião de equipe semanalmente, e passamos para equipe para tentar resolver. Às vezes você sabe que é usuário de drogas, que tem HIV, mas a pessoa não fala, então você tenta ganhar o confiança da família e elas acabam contando. Quando ela dá essa abertura, aí você vê o que pode ser feito. [...] Às vezes eu me sinto desestimulada, quando eu não consigo resolver um problema.” (ACSF4)

“Na minha área tem um caso que uma vizinha disse que a criança estava sendo agredida, eu fazia a visita e não via nada. Então eu fui até a creche para perguntar se a criança tinha alguma marca, para minha surpresa a criança tinha marca e eles já tinham tomado providência. Nesse caso eu só acompanhei, não precisei interferir. Se eu presenciar alguma coisa, passo para enfermeira ela faz a visita se ela não conseguir resolver, ela passa para assistente social.”(ACSF2)

“Eu tenho um caso que foi feita a visita, a enfermeira não conseguiu resolver, passou para a assistente social, passou para a assistente social do CRAS e depois passou para o CREAS a assistente social foi na casa e o caso está em andamento. A gente corre atrás. [...] A preferência dos pacientes é o agente, eu sei dá importância do meu trabalho. Embora às vezes a gente se sente desvalorizada, ganha pouco e outras coisas. A gente consegue mudar muita coisa.” (ACSF3)

“Teve um caso de violência doméstica. Segunda – feira eu fui numa casa, como eu faço a parte da favela a gente vê muita coisa, a mulher estava em um estado deplorável, o que eles querem é mais uma amizade, porque eles não denunciam o agressor. E a gente fica muito mal com isso, porque não podemos denunciar, mudar a situação. Muitas vezes eu conto para minha equipe para desabafar, um apóia o outro, pois tem coisas que depende de outros serviços, e isso as vezes complica um pouco.”(ACSF10)

TRAD. et al.(2002), também em sua pesquisa referindo-se à avaliação qualitativa da satisfação de usuários de PSF em cinco municípios da Bahia, confirmam que os ACS são valorizados pelos usuários pela facilidade em transitar no sistema formal de atenção à saúde, o que por sua vez também pode facilitar o acesso ao cuidado dos moradores. No entanto, quando se trata do acesso a serviços de maior complexidade, a avaliação indica que, de uma forma geral, em todos os municípios pesquisados, o sistema de referência e contra-referência vem funcionando de modo informal, utilizando-se de contatos pessoais com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade.

Durante a pesquisa de campo observamos que a atenção básica procura resolver os problemas dos usuários no próprio serviço, ou seja, nos serviços e exames oferecidos pela Secretaria de Saúde⁹ do município pesquisado, pois quando é necessário atendimento de média e alta complexidade é mais moroso e complicado.

“A gente resolve mais as coisas daqui, quando é algo específico, ai é passado a informação e o encaminhamento, porque ai não dá para resolver por aqui.” (ACS4)

Durante a pesquisa de campo acompanhamos várias visitas dos ACS, em duas destas visitas verificamos toda abordagem do agente comunitário de saúde, sendo que o mesmo pelo fato de saber que a pesquisadora era profissional da área de saúde mental, identificou o domicílio que precisaria de orientações específicas para prevenção de doenças mentais, e em uma das visitas devido a usuária ser dependente de crack foi necessário articular com o CAPS ad¹⁰ um atendimento urgente.

Salientamos que os ACS da UBS tradicional apresentam mais dificuldades no entendimento de seu papel no serviço de saúde por alguns membros da equipe, no entanto, eles acreditam que suas intervenções nas famílias provocam importantes mudanças na vida das pessoas.

⁹ O Município pesquisado é de médio porte, a gestão encontra-se na Atenção Básica Ampliada, assim necessita de outros serviços gerenciados pelo Estado.

¹⁰ CAPS ad é Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, sendo que o mesmo é serviço especializado e referência ao município pesquisado na área de dependência de substâncias psicoativas.

“Eu percebi melhora da paciente E, na primeira gravidez dela ela fumava crack e a criança nasceu com problema. Ai eu e a outra agente comunitária trouxemos ela para fazer o pré-natal, pois com 5 meses de gestão ela não tinha vindo aqui. O marido dela não deixava, ele falava que se alguém encostasse a mão nela, ele ia matar. Depois que a criança nasceu eu explicava tudo para ela, da importância de estar cuidando dos filhos. Ela não está cem por cento, mas melhorou muito. Agora era sempre frequente a unidade de saúde. Eu também realizo orientações em relação ao uso do dinheiro, dizendo para ela comprar as coisas para as crianças.” (ACS7)

“Tinha uma idosa que era analfabeta e não sabia tomar o remédio, todo mundo ajudou, fizemos desenhos para ela entender que horas e como era para ser tomado o remédio, colocamos em uma caixa e ela começou a tomar a medicação certa. Eu também marcava no calendário dela o dia que de vir no posto. No começo era bem resistente.” (ACS8)

O ACS é muito significativo no aspecto de realizar assistência qualificada, pois ele conhece a realidade, os problemas, bem como a estrutura familiar de cada usuário do serviço de saúde da atenção básica, assim transmitem as informações encontradas nas visitas domiciliares a equipe técnica, e posteriormente discutem, encontram soluções que interferem diretamente no processo saúde e doença, sem necessariamente significar apenas atendimento médico, exames e medicamentos, mas em muitos casos apenas a escuta, o acolhimento e até um convite para participação de grupos de caminhada, de pintura, entre outros.

4º Núcleo de Significado: Equipe qualificada com autonomia para sugerir mudanças.

O trabalho em equipe é imprescindível para qualidade do atendimento no setor saúde, sendo que na Atenção Básica é o local para reorganizar e modificar o modelo assistencial.

A Unidade Básica Tradicional-UBS ou Unidade de Saúde da Família-USF conseguirão desenvolver ações qualificadas com o trabalho em equipe, ou seja, rompendo com a visão fragmentada e patológica e propondo ações integradas, preventivas e promocionais de saúde.

Fortuna, Mishima, Matumoto e Pereira(2005) refletem que a equipe é um processo de relações a serem permanentemente “olhadas”. Questionam por quem deve ser olhada e afirmam que é pelos próprios trabalhadores e com múltiplas possibilidades de significados. Podemos dizer que o trabalho em equipe vai se constituindo, gestando-se no seu fazer de todo

dia, e precisa ser analisado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, enfim, é também um processo de idas e vindas em diversas direções.

Quando falamos em equipe não podemos esquecer-se que cada ser humano possui características individuais como um saber diferente, história de vida diferente, uma formação específica e habilidades diversas, assim compreendemos que articular essas características de cada um para desenvolvermos um trabalho coletivo, um trabalho em equipe é algo complexo e contínuo. Esse processo é mais difícil quando desejamos um trabalho voltado para produzir saúde de um modo diferente, priorizando o acolhimento, a humanização, o desenvolvimento de responsabilização e da cidadania.

O modelo assistencial tradicional-UBS é caracterizado pela fragmentação da assistência, pela consideração do corpo biológico como objeto de trabalho, pela centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores, no entanto, pode modificar essa realidade com o desenvolvimento contínuo do trabalho em equipe, na qual tornará espaço de troca de conhecimentos, respeito de opiniões, construção de projetos terapêuticos individualizados, planejamento de atividades e avaliação das mesmas, entre outras.

Nas entrevistas realizadas na UBS tradicional verificamos que os profissionais de saúde possuem entendimento e conhecimento sobre a importância do trabalho em equipe para satisfação dos usuários.

“Eu acho que é uma máquina que funciona muito bem, está muito bem ajeitada. Eu acho que todo mundo compartilha informações e isso que é o principal para dar certo aqui no posto de saúde, resolver todos os problemas dos pacientes deste serviço.”(M1)

“A equipe aqui é excelente, eu já tive a oportunidade de trabalhar em outras unidades de saúde e não tinha essa integração que tem aqui. Primeiro é que o pessoal que trabalha aqui, tem mais tempo de trabalho nas unidades, são mais maduros e também eu acho que eles gostam mais daquilo que fazem. Então as coisas fluem melhor, a cooperação entre as áreas, o desenvolvimento dos programas são excelentes.” (M2)

“A equipe discute realmente os casos, a equipe é ao mesmo tempo multiprofissional e interdisciplinarer, pois há articulação de saberes, ou seja, eu conheço o papel da enfermeira, da nutricionista e da assistente social. Sempre buscamos articular os conhecimentos e buscar ajuda desta equipe para resolver os problemas dos usuários.”(M3)

“Eu busco e cobro da equipe para que haja uma interação de todos os profissionais, principalmente da área de saúde.”(E1)

“Eu acho que existe está interação, ela pode ser melhorada. Um profissional sabe o que o outro faz, as vezes acontece até de atendermos

junto determinados casos, uma chama a outra para dar um suporte.[...] Então tem interação, mas dá para melhor ainda mais.”(E2)

“Eu vejo como uma equipe multiprofissional, então sempre que eu preciso eu estou ali junto com a enfermeira discutindo, pedindo ajuda. Mesmo com o médico temos uma relação muito boa, a gente pode ter esse acesso discutindo o caso do paciente como o todo. Um sabe o que o outro faz, as vezes a gente senta para discutir um caso. Dependendo do caso que aparece, eu recorro ao médico, ao enfermeiro, ao assistente social para estar discutindo e ver como a gente pode estar resolvendo como uma equipe.” (N)

A equipe técnica da UBS tradicional tem conhecimento teórico sobre a definição de equipe, dessa maneira expressaram-se muito bem o significado de trabalhar em uma equipe, de preferência interdisciplinarmente, focalizando sempre o usuário como indispensável a este processo.

