UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TALYTA ALVES CHAVES LIMA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO.

FORTALEZA-CEARÁ
2014

TALYTA ALVES CHAVES LIMA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof.° Dr.° Andrea Caprara

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Lima, Talyta Alves Chaves.
Avaliação do processo de trabalho das equipes saúde da família: um estudo de caso. [recurso eletrônico] / Talyta Alves Chaves Lima. - 2014.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 90 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.
Coorientação: Prof.ª Dra. Ana Patrícia Pereira Morais.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Processo de Trabalho. 3. Avaliação do Processo de Trabalho. I. Título.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo de caso no Município de Quixeré-Ce."**
Nome da Mestranda: **Talyta Alves Chaves Lima**
Nome do Orientador: **Prof. Dr. Andrea Caprara**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM **SAÚDE DA FAMÍLIA.**

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Andrea Caprara
(Orientador)

Profa. Dra. Cleide Carneiro
(1° membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(2° membro)

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(Suplente)

Data da defesa: 31/03/2014

A minha família em especial a meu irmão In memoria Tallys Alves Chaves Lima que sempre estiveram do meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e a oportunidade concedida a mim de participar e concluir o Mestrado.

A minha mãe Núbia por me apoiar na elaboração do projeto e sempre me dar forças para seguir em frente.

Ao meu pai Adaúri por sempre me incentivar a estudar e aprender.

Ao meu irmão in memoria pela lição de vida e luta que me deixou.

A meu orientador, Prof. Dr. Andrea Caprara pela paciência e orientações sempre positivas para a finalização dessa pesquisa.

A minha coordenadora Ana Patrícia pelos muitos ensinamentos e carinho.

A toda a sua equipe do Mestrado em especial Claúdia e Maria.

A professora Drª. Cleide Carneiro por aceitar participar da minha banca.

A Márcia Lúcia e Marizangêla pelo incentivo para inscrição na seleção do Mestrado e pela amizade.

A Delianne pela ajuda na metodologia do projeto quando ainda estava na fase de seleção.

Aos meus Gestores Urânio e Jeane pela compreensão das ausências no trabalho para desenvolver atividades do Mestrado.

A meu namorado Santiago pela compreensão e incentivo a finalização do mestrado.

A todos os colegas de turma do mestrado por participarem e fazerem minha vida melhor em especial: Maílson, Márcia, Rosane, Tereza, Cybele, Ana Paula , Marquinhos e Ricksberg.

As minhas amigas do grupo de whatszap “as poderosas” que me acompanharam em tudo sempre com palavras de incentivo.

A todos os profissionais das Equipes Saúde da Família de Quixeré. Muito obrigada!

Ninguém vale pelo que sabe, mas sim pelo que faz com aquilo que sabe.

LeonardoBoff

RESUMO

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso utilizando uma abordagem qualitativa e tomando como objetivo geral a avaliação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF). A pesquisa foi realizada no município de Quixeré-Ceará em três EqSF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) no ano de 2012. O período da coleta de dados foram os anos de 2013 e 2014. A coleta de dados foi baseada na observação simples e entrevistas semi-estruturadas a dezoito profissionais das EqSF no período de 11 á 18 de fevereiro de 2014. Da observação simples foram construídos fluxogramas analisadores e com a analise deles o roteiro para as entrevistas gravadas com os profissionais das EqSF. Os dados foram coletados, organizados e analisados concomitantemente e destes surgiram três grandes temáticas: acolhimento, construção da agenda de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação. Outra temática surgiu com a inquietação relacionada aos fatores que facilitam e dificultam o processo de trabalho nas EqSF. Os resultados da pesquisa apontam que o processo de trabalho atualmente dentro das três EqSF está sofrendo forte influencia na sua organização por conta da adesão ao PMAQ-AB. Contudo ainda tem muito a ser incorporado pelas equipes, que mesmo se mostrando em realidades bastante diferentes apresentam processos de trabalho semelhantes em relação à construção da agenda de trabalho e suas formas de planejar, monitorar e avaliar. Em relação ao acolhimento duas das três EqSF realizam em suas unidades de Saúde, porém as três fazem a primeira escuta ao usuário ainda na recepção conforme fala dos sujeitos.Consequentemente as dificuldades por eles apresentadas foram em relação às condições de trabalho, a falta de perfil dos profissionais para trabalhar na Estratégia Saúde da Família e a falta de uma atenção secundária mais resolutiva e rápida. Como fatores facilitadores para o processo de trabalho apontaram em sua grande maioria as boas relações de convivência e vínculo com os profissionais de sua equipe. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para que aja uma revisão continua do processo de trabalho e a institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação da gestão junto a essas EqSF .

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Processo de Trabalho; Avaliação do Processo de Trabalho.