Fortuna (1999) em sua dissertação de Mestrado considera o trabalho de Equipe em Saúde como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equívale a se relacionar.

Durante a pesquisa percebemos que no modelo tradicional de Atenção Básica há tendência na realização de procedimentos por profissional, assim cada um fica em uma sala atendendo sua especificidade e quando necessário há encaminhamento para outro profissional e em casos difíceis é realizado discussão de caso. Esta discussão é muitas vezes realizada rapidamente em uma sala e/ou corredor da unidade de saúde. Não é sistematizado semanalmente reunião de equipe com a finalidade de discussão de casos, sugestões de intervenções e finalizando com a elaboração de PTI¹¹-Projeto Terapêutico individualizado aos usuários.

No decorrer do período de observação presenciamos a realização de uma reunião de equipe na UBS, na qual a gestão central/Secretaria Municipal de Saúde libera a interrupção das atividades por duas horas mensalmente, no entanto, os usuários interromperam a reunião para verificação da pressão arterial, alguns funcionários saíram por motivos diversos e depois retornavam, a pauta da reunião iniciou com informes da secretaria de saúde e posteriormente a gerente relata sobre a importância do diálogo entre a equipe para realização das atividades. Durante a reunião não discutiram o caso de nenhum paciente.

¹¹ O PTI é indispensável quando o serviço de saúde planeja ações individuais para cada paciente, pois todo ser humano é diferente e exige intervenções específicas.

Na USF as reuniões de equipe ocorrem com mais frequência e é sistematizada, a unidade possui quatro equipes de saúde da família, assim, a enfermeira de cada equipe é responsável pelos seus seis ACS e os dois técnicos de enfermagem. Toda 2ª feira no período da tarde ocorre reuniões com as enfermeiras, a gerente e a coordenadora geral do PSF, sendo nesta reunião abordado assuntos sobre o acolhimento; criação de projetos como projeto “Arco-Íris na Saúde” aproveitando o conhecimento sobre pintura de uma usuária hiperutilizadora do SUS para administrar um curso à comunidade; realização de bazar de roupas usadas para arrecadação de recursos financeiros; enfatizado que o consultório/sala não é do médico, mas sim da equipe; Bolsa Família; discussão de casos difíceis, entre outros.

Em seu estudo, Peduzzi(1998) observou que o trabalho em equipe requer que os profissionais das diferentes áreas conheçam, respeitem e valorizem o trabalho dos demais, pois, dessa maneira, poderão identificar e compreender os aspectos das necessidades de saúde que melhor podem ser assistidos ou cuidados pelo agente de outra área, encaminhando para outros profissionais, quando necessário. Desta forma, poderão criar um conjunto de ações cujo conteúdo e objetivos sejam do conhecimento de todos os envolvidos. Um dos aspectos centrais na configuração do trabalho em equipe é conhecer o trabalho do outro. Este trabalho em equipe torna-se possível com base na convivência, no relacionamento e na troca de informações.

Peduzzi (1998), ao estudar a equipe multiprofissional e o trabalho em saúde que emerge como modalidade de trabalho coletivo, traz a tipologia de trabalho em equipe, definida pela autora como equipe agrupamento e equipe integração e como se configura a relação dialética entre intervenção técnica e interações sociais entre os agentes.

Podemos evidenciar que na USF a equipe identificada parece mais como uma “equipe integração”, pois no cotidiano há articulação de saberes, respeito e ética com os membros desta equipe.

Para que haja uma equipe integração e não equipe agrupamento (Peduzzi, 1998), há necessidade de uma construção dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho. Essa nova construção requer articulação das ações e a interação dos agentes, sendo esta última a mais difícil, pois não está “normatizada” a priori, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com a clientela.(Almeida e Mishima 2001)

Os profissionais de saúde da USF apresentam conhecimento teórico e prático sobre equipe, pois nas entrevistas definiram equipe e durante a pesquisa verificamos o tempo todo a presença da interação entre os membros das equipes.

“A equipe como todas as outras é composta por mim que sou médica, enfermeiros, técnicos, agentes. Eu acho que nossa equipe funciona muito bem, superando as expectativas. A equipe faz um trabalho muito legal, [...]A equipe funciona muito bem, temos reuniões semanalmente, só não tem a reunião se alguma coisa impede.”(MF1)

“A equipe é sempre todo mundo junto, tentando resolver o problema do paciente, um conhecendo o que o outro faz. Todo semana a gente tem a reunião da equipe mínima, e nessa equipe mínima tudo mundo passa o que está acontecendo, o que o paciente está precisando.”(DSF)

“A equipe é boa, é lógico que tem problemas, mas sempre que surti um tentamos resolver. É uma equipe empenhada, é uma equipe muito unida.”(EF3)

“Na medida do possível, na equipe, a gente sempre tenta passar um para o outro. A gente sempre procura se comunicar, nos casos da ausência de alguém da equipe, sempre é avisado antes. Em relação aos pacientes sempre há uma grande comunicação, quando é necessário a gente pede ajuda das outras pessoas da equipe.”(EF1)

“Aqui a equipe é interdisciplinar, é diferente de consultório que a relação é só você e o paciente, você não tem ajuda de ninguém e só tem retorno depois de muito tempo. Aqui não, a gente está sempre sabendo, sabendo das necessidades. Acompanhamento não só de saúde, mas também de desenvolvimento, eu sei dos bebês que estão bem e os que eu tenho que agendar antes. É a interação da equipe, sem equipe não funciona o PSF, o tempo inteiro estamos articulando os saberes, é bom também porque um lembra o outro do que aconteceu.”(MF2)

“A equipe é totalmente interdisciplinar, a gente articula conhecimentos, conversa, não tem como cada um trabalha na sua. Fazemos toda quarta e quando dá de sexta também, reunião de equipe mínima que é eu, a enfermeira, os técnicos e os agentes.”(MF3)

Ao setor saúde é necessário trabalhar em equipe para haver melhor atendimento aos usuários, na ESF-estratégia de saúde da família a equipe mínima é definida pelo Ministério da Saúde(1996; 2000) e são compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogo. O PSF foi desenvolvido com o objetivo de estreitar laços de compromisso entre profissionais da saúde, educação, gestores e população usuária dos serviços de saúde. A unidade básica tradicional por iniciativa dos gestores pode ser composta por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e por outros profissionais como nutricionista, assistente social, psicóloga, entre outros.

Na ESF evidenciamos a presença de uma equipe interdisciplinar, pois há interação, discussão de casos, respeito na opinião dos membros da equipe, valorização de todos os profissionais de saúde, seja de nível técnico ou de apoio, há presença de um processo de

ensino-aprendizagem, descentralização e distribuição de poderes e as ações são planejadas, executadas e avaliadas com o foco centrado no usuário.

Mishima, Matumoto e Pereira(2005) evidencia que a equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/re-estruturação.

Os autores acreditam na possibilidade de crescimento e construção das equipes se houver disponibilidade para trabalhar seus processos grupais, ou seja, pensar conjuntamente sobre os aspectos abordados: a tarefa, a finalidade do trabalho, a imagem do outro, a forma como tem se dado a comunicação, como está a tele, a aprendizagem, a afiliação, pertença, a pertinência no grupo e a distribuição dos poderes.

Uma verdadeira equipe tem que apresentar disponibilidade para a comunicação, entendimento das características subjetivas, empatia, e o contínuo trabalho coletivo e com integralidade.

Quando nos referimos a equipe automaticamente discutimos a questão da integralidade, sendo que um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária.

Conceituar a interdisciplinaridade não é tarefa fácil, pois se trata de um assunto vasto e complexo, o que dá margem para múltiplas formas de interpretação. Esta dificuldade acentua-se ainda mais na prática. Meirelles(2003) relata que nos serviços de saúde, na maioria das vezes, ocorre encontros multidisciplinares, na qual os profissionais permanecem com suas práticas individuais, distanciando-se do trabalho interdisciplinar.

Para Meirelles, é o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa que facilita os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã que contribui para melhorar a compreensão da realidade.

Segundo Zannon(1994), interdisciplinaridade “são ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento”.

Percebemos que a UBS e USF pesquisada apresenta um trabalho em equipe mais qualificado, na qual o usuário é o ator principal, os profissionais de saúde em sua maioria possuem uma visão ampliada do processo de saúde-doença, incluindo um olhar biopsicossocial na realização das atividades, pois as gerentes de ambos serviços de saúde

possuem formação mais voltada ao social, ou seja, são assistentes sociais e buscam efetivar a saúde como direito e a emancipação do usuário como cidadão.

Loch-Neckel, G. *et al*(2009), apontam em sua pesquisa que a equipe mínima da ESF apresentam dificuldades à ação interdisciplinar e com integralidade na atenção básica. O médico, a enfermeira e o dentista identificam a necessidade de inclusão de outros profissionais como psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, no entanto, esclareceram que os profissionais da equipe de saúde do PSF, “tapam os buracos” da falta de outros profissionais, evitando assim que a demanda apareça. Todos os entrevistados reconhecem a importância das outras categorias profissionais e a sua necessidade dentro das unidades de saúde, ou seja, é necessário um trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional ou interdisciplinar.

Em um estudo realizado por Conill(2002) no PSF de Florianópolis, foi identificado como resultado mais relevante os problemas no acesso, resultantes da insuficiência de recursos humanos, e as dificuldades na referência, apontando assim como principais ações de mudanças a serem realizadas a contratação de profissionais e mudanças na estrutura física com maior oferta de serviços. O trabalho mostrou também que o PSF em Florianópolis está adequado no que se refere à sua estrutura física, área e equipamentos. É inadequado quanto ao item recursos humanos, medido pela relação número de equipes/famílias, para a qual está subdimensionado, e moderadamente adequado quanto à sua capacitação.

Ambos estudos evidenciam que a USF necessita ampliar os profissionais inseridos na equipe com outro olhar não biológico e também que a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde não é suficiente para atender até 4000mil pessoas. A USF pesquisada busca articular suas ações com a parceria de outros serviços do próprio município, assim, quando o assunto é AIDS/HIV buscam desenvolver atividades em parceria com o CTA¹²; se o assunto é doenças mentais em crianças e adolescentes buscam desenvolver atividades em parceria com o CAPSi¹³, entre outras parcerias necessárias, conseqüentemente trabalham com uma visão interdisciplinar.

Sobre a importância de uma equipe interdisciplinar, Meirelles(2003) refere que a realidade de hoje, contendo uma pluralidade de necessidades, especificidades e transformações, requer diferentes abordagens com múltiplas teorias para explicá-la e enfrentar os problemas que se apresentam. A saúde, como um processo dinâmico e complexo, inserido nesta realidade, demanda reflexões interdisciplinares. Neste sentido, constatou-se que, em

¹² O CTA é o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST-doenças sexualmente transmissíveis e AIDS/HIV.

¹³ CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil destinado à crianças e adolescentes.

unidades locais de saúde que contam apenas com os profissionais da equipe mínima, capacitados sobretudo para lidar com os aspectos orgânicos, o usuário geralmente não pode ser atendido em todas as suas necessidades, pois estas ultrapassam a concepção biologicista de saúde, abrangendo todas as áreas da vida da pessoa que procura o atendimento. Cabe ressaltar que a maioria dos entrevistados mostrou ter uma concepção ampliada de saúde, trazendo preocupações e colocações acerca dos contextos cultural, social, emocional e econômico dos usuários, inclusive associando-os ao fator biomédico.

Almeida e Mishima(2001) afirmam que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

O trabalho em equipe é sinônimo de interação social, autonomia, criatividade, iniciativa, integração, humanização, visão biopsicossocial, descentralização de poderes, valorização de todos os profissionais de saúde, enfim é a efetivação de um trabalho centrado no usuário e suas necessidades.

Os profissionais de saúde da UBS e USF quando questionados sobre autonomia responderam:

“Tenho muita autonomia, não só eu como todos. Os agentes comunitários muitas vezes tem idéias, aí eu só entro como interlocutora, eles tem as idéias e agente aumenta e melhora elas, e passa para chefia.”(EF3)

“[...] eu tenho autonomia. Nossa coordenadora geral já foi enfermeira da unidade de saúde da família, ela conhece muito PSF. Ela incentiva bastante projetos, está sempre cobrando algumas coisas.”(EF1)

“Tenho autonomia, várias vezes eu já dei idéia de grupos, porque a gente participa. Vou dar um exemplo: puericultura, eles marcaram para crianças, aí misturou criança de 1 mês de idade até 2 anos, não dá para falar do mesmo assunto. Então eu sugeri fazer um grupo até 6 meses de idade. Então é sempre assim a equipe interage, discuti, a gente tem 1 vez por semana reunião de equipe, que participam todos, médico, enfermeiro, técnico e agente.”(MF2)

“Nunca teve problema pra isso. Essa autonomia é relativa, porque nós não temos como interagir com os programas que já vem da secretaria/Ministério da Saúde, com as normas definidas. Mas as sugestões

que a gente tem feito, tem tido reciprocidade e aceitação. Por exemplo: esse acompanhamento em domicílio do pessoal que é acamado, a secretaria deu força pra gente desenvolver isso, começou já faz um ano e meio e está funcionando.”(M2)

“Tenho. Eu tenho feito alguns treinamentos, buscamos material, nesta parte eu tenho autonomia. São recursos que vamos em busca, não é que vem da secretaria e nem do município.”(E1)

“Com certeza, a gerente dá abertura para gente, para que a gente tente a cada dia melhorar o trabalho. Então essa autonomia é totalmente liberada, a gente pode estar mudando, pode estar trazendo novos trabalhos, novos conceitos para estar colocando em prática aqui na unidade.” (N)

O trabalho em equipe para conseguir resultados e interferir diretamente na qualidade dos serviços prestados, requer automaticamente a autonomia de todos os profissionais de saúde inseridos nesta equipe. Observamos que em ambos serviços pesquisados os profissionais apresentam autonomia para criar, sugerir e realizar mudanças no próprio espaço de trabalho, no entanto, há algumas diretrizes e normas já estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, assim, muitas vezes esta autonomia é relativa.

Apesar das dificuldades de trabalhar em equipe a UBS tradicional e a USF possuem profissionais com características comuns, ou seja, técnicos ousados, criativos, com atitudes e com o desejo de superar desafios para consolidação de uma política de saúde qualificada e resolutiva.

É necessário pensar o trabalho em equipe com profissionais capazes de pensar no cuidado à saúde como mais que “um ato, uma atitude”(Boff, 1999).

5º Núcleo de Significado: Gerenciamento do Trabalho.

O gerenciamento do trabalho é muito importante para alcançar atendimentos qualificados na área da Atenção Básica, e em qualquer outro serviço de saúde.

Segundo Drucker(1999), os gerentes estão tendo que aprender a envolver o cérebro dos trabalhadores em detrimento das mãos. No caso da saúde, o gerente utiliza o conhecimento para planejar, programar, desenvolver, controlar as atividades realizadas nos serviços de saúde, cumprindo com a missão social e humana, promovendo e protegendo a saúde da população.

Durante o desenvolvimento da pesquisa de campo verificamos que as gerentes da USF e UBS tradicional buscam romper cotidianamente o modelo hegemônico biomédico, sendo que isto é facilitado pela própria formação destas gerentes que são do Serviço Social, assim as

gerentes durante as entrevistas relatam consciência da importância da área de promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo na prática executadas estas ações com foco preventivo. Relatam que conhecer os pacientes e suas necessidades, bem como implantar ações de acordo com a realidade é o segredo do gerenciamento.

Como afirma Nogueira(1993), a prática da gerência é uma necessidade e o seu comprometimento é com os resultados. O planejamento e controle têm que ser de acordo com a realidade dos serviços, dos recursos disponíveis, das necessidades da população, do entendimento da realidade social em que a organização está inserida, e tem que dispor de conhecimentos e habilidades sobre as práticas administrativas, inerentes ao gerenciamento.

As gerentes possuem características comuns como o hábito de elogiar diariamente os profissionais de saúde, bem como valorizar a iniciativa e criatividade na elaboração de projetos, palestras, organização de grupos, e até mesmo a sugestão de mudanças na organização do trabalho. Além destas atitudes procuram circular, observar a movimentação do serviço e verificar a maneira que a equipe realiza suas atividades, bem como se os usuários estão satisfeitos e com os problemas de saúde resolvidos, ou seja, apresentam objetivos gerenciais e buscam estratégias para efetivá-los.

De acordo com Mishima, et al.(2000, p.67), “a função gerencial é uma ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e efetivação das políticas sociais”.

Castanheira(1996a), em sua pesquisa relata que a gerência, enquanto ação direcionada ao momento de operação do trabalho, emerge como uma atividade que busca desenvolver e aplicar instrumentos científicos como uma nova “metodologia” de organização do trabalho, cuja finalidade central é contornar o acirramento das contradições sociais entre capital e trabalho, no sentido de fazer com que se amplie o processo de acumulação com base em mecanismos que aumentem a produtividade e diminuam o custo. As características mais gerais inicialmente na ação gerencial são: seu caráter instrumental na organização do trabalho, portanto de “subordinação” às finalidades socialmente definidas para os diferentes processos de trabalho; e seu necessário comprometimento, no plano técnico e no plano político, com o projeto institucional que dá sustentação ao desenvolvimento de um determinado trabalho.