ABSTRACT

This research is characterized as a case study that used a qualitative approach, taking as object the process evaluation work of family health teams (EqSF). General aim was to evaluate the process of working in family health teams. The survey was conducted in the municipality of Ceará in three – Quixeré EqSF will join the (PMAQ-AB) national programme for improving access and quality in primary care in 2012 and took place during the years 2013 and 2014. Data collection was based on the simple observation and semi -structured eighteen fht professionals in period 11 is February 18, 2014 interviews. Data were collected, organized and analyzed concurrently, these three major themes emerged: host, construction work schedule and planning, monitoring and evaluation. Another issue arose with the restlessness related to the factors that facilitate and hinder the work process in the fhs. The survey results indicate that the process currently work within the three EqSF is suffering strong influence in your organization due to the adherence to PMAQ-AB. Yet still has a lot to be incorporated by the teams , showing that even if in very different realities have similar processes work in relation to the construction work schedule and ways to plan , monitor and evaluate . In relation to host two of the three EqSF place in units of health, but the three are the first user still listening at the reception as the subjects' speech. Consequently the difficulties they were presented in relation to working conditions, lack of profile of professionals to work in the EqSF and the lack of more effective and prompt secondary care. Have as a facilitating factor for the worker process showed mostly good relations of coexistence and bond with the team. The results of this research can contribute to a revision act continues the work of the fht and institutionalization of planning, monitoring and evaluation of management at the family health teams process.

Keywords: Primary health care, Work process, Review the work process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organização do Sistema de Saúde.....24

Figura 2 – Localização e Composição da Macrorregião de Saúde de Fortaleza e da 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte. Estado do Ceará, 2012.....38

Figura 3 – Distribuição das EqSF de Quixeré-CE em áreas de abrangências.....39

Figura 4 – Área de abrangência da EqSF1.....46

Figura 5 – Área de abrangência da EqSF 2 dividido por microareas existentes.....48

Figura 6 – Área de abrangência da EqSF3 50

Quadro 1- Caracterização geral dos sujeitos da EQSF01.....46

Quadro 2- Caracterização geral dos sujeitos da EqSF 02.....48

Quadro 3- Caracterização geral dos sujeitos da EqSF 03.....50

Quadro 4- Facilidades e dificuldades do processo de trabalho na EqSF1.....60

Quadro 5- Facilidades e dificuldades do processo de trabalho na EqSF 2....61

Quadro 6- Facilidades e dificuldades do processo de trabalho na EqSF3.....63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AMAq	Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade
AMQ	Avaliação para melhoria da Qualidade
EqSB	Equipe Saúde Bucal
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
E	Enfermeiro
D	Dentista
M	Médico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade na atenção básica
PROQUALI	Projeto de Qualidade
SB	Saúde Bucal
T	Técnico de enfermagem
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
2 REVISÃO DE LITERATURA..... 18
2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SUS..... 18
2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE 28
3 METODOLOGIA 36
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS..... 44
4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL..... 44
4.2 ACOLHIMENTO..... 51
4.3 AGENDA DE TRABALHO 53
4.4 PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO..... 55
5 DIFICULDADES E FACILIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO NAS EQSF..... 58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 65
REFERÊNCIAS..... 68
APÊNDICE 74
APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..75
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO 76
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA 77
APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA..... 79
APÊNDICE E - FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO EQSF1..... 80
APÊNDICE F - FLUXOGRAMA DE VACINAÇÃO DA EQSF 1..... 81
APÊNDICE G - FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTOS DA EQSF1.82
APÊNDICE H - FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO EQSF 2..... 83
APÊNDICE I - FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTOS DA EQSF2..84
APÊNDICE J - FLUXOGRAMA DE VACINAÇÃO DA EQSF 2..... 85
APÊNDICE L - FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO DA EQSF3..... 86
APÊNDICE M - FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTOS DAEQSF3.87
APÊNDICE N -FLUXOGRAMA DAS CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM DA EqSF 3..... 88
ANEXO..... 89
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA..... 90

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (EQSF) é o modelo adotado pelo Brasil em substituição o modelo tradicional e está voltado para promoção da saúde e prevenção de agravos. Ele existe desde 1994 e tem como principal objetivo reorganizar o modelo assistencial vigente. Segundo a portaria que o rege é a porta de entrada do usuário no SUS (BRASIL,2011).

Atualmente o Brasil apresenta uma cobertura de Equipes Saúde da Família implantadas de 57,16%, o Estado do Ceará de 75,36% e o município de Quixeré com 100% até a competência de fevereiro de 2014 segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB,2014).

Segundo Portaria do nº 648/GM de 28 de Março de 2006 e a Portaria nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011 a equipe mínima deve ser composta de médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de consultório dentário. Nesta portaria também define as atribuições comuns a todos e as específicas de cada profissional da