O gerenciamento envolve conhecimento e comprometimento técnico e político, sendo que nas duas unidades de saúde pesquisada as gerentes entendem saúde como uma política social, na qual todo cidadão tem direito e conseqüentemente estimulam os integrantes da equipe a realizarem na prática suas atividades com conhecimento técnico e político.

Apesar da ação gerencial apresentar “subordinação” às finalidades socialmente definidas, na qual no contexto do Capitalismo, isso significa ampliar a produção com menos gasto possível, as gerentes destes serviços buscam efetivar os princípios doutrinários do SUS como a universalidade, integralidade e equidade, bem como organizar as ações conforme os princípios organizacionais do SUS como a descentralização, regionalização, participação da comunidade e intersetorialidade.

Durante as entrevistas as gerentes da UBS e USF demonstraram conhecer o modelo de saúde que estavam inseridas.

“Eu fui atrás de conhecer tudo sobre o Programa de Saúde da Família, pois meu irmão que é médico e trabalha no programa me disse que eu tinha o perfil. Além de tratar a doença, o nosso objetivo maior é de promoção da saúde. Para o paciente ter daqui 10 anos a saúde que ele tem hoje, ele tem que se cuidar, o paciente tem o direito de vir aqui na unidade e o dever dele é cuidar da sua saúde.”(GSF)

“Todo atendimento da Atenção Básica tem que obedecer um protocolo. A Atenção Básica ela se inicia pelo atendimento de programa, existe a necessidade de atendimento do paciente por inteiro. Percebemos que o paciente apresenta doenças possíveis de serem tratadas na AB. Como por exemplo a hipertensão, diabetes, criança de 0 a 2 anos acompanhadas para prevenção de doenças na fase inicial de vida, então ela vai ter o retorno do sistema público, no sentido que ela possa estar crescendo com saúde, então é promoção de saúde.”(G)

No cenário da Reforma Sanitária, a gerência de serviços públicos de saúde muitas vezes é considerada estratégica, por estar vinculada tanto à esfera institucional de definição das políticas de governo, como os seus desdobramentos organizacionais na prestação direta de serviços à população. Compete à administração pública, como gestora do SUS, responder pelo funcionamento dos serviços de saúde, inclusive no que se refere à eficácia e efetividade de suas ações, e a seu conteúdo técnico. O grau de competência com que esta responsabilidade é assumida tem sido analisado predominantemente a partir de dois ângulos: de um lado, como correspondente às opções políticas realizadas pelo poder público; de outro, como resultado de sua capacidade em organizar e administrar as instituições prestadoras de serviços. (Castanheira, 1996a)

O gerenciamento da UBS tradicional e USF buscam entender a dimensão política, informar a população usuária sobre as decisões verticais e solicitam participação dos usuários para o desenvolvimento de ações com eficácia e efetividade.

Toda ação é planejada e desenvolvida com foco no trabalho em equipe, assim na USF há semanalmente reunião da equipe mínima, na qual participam os 2 técnicos de enfermagem, 1 médico família, 1 enfermeira, 6 ACS, o dentista e a própria gerente em seu papel de assistente social. Diariamente os casos difíceis e urgentes são discutidos imediatamente na sala da equipe e acionado recursos e intervenções de outros profissionais. Além da reunião da equipe mínima, há uma reunião mensal com as 4 equipes e reunião semanal com as enfermeiras.

Na UBS tradicional a gerente tem conhecimento que o usuário necessita do saber de todos os profissionais para resolutividade do problema, no entanto, não há possibilidades de realização de reunião de equipe semanal, apenas há autorização da Secretaria de Saúde para realizar reunião de “portas fechadas” com duração de 2 horas mensalmente, não é sistematizado reunião semanal para discussão de casos com todos os profissionais.

A gerente da UBS tradicional apresenta conhecimento teórico, e procura desenvolver sua prática com visão de equipe e articulação de saberes como demonstra em sua fala:

“Nosso trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, hoje somos mais de 30 funcionários, sendo 7 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras, pois nós trabalhamos 12 horas por dia, das 7 da manhã as 19 horas ininterruptamente, ou seja, a minha equipe tem que fazer uma escala de atendimento[...] [...] nós precisamos estar sempre interagindo, as nossas especialidades, o nosso saber para que possamos atender por completo o nosso paciente, então o paciente é alvo do saber do médico, saber do assistente social, saber da enfermeira, saber da nutricionista e da recepção onde ele é acolhido inicialmente. Com o complemento destes saberes nós buscamos dar resolutividade ao nosso paciente diariamente.”(G)

Observamos que na reunião de equipe da UBS tradicional é evidenciado os aspectos positivos e negativos da equipe, a importância do diálogo para resolver os problemas profissionais, ressaltou-se que os aspectos pessoais de cada um não pode interferir na área técnica, transmitiu os informes da Secretaria, planejou ações para Campanha de vacinação e finalizando proporcionou espaço para a equipe de enfermeiras manifestarem-se sobre o que julgavam importante.

No cotidiano do serviço percebemos que a gerente dá muita importância ao PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde, pois pelo fato dos mesmos conhecerem a realidade da população usuária é solicitado apoio nas intervenções e todos os dias no período da manhã há espaço para o diálogo entre a gerência e os ACS.

A gerente da UBS tradicional relata que gostaria de produzir mais atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, no entanto, a maior parte do tempo é consumido na área assistencial/curativa.

O gerenciamento na UBS é realizado intersetorialmente, pois a gerente busca consolidar ações em parcerias com a Secretaria de Assistência Social, Educação, Esporte, entre outros, ampliando serviços educativos, de lazer e orientações quanto aos direitos trabalhistas. Há muitas ações em parceria com Universidades.

O trabalho na USF é organizado e sistematizado com princípios e diretrizes que facilitam o desenvolvimento de equipe e articulação de saberes. A gerente relata:

“O trabalho é totalmente realizado em equipe, nós temos 4 equipes da saúde da família, mas cada equipe faz uma ação. Essas equipes tem reuniões semanais de equipe mínima que participam: o médico, enfermeiro, o dentista, os técnicos, os agentes comunitários e eu participo também como assistente social. Também é feita reunião mensal onde estão todos os profissionais, para a gente discutir os casos e passar orientações. [...] Eu faço uma reunião semanal com as enfermeiras que são as coordenadoras das equipes e descentralizo as funções. Eu delego as funções para as enfermeiras e elas cuidam de suas equipes. [...] Sempre há essa articulação entre os profissionais. Sempre que necessário um profissional chama o outro para ajudar e para fazer visitas domiciliares juntos. Os agentes comunitários nós procuramos muito para que possamos intervir nos casos. Sempre há essa articulação de saberes em todas as equipes.” (GSF)

Durante o desenvolvimento do processo do gerenciamento na USF há preocupação com o planejamento, execução e avaliação das ações, assim observamos que na reunião de equipe é ressaltado os aspectos do serviço que a equipe precisa melhorar (a equipe visualiza a necessidade de mudanças, não é a coordenadora que solicita as mudanças, durante a reunião fica explícito os aspectos negativos), bem como elogiado as ações qualificadas. É exaltado que “só não erra quem não faz” e também há possibilidades de todos os técnicos sugerirem implantação de projetos como por exemplo nesta reunião o “Projeto Arco-Irís na Saúde”, sugestão da gerente geral para envolver os pacientes hiperutilizadores do SUS e poliquixosos, na qual todos os técnicos opinaram e concluíram a importância do envolvimento do Conselho Gestor Local neste projeto.

Constatamos que o gerenciamento na USF é realizado com uma gerente/coordenadora geral, mais quatro co-coordenadoras, na qual são as enfermeiras que são responsáveis pela sua equipe. Há descentralização de poder, assim a gerente geral delega funções e cobra resultados destas co-coordenadoras. Inclusive a gerente geral não “chama atenção” direta de nenhum

funcionário quando observa alguma ação negativa, solicita a presença da enfermeira coordenadora e esclarece o fato e solicita sua intervenção imediata.

O gerenciamento é realizado intersetorialmente, assim há parcerias com as Universidades, Secretarias da educação, assistência social, esportes, etc, buscando sempre efetivar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Inclusive observamos o envolvimento do gerente com o Programa Pró-Saúde, na qual traz os alunos de odontologia e fonoaudiologia da USP mais próximo da realidade social dos usuários, bem como realização de exame papanicolaou nos CRAS-Centro de Referência de Assistência Social e outros locais mais próximo possível da comunidade.

Quando discutimos a gerência de serviços de saúde, nos aproximaremos das práticas de saúde enquanto trabalho social. Assim, as ações de saúde são tomadas enquanto processos de trabalho que operam uma determinada tecnologia, ou seja, como práticas que aprendem necessidades de saúde a partir de um conjunto de conhecimentos, cientificamente elaborados e sistematizados, e que intervêm sobre estas necessidades através de instrumentos projetados com a finalidade de alterar a situação inicialmente identificada. O “novo estado de saúde” alcançado representa produto desse processo (Mendes-Gonçalves, 1992).

O trabalho do gerente poderá produzir formas diferentes de se fazer saúde, pois é através dele que a equipe mobilizará ações que garantam atendimento com qualidade, no entanto, há determinações macro que impedem a transformação dos serviços.

Mishima et al.(2000) verificaram que os gerentes estão preocupados em descobrir meios de valorizar o trabalho em equipe, buscando a possibilidade de partilhar responsabilidades no cotidiano do atendimento dos usuários. Afirmam que há também dificuldades, pois falta à equipe uma preocupação em entender, ouvir, acolher a população que chega, ou seja, de estabelecer um vínculo que proporcione um cuidado integral à saúde coletiva e individual. O gerenciamento do serviço está ligado diretamente com o desenvolvimento do trabalho em equipe, sendo que a mesma será composta por pessoas/profissionais de diferente formação profissional e com suas subjetividades, assim sempre haverá facilidades e dificuldades neste gerenciamento.

O gerente não é o único responsável pela transformação dos serviços, no cotidiano há potencialidades e limites para operacionalização do gerenciamento. Castanheira(1996b) relata duas questões relevantes neste aspecto, sendo que a primeira é existência de mais de um ator na cena do trabalho: os usuários, os trabalhadores da saúde e o Estado, que tendem, na multiplicidade interna que cada um representa, a mostrar interesses e projetos conflitantes. Em segundo lugar, é de se perceber que, a gerência constitui-se por ações técnicas e políticas

dirigidas à organização do trabalho-fim de assistência à saúde, sem um projeto técnico, a ação gerencial tende a esvaziar-se como atividade meio quase impedida de interrogar as finalidades do projeto que operacionaliza.

O gerente dos serviços de saúde apresentam um duplo papel, pois ele é agente institucional quando representa o projeto de Saúde do Estado e sujeito social, quando apresenta um projeto técnico-político individual. Percebe-se que muitas vezes o gerente não viabiliza seu projeto técnico-político em detrimento do projeto do Estado, ou seja, ele apresenta conhecimento do que é necessário para consolidação da saúde pública qualificada, mas muitas vezes tem que seguir as determinações municipais e estaduais.

É necessário pensar em modelos de gerenciamento que se propõem seguir o eixo das necessidades dos usuários como seu ordenador, nos quais os processos de incorporação tecnológica tem de superar a redução do bem saúde a um bem de mercado.(Merhy, 2002)

As gerentes dos serviços pesquisados são Assistentes Sociais, assim tem conhecimento da influência das expressões da questão social(alcoolismo, desemprego, violência doméstica, dependência de crack, abuso sexual, entre outros) como determinantes no processo saúde-doença, e também acreditam na saúde como um direito de todos os seres humano e como um bem e não apenas mercadoria.

Acreditamos que para haver qualidade nos serviços prestados na área da atenção básica é necessário um gerenciamento com participação de todos os profissionais de saúde, definido pela autora como “Gerenciamento Horizontalizado”, na qual todos os funcionários e usuários são ouvidos em suas opiniões e sugestões.

6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigamos e analisamos os significados atribuídos pelos profissionais de saúde de uma UBS com PACS e uma USF em relação a qualidade das ações na Atenção Básica e verificamos que os significados mais importantes foram: interação entre profissional e usuário-acolhimento, organização do trabalho de acordo com o modelo de atenção, equipe qualificada com autonomia para sugerir mudanças e o gerenciamento do trabalho com coresponsabilidades.

Com relação ao primeiro Núcleo de Significado “interação entre profissional e usuário – acolhimento”, os profissionais de saúde referem que o acolhimento é o momento que ocorre esta interação entre as pessoas no serviço de saúde, assim todos os profissionais afirmaram realizar acolhimento. Este acolhimento referido pelos profissionais de saúde apresenta diferenças em sua operacionalização, ou seja, na UBS “tradicional” é mais evidente o acolhimento estar mais vinculado à consulta médica, assim todos os profissionais acolhem o usuário evidenciando os medicamentos, exames laboratoriais, o diagnóstico, enfim as orientações são mais centralizadas na patologia.

Já na USF os profissionais oferecem acolhimento oportunizando aos usuários o atendimento com a enfermagem, nutricionista, assistente social, além de grupo de caminhada, grupo de pintura, participação em grupo de conselho gestor.

Apesar das diferenças do Acolhimento na UBS “tradicional” com PACS e na USF, presenciamos muitos usuários procurarem acolhimento para atendimento com a assistente social, nutricionista, enfermeira, na qual estes profissionais evidenciam aspectos preventivos e promocionais, assim no acolhimento há o início da ruptura do modelo hegemônico centralizado na doença e atendimento médico.

Podemos observar que há percepções contraditórias dos profissionais de saúde com relação a teoria e a prática do acolhimento, ou seja, teoricamente na UBS “tradicional” com PACS o acolhimento seria realizado por todos os profissionais de saúde, mas quem realiza o acolhimento são os agentes comunitários de saúde; equipe técnica composta pela assistente social, enfermeira e nutricionista e pela equipe da recepção. Nas ações da pré-consulta, pós-consulta e consultas médicas o acolhimento é transformado em atendimentos centralizado na doença e nas orientações necessárias para sua “cura”.

O acolhimento idealizado e percebido nas falas dos profissionais de saúde da UBS “tradicional” é o acolhimento como algo realizado por toda equipe do serviço, desde a recepção até o último atendimento, no entanto, na prática a maioria das ações de acolhimento

estão organizadas em função da consulta médica, ou seja, o usuário é acolhido na recepção para buscar normalmente pelo atendimento médico; depois há a pré-consulta, local em que o usuário é submetido a verificação da pressão arterial, peso, altura, e quando necessário teste de ponta de dedo para verificar a glicemia; após é consultado pelo médico clínico, pediatra ou ginecologista, sendo este profissional responsável por encaminhar o usuário para outros atendimentos na área de nutrição, psicologia, serviço social, enfermagem entre outros, e finalizando o usuário recebe as orientações finais sobre os medicamentos e exames na pós-consulta.

Alguns profissionais referem que o acolhimento não é atividade exclusiva de um profissional em uma sala com a identificação na porta “Acolhimento”, pois a interação com o usuário tem que ser realizada por todos os profissionais do serviço de saúde, assim, desde a recepção até as orientações finais é necessário acolher e resolver as necessidades da população usuária, no entanto, isto fica mais evidente na USF, pois na UBS “tradicional” o acolhimento torna-se atividade de apenas alguns profissionais e não de todos os profissionais de saúde, em qualquer lugar e momento.

As gerentes apresentam discurso e prática acolhedora, assim ficam circulando nas unidades, observando as necessidades dos usuários e procuram resolver as dificuldades encontradas, haja vista que durante a pesquisa de campo não presenciamos nenhuma reclamação ou insatisfação dos usuários.

Na UBS tradicional o acolhimento não é sistematizado, pois não são acolhidas todas as pessoas que procuram o serviço, somente os “casos” mais complicados/difíceis, assim observamos que muitos usuários procuravam a recepcionista para obter informação sobre “vaga” para atendimento médico, quando orientado sobre a distribuição de “senhas”, automaticamente era dispensado sem conseguir verbalizar sua queixa e sintomas. Já na USF o acolhimento é sistematizado, todas as pessoas que procuram atendimento são acolhidas, mas em muitos casos são apenas maneiras de conseguir atendimento médico sem ficar nas “filas”, ou seja, o acolhimento neste serviço é para acolher, escutar e compreender os usuários em sua história de vida relacionando o processo saúde-doença em aspectos biológico, psicológico e social, no entanto, verificamos muitas pessoas neste acolhimento com o desejo único de conseguir consulta com o médico de família, reclamando por não ser atendido imediatamente e em muitos casos não aceitando o atendimento do técnico de enfermagem, da enfermeira e da assistente social.

Embora a USF ofereça outras alternativas de atendimento à saúde como atividades de caminhada, grupo de terapia comunitária, passeios no zoológico e horto florestal, curso de

pinturas, entre outros, o trabalho médico ainda é centrado em ações de assistência curativa, de caráter biomédico e não integrada as demais ofertas, ou seja, a atender os pacientes acamados, inseridos nos programas de hipertensão, diabetes, saúde da mulher e da criança, e os inúmeros atendimentos não agendados que precisam de avaliação médica.

Apesar da USF buscar cotidianamente reorganizar suas ações com ênfase em acolher todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, oferecendo atividades preventivas e promocionais de saúde, há grandes dificuldades em fazer com que o usuário entenda e participe destas atividades.

Os profissionais de saúde na USF procuram realizar o acolhimento desvinculado do atendimento médico, ou seja, inicialmente escuta as queixas, reclamações, histórias sobre as dificuldades familiares e sociais, deixando o usuário expressar seus sentimentos e sofrimento, depois realizam orientações sobre o enfrentamento destes problemas, e por último abordam a questão biológica; mas do outro lado, normalmente o usuário tem como objetivo principal e exclusivo a realização da consulta médica para “tomar” medicamentos e livrar-se deste sofrimento causador da “dor”.

No **2º Núcleo de Significado** atribuídos pelos profissionais de saúde com relação a qualidade da Atenção Básica, na qual foi desvelado como significativo a organização do trabalho, fica evidente que os profissionais de saúde e os usuários tem que estar articulados na operacionalização de todas as ações para efetiva-las qualificadamente.

Os profissionais de saúde percebem que a maneira da organização do trabalho está diretamente ligada com o “modelo” de saúde implantado no serviço, ou seja, a qualidade é relacionada por um modelo com agentes comunitários de saúde, programas de prevenção e promoção de saúde, área de abrangência delimitada, conhecimento da realidade social dos usuários, vínculo efetivo e afetivo entre profissional de saúde e usuários.

A maneira como está organizado o trabalho e sua interferência na qualidade fica evidente na pesquisa, pois a UBS “tradicional” estudada está organizada com o PACS, e a outra é organizada pela ESF, ambas consideradas qualificadas, no entanto, na USF é mais explícito a oferta de atividades diferenciadas rompendo com o modelo tradicional “biomédico”, a importância de conhecer a família, a realidade social da população usuária, o trabalho em equipe e o vínculo para realização de um trabalho com qualidade.

Na USF o trabalho desenvolvido pela equipe procura viabilizar ações levando em consideração o usuário com sua história de vida, condição social, cultural, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares, buscando alívio de sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, o profissional de saúde com sua história de vida e características

individuais, que é portadora de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor. Já na UBS “tradicional” com PACS estas características acima são executadas por alguns profissionais (Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social, Enfermeira e Nutricionista) e não pela equipe.

Presenciamos na USF a atenção diferenciada aos usuários em condições de maior vulnerabilidade, como uma usuária de crack em fissura, na qual a ACS apresentou o caso a sua equipe, solicitou apoio da gerente/assistente social e a mesma entrou em contato telefônico com o CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, e viabilizou-se a internação psiquiátrica.

A UBS “tradicional” realiza atenção diferenciada a população vulnerável, incluindo os usuários com doença mental, idosos, e outros que necessitem de atendimento especial, no entanto, essas ações são desenvolvidas pela gerente – assistente social, enfermeira, as recepcionistas e apenas um médico clínico.

Todo trabalho é organizado buscando atender as necessidades dos usuários para que os mesmos tenham boas condições de vida, acesso aos serviços de saúde e suas tecnologias, vínculo com a Atenção Básica e por último a autonomia deste usuário para viver a vida, no entanto, há também preocupação com os técnicos envolvidos neste processo.

Ao modelo idealizado pelo SUS como Atenção Básica qualificada é imprescindível a presença do encontro entre usuário e profissional de saúde, a identificação da singularidade do adoecimento, promoção de estratégias de intervenção que possam mudar esse processo. É importante captar as necessidades singulares de saúde, exigindo do profissional abertura para aproximar-se do usuário, possibilitando a escuta, o estabelecimento de vínculo, laços de confiança, enfim, capacidade para acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, ou seja, o trabalho em saúde deve ser organizado desta maneira.

Nas unidades de saúde pesquisada, há uma tendência da maioria dos profissionais de saúde relacionar-se com a pessoa e não somente com a doença, assim a identificação de anormalidades, através da anamnese, da conversa, da história do aparecimento dos sintomas, do olhar, da ausculta, da palpação e do toque do corpo “doente” e de uma prática com a participação do “doente” é imprescindível na organização do trabalho.

Todos os profissionais de saúde referem conhecer o modelo de saúde e consequentemente a maneira que está organizado o trabalho em que estão inseridos, no entanto, apesar da maioria dos profissionais trabalharem junto com o usuário, na prática o foco ainda é mais na área curativa, ou seja, com rara exceção, a equipe médica da UBS

tradicional, organiza o atendimento com foco na doença, exames laboratoriais, verificação de pressão arterial, prescrição de medicamentos, entre outros.

Na USF a equipe médica está mais voltada em mobilizar o usuário para entender o processo saúde-doença, bem como solicitar para o mesmo participar de atividades preventivas e promocionais de saúde.

A organização do processo de trabalho muitas vezes não cumpre com o preconizado pelo Ministério da Saúde, assim, muitos profissionais referem excesso de atividades na área administrativa e assistência “curativa”, déficit de funcionários, excesso de demanda, técnicos despreparados e com qualificação insuficiente, decisões impostas pela gestão superior, despreparo e desconhecimento da população usuária com relação às atividades educativas, trabalho compartimentalizado, e conseqüentemente pouco tempo para criar projetos inovadores com foco na saúde. A afirmação da falta de tempo para atividades educativas, contradiz a questão da população usuária apresentar dificuldades em participar das mesmas, pois a impossibilidade de oferecer atividades com foco preventivo, faz os usuários buscarem somente atendimento curativo.

Apesar das dificuldades de efetivar o PACS e a ESF, verificamos que a equipe técnica da USF demonstra mais clareza do que a UBS tradicional, quanto ao modelo de saúde em que estão trabalhando, inclusive a USF procura cotidianamente desenvolver atividades intersetoriais focalizando a área educativa, e automaticamente o conhecimento pela população destas atividades.

Nas unidades de saúde melhores avaliada, percebemos que o cuidado efetivado apresenta uma aproximação com o conhecimento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais do ser humano doente. Os atendimentos buscam visualizar e articular aspectos biológico, psicológico e social, assim efetivam ações considerando a subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico terapêutico, e possibilitam a percepção de outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento.

No **3º Núcleo de Significado** os profissionais de saúde explicam como significativo à qualidade da Atenção Básica a presença do ACS-agente comunitário de saúde, pois o mesmo entende a realidade social da população usuária e realiza a mediação das ações entre os profissionais de saúde e os usuários.

Na UBS tradicional e USF o ACS é muito procurado pelos usuários para obter informações, solicitar acolhimento, explicar os problemas do cotidiano e até mesmo para justificar a ausência nos atendimentos, além de ser requisitado pela população é também em

muitos momentos solicitado sua opinião pela equipe para solução dos problemas da população.

Os ACSs são valorizados pelos gerentes e pelos profissionais de saúde, pois eles conhecem toda história de vida dos pacientes, como as famílias sobrevivem, suas dificuldades relacionais, emocionais e sociais, e conseqüentemente conhecem os fatores que interferem diretamente no processo saúde-doença. Estes ACS buscam orientar os usuários com relação as intervenções preventivas como o exame de papanicolau, vacinação, auto-exame de mamas, planejamento familiar, entre outras.

Muitos profissionais conseguem entender e valorizar o papel do ACS como mediador entre a realidade familiar e social do usuário e o serviço de saúde, assim a equipe conhece o que realmente está acontecendo com estas pessoas. Esta mediação é a ligação que ocorre entre os objetivos do serviço de saúde e os objetivos dos usuários, entre as necessidades de saúde e outras necessidades dos usuários, entre conhecimento científico e conhecimento popular, sendo que na realidade há muitas dificuldades de efetivar estes princípios, pois muitos profissionais de saúde não enxergam a importância do ACS.

O ACS deveria ser valorizado igualmente na USF e na UBS “tradicional” com PACS, no entanto, apesar das duas unidades de saúde contarem com o ACS, verificamos que na USF os ACSs são mais valorizados e aceitos pela equipe, sendo observado durante o período de pesquisa de campo, que todos os casos que necessitavam de intervenções eram solicitados a opinião do ACS, sendo os mesmos sujeitos desta equipe.

Já na UBS “tradicional” os ACSs não são valorizados por toda a equipe, assim em muitas ocasiões ficam frustrados e angustiados com os problemas da população usuária, e não contam com o apoio de todos para solucionar as dificuldades encontradas.

A população usuária da USF e da UBS “tradicional” com PACS reconhece a importância do ACS na comunidade, pois são eles quem consegue facilitar o acesso e o atendimento qualificado, interferem na realidade social, e conseqüentemente nas condições de saúde, nas queixas, nos aspectos emocionais e nas condições de saúde desta população.

Na UBS tradicional e USF a maioria dos ACS apresentam sentimentos de angústia, ansiedade e excesso de preocupação em resolver os problemas da população, sendo que em muitos casos acreditam serem incapazes de resolver os problemas detectados durante as visitas domiciliares.

O próprio ACS ao mesmo tempo que não senti-se valorizado pela equipe, reconhece a sua importância junto aos usuários e suas respectivas famílias, no entanto em muitos

momentos o ACS apresenta sentimento de fracasso diante da complexidade da realidade enfrentada pela população usuária.

O **4º Núcleo de Significado** e que é relevante e significativo aos profissionais de saúde com relação a qualidade da AB, é a questão dos profissionais de saúde serem uma equipe qualificada e com autonomia para sugerir mudanças.

A qualificação da equipe preconizada pelo Ministério de Saúde, envolve o saber acolher, escutar, entender os problemas da população e considerá-los como sujeitos do processo do cuidado, bem como a valorização dos profissionais de saúde pela gerência imediata e pela secretaria de saúde, no entanto, na realidade presenciamos excesso de demanda e uma equipe composta por um número reduzido de profissionais, e conseqüentemente acúmulo de atividades a serem cumpridas e tempo insuficiente para realizar o cuidado.

Na UBS tradicional o modelo é caracterizado pela fragmentação da assistência, sendo o aspecto biológico mais valorizado do que o emocional e social, assim alguns profissionais centralizam o atendimento na consulta médica, medicamentos, exames, e não acreditam na possibilidade de modificar a realidade através de ações preventivas e promocionais de saúde, no entanto, reconhecem a importância do trabalho em equipe para satisfação das necessidades dos usuários e conseqüentemente a qualificação das ações desenvolvidas.

A UBS tradicional desenvolve um trabalho em equipe, mas na maioria das vezes cada profissional atende na sua especialidade, em uma sala isolada, sendo raridade a solicitação de opinião dos demais profissionais.

A reunião na UBS tradicional ocorre mensalmente, assim a gerente informa os profissionais todos os acontecimentos e planejamento das ações da secretaria de saúde, ou seja, os assuntos abordados ficam na área administrativa/burocrática. Essa reunião não foca discussão de casos, desenvolvimento de ações preventivas e promocionais da própria unidade, bem como, não solicita sugestões da equipe para novos projetos e/ou para soluções dos problemas cotidianos.

Na USF o modelo é caracterizado por uma visão biopsicossocial, na qual busca-se entender o processo de saúde-doença em sua totalidade, articulando e desenvolvendo ações intersetoriais na área de prevenção de doenças e promoção de saúde. Os profissionais trabalham em equipe durante as intervenções diárias, assim o médico solicita auxílio do ACS, a enfermeira busca a opinião da assistente social, o técnico de enfermagem solicita as orientações do médico, enfermeira, assistente social, enfim todos em qualquer momento solicitam a opinião e as situações são decididas pela equipe.

A reunião de equipe ocorre semanalmente objetivando a discussão de casos e solução dos problemas dos usuários. Nessa reunião são planejadas ações, a elaboração de projetos preventivos, articulando saberes e reconhecendo o usuário em sua complexidade.

Na UBS e USF os profissionais de saúde apresentam autonomia para realizar suas ações, bem como sugerir mudanças na organização do trabalho, planejar ações à comunidade.

A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção das ações de saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais.

A gerente da unidade de saúde tem um papel importante na construção de práticas mais cuidadoras, solidárias, em que considere sempre a subjetividade dos usuários e profissionais de saúde. É necessário desenvolver arranjos institucionais que estimulem o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários, bem como possibilitar espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão das práticas realizadas.

O **5º Núcleo de Significado** para os profissionais de saúde e que é interligado a qualidade da Atenção Básica é o gerenciamento do trabalho, sendo que o mesmo interfere diretamente na qualidade das ações da AB, pois tanto na USF como na UBS “tradicional” com PACS, as gerentes buscam escutar as queixas da equipe e dos usuários, enfatizam ações com foco preventivo e promocionais, elogiam e valorizam todos os profissionais, enfim buscam romper com o modelo biomédico.

Ambas as gerentes são assistentes sociais, assim conhecem as contradições sociais entre o capital e o trabalho, comprometem-se tecnicamente e politicamente com o projeto institucional, assim procuram conhecer a realidade da população para planejar e elaborar projetos interventivos nas áreas mais deficitárias, envolvendo outros setores como a educação, assistência social, cultura conforme a necessidade.

O gerenciamento da UBS “tradicional” com PACS e USF é realizado por uma equipe, assim todos sentem-se co-responsáveis pela organização do processo de trabalho, sugerindo, opinando, e realizando ações inovadoras.

Sabemos que muitas unidades de saúde reduzem ao biológico o processo saúde-doença, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos, no entanto, na USF fica mais evidente o rompimento desta visão e a construção de práticas articuladas e intersetoriais, na qual as ações executadas estão mais aproximadas das

proposições ético-noemativas do SUS. Já a UBS “tradicional” com PACS apresenta mais dificuldades de todos os membros da equipe visualizarem o aspecto subjetivo e social.

A maioria das práticas em saúde na UBS “tradicional” com PACS resulta em limites importantes na percepção das necessidades de atenção e na efetividade das intervenções, pois os médicos muitas vezes não articulam a doença com aspectos psicológicos e sociais, assim, por exemplo, um usuário que apresenta dificuldades para controlar os níveis de pressão arterial decorrentes de problemas de vida como o desemprego e conflitos familiares, tendem a passar despercebidas, ficando as intervenções dos profissionais restritas à prescrição de novos medicamentos, exames.

Concluimos que a qualidade das ações da AB está interligada com o modelo de saúde vigente, com o comprometimento do gerente e sua equipe na criatividade, ousadia e inovação das ações desenvolvidas nos serviços de saúde, pois a USF pode desenvolver ações com foco biomédico, e a UBS “tradicional” com PACS realizar ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

A qualidade está relacionada com a maneira que o serviço acolhi o usuário, como é organizado o processo de trabalho, o desenvolvimento do trabalho em equipe, o entendimento da realidade em que está inserido o usuário, e a realização de um “gerenciamento horizontal”, na qual todos os profissionais são considerados importantes e capazes de promover mudanças no trabalho e na vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W.M.J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A.M.B., GONÇALVES, M.G.M., FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

AGUIAR, W.M.J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A.M.B., GONÇALVES, M.G.M., FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

AGUIAR, W.M.J.; OZELLA, S. Núcleos de Significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Revista de Psicologia Ciência e Profissão**. Ano 26, n.2, 2006. p.222-245.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** 9, ago. 2001. p. 150-153.

AYRES, J. R. C. M., Cuidado: Tecnologia ou sabedoria prática? **Interface– Comunicação, Saúde, Educação**, 6:117-121, 2000.

BERTONCINI, J.H. **Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.725-731, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ,E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência &Saúde Coletiva**, 13(1):259-268, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, 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* 2000; 29 dez.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.**Programa agentes comunitários de saúde (PACS).** Brasília:Ministério da Saúde; 2001a.

CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem.** Agosto 2000;8(4):30-7.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Ver. **Brás. Saúde Matern. Infant.** Recife, 5 (Supl 1): S63-S69, dez.,2005.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec ; 1997. p. 229-66.

CAPOZZOLO, A.A. *No olho do furacão*: trabalho medico e o Programa de Saúde da Família. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CAPISTRANO FILHO, D.; PIMENTA, A.L.(orgs). **Saúde para Todos**: um desafio ao município. São Paulo:Hucitec, 1988.

CARDOSO, S.N.M. **O Gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde do Município de Bauru**: Dificuldades e Facilidades.Dissertação(Mestrado Saúde Coletiva) – Universidade do Sagrado Coração, Bauru, São Paulo, 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Relatório Científico Final da pesquisa “Avaliação da gestão da Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de saúde do Estado de São Paulo” – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde”, 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Relatório Científico Parcial da pesquisa “Avaliação da gestão da Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de saúde do Estado de São Paulo” – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde”, 2006.

CASTANHEIRA, E.R.L. **Gerência do trabalho em saúde**: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo(SP): Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1996a.

CASTANHEIRA, E.R.L; A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L.; NEMES, M.I.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B.(org.) **Prática programática e saúde do adulto**: ações na unidade básica. São Paulo:FMUSP/Hucitec, 1996b.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. Rio de Janeiro:UERJ, ABRASCO, 2001.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública**. 2002; 18 (Supl.):191-202.

DRUCKER, P.F. **O gerente eficaz**. 10. ed. Tradução de Jorge Fortes. Rio de Janeiro:Zahar,1984.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 633-641, 2006.

FAVORETO, C.A.O., CAMARGO, Jr. K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**. 2002; 12(1):59-75.

FERREIRA, A.B. de H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERTOMANI, H.P. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR [Projeto de Qualificação de Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

FILHO BERTOLLI, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1998.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 março-abril; 13(2):262-268.

GONÇALVES, M.G.M. **Psicologia Sócio-Histórica e Políticas Públicas: a dimensão subjetiva de fenômenos Sociais**. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade de São Paulo/PUCSP,2003.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

LANE, S.T.M. A dialética da subjetividade versus objetividade. In:FURTADO,O.; GONZÁLES REY, F.L. (Orgs.) Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LANE, S.T.M. Avanços na psicologia social na América Latina. In: LANE, S.T.M.; SAWAIA, B.B.(Orgs.). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: EDUC/ Brasiliense, 1995a.

LANE, S.T.M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M.J.P.(Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995b.

LEONTIEV, A. **Atividade, conciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ciências del Hombre, 1978 a.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Tradução de Manuel D. Duarte. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978 b.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):197-203.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1463-1472, 2009.

LURIA, A. R. e YDOVICH. **Linguagem e Desenvolvimento Intelectual na Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LURIA, A. R. **Pensamento e Linguagem**: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MARX, K. **Crítica da Economia Política**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1999. 219p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo:Hucitec,1994.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cadernos CEFOR, série textos nº 1, Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, São Paulo, 1992.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate* 2002; 26(60):118-122.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – comunicação, saúde, educação**. Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v.6, p.109-125, fev. 2000.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na

busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. de O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 3, p. 117 –160.

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

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 113-50.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa Social**: teoria, métodos e criatividade. 19. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 80 p.

MISHIMA, S.M.; et al. O Velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva gerencial. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.54, p. 66-74, jan/abr. 2000.

NOGUEIRA; R.P; SILVA; F.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. [Textos para discussão nº 735]. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>

NOGUEIRA, R.P. **Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 1993.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. São Paulo: Qualitymark, 1994.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem** 2000; 53:251-63.

REY, F.L.G. **Sujeito e Subjetividade:** uma aproximação histórico-cultural. São Paulo:Pioneira/THOMSON, 2003.

RIBEIRO, E.M.; et al. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar-abr, 2004.

SÁ, M.C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções?**Ciênc. Saúde Coletiva**. 1999; 4:255-8.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M.A. D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SCHRAIBER, L. B., No encontro da técnica com a ética: O exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 1997. 1:123-138.

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

SILVA, N.E.K. e et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública**, 2002, 36(4 Supl):108-116.

SIMÕES, A.L.de A.;RODRIGUES, F.R.;TAVARES, D.M.dos S.;RODRIGUES, L.R. Humanização na Saúde: enfoque na Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3):439-44.

SOARES, L.T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev Bras Enfermagem**. 2000; 5 3 : 1 7 - 2 4 .

SOLLA, J.J.S.P; MEDINA, M.G; DANTAS, M.B.P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate* 1996; 51:4-15.

SOUSA, M.F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Editora: Hucitec, 2001.

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

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. 2005 jul-set; 10(3):585-97.

THIOLLENT, J. M. M. **Crítica Metodológica, investigação social & enquête operária**. 3. ed. São Paulo: Poles, 1985.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev C S Col* 2002; 7(3):581-589.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo:Martins Fontes, 2000.

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 5 ed. São Paulo:Martins Fontes, 1994.

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 7 ed. São Paulo:Martins Fontes, 2007.

VIGOTSKI, L.S. **Teoria e Método em Psicologia**. 2. ed. São Paulo:Martins Fontes, 1999.

ZANNON, C.M.A.C. Desafios à psicologia na instituição de saúde. **Psicologia: Ciência Profissão**, 1994; 13:16-21.

ANEXOS

Anexo I-Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (Terminologia obrigatória em atendimento a resolução 196/96 - /CNS-MS).

Eu, _____, portad
or _____ (a) do
RG _____ domicili
ado (a) na Rua _____ na cidade de
_____, afirmo meu consentimento para participar da pesquisa “Qualidade e
organização do processo de trabalho:avaliação qualitativa de uma unidade de saúde da família e de
uma unidade básica tradicional”,sob a coordenação de Josiane Fernandes Lozigia Carrapato.

Fui informado (a) do objetivo da pesquisa que é o de relacionar a qualidade das ações na rede
básica com a organização do processo de trabalho de 2 unidades de saúde no município de Bauru. A
minha participação nesta pesquisa é voluntária. A recusa não implicará em nenhum prejuízo a minha
pessoa, como também poderei recusar a responder a qualquer questão ou desistir de participar a
qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniência. Ela será feita na forma de
observação, entrevistas e grupo focal, na qual será gravado e posteriormente transcrito. Os dados
coletados serão confidenciais. O benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir
para o conhecimento sobre os serviços de saúde e melhorar a gestão da atenção básica.

Estou ciente que a coordenadora deste trabalho estará a disposição para esclarecimento.

Data: __/__/____

Entrevistado/participante.

Coord:

Anexo II - Roteiro de Observação dos Serviços de Saúde

Mecanismo de integração: trabalho em equipe, articulação entre os diferentes profissionais, atividades e formas de integração da enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde...

Ações Gerenciais: há apoio e incentivo ao trabalho em equipe – mecanismos gerenciais de integração - autonomia local – atitude gerência horizontal/vertical.

Modelo Gerencial e Assistencial: Há responsabilização do gerente em relação ao modelo- os valores presentes entre os profissionais – quais concepções dos trabalhadores na execução do trabalho

Processo de Trabalho: Estrutura física é adequada - os equipamentos são suficientes – acolhimento – fluxo – oferta - saberes presentes na operação cotidiana do trabalho.

Anexo III Roteiro de Entrevista semi-estruturada com os gerentes dos serviços de saúde

1. Você conhece o modelo de serviço em que está inserido? Diante deste “modelo” quais as diretrizes para organizar as ações?
2. O Trabalho é realizado em equipe? Como é formada esta equipe e quais atividades desenvolvidas por ela?
3. No cotidiano do trabalho durante o planejamento, execução e avaliação das atividades há articulação entre os diversos profissionais?
4. Como se dá o processo de gerenciamento na Unidade de Saúde? Há reunião de equipe? Como é planejada e executada? Você tem autonomia para criar projetos, modificar atividades para melhorar o atendimento à população?
5. Como é rotina assistencial nessa unidade?
 - Acolhimento à demanda espontânea e pacientes inseridos nos Programas – local que é realizado.
 - Ofertas assistenciais disponíveis – fluxo das atividades – Quem tem acesso direto e quais dependem do encaminhamento de outros profissionais
 - Quais os profissionais envolvidos e tipo de ações realizadas?
6. Descreva o atendimento de sua unidade.

Anexo IV - Roteiro de entrevista com usuários

1. Conte como é o seu atendimento neste serviço de saúde desde a recepção até o término do atendimento.
2. Para que você procura o serviço de saúde? Quem atende você?
3. Já precisou da gerente da unidade de saúde? Como foi essa vivência?
4. O que você acha que o serviço de saúde oferece de positivo? E de negativo?

Anexo V - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com profissionais de nível superior

1. Você conhece o modelo de serviço que está inserido?

2. Como é a sua relação com o gerente e com a Equipe de Trabalho?

3. Como você visualiza essa equipe? (Mult e Inter). Um profissional sabe o que o outro faz? Há articulação de saberes?

4. Você tem autonomia para sugerir mudanças?

5. Com relação ao processo assistencial?
 - Acolhimento à demanda espontânea e pacientes inseridos nos Programas – local que é realizado.
 - Ofertas assistenciais disponíveis – fluxo das atividades – Quem tem acesso direto e quais dependem do encaminhamento de outros profissionais
 - Quais os profissionais envolvidos e tipo de ações realizadas?

6. Conte um caso significativo e como a equipe se organizou para atender.

Anexo VI- Roteiro Grupo Focal com os Agentes Comunitários de Saúde e Funcionários de Nível Médio

- 1 – Apresentação do Coordenador
- 2– Apresentação da pesquisa e dos objetivos
- 3 – O que é o grupo focal
- 4 – Sigilo e Ética
- 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- 6– Rodada de apresentações dos participantes.

Questões

- 1 – O que é Equipe para vocês?
 - 2 – Vocês trabalham em equipe? Como é formada esta equipe?
 - 3- O que é gerenciamento? Como é realizado o gerenciamento neste serviço?
 - 4 – Como é atendido o usuário sem atendimento marcado? (consulta extra, demanda espontânea)
 - 5 – Como são atendidos os usuários com atendimento marcado, que estão em acompanhamento? (Pacientes inseridos nos programas)
 - 6- O que o serviço oferece para os usuários? (Promoção de Saúde/Prevenção de doenças)
 - 7 – Caso: Uma família composta por 7 pessoas, onde os pais possuem 5 filhos em idade escolar, sendo eles: (autonomia)
 - José, 52 anos, desempregado, analfabeto e alcoolista.
 - Maria Aparecida, 40 anos, diarista com renda mensal de um salário mínimo, hipertensa, não utiliza método contraceptivo.
 - João Pedro, 17 anos, ensino fundamental incompleto, não inserido no mercado de trabalho.
 - Vitor, 13 anos, dependente químico, com baixa frequência escolar.
 - Jeniffer, 15 anos, abandonou a escola por encontrar-se no 5º mês de gestação.
 - Daiane, 7 anos, não conseguiu matrícula na escola, atualmente com verminose.
 - Lucas, 6 meses, desnutrido, criança é cuidada pelos irmãos mais velhos.
- Como a equipe se organiza para atender um caso como esse?
- 8– Fechamento.

Anexo VII – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PRPPG**
Pró-reitoria
de Pesquisa e
Pós-graduação**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA***Protocolo n.º 118/08*

Título do Projeto: "Qualidade e organização do processo de trabalho: avaliação qualitativa de uma unidade de saúde da família e de uma unidade básica tradicional"

Pesquisador (a) Responsável: Josiane Fernandes Lozigia Carrapato

Comitê de Ética:

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 30/9/08

Assinatura do Presidente:

Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond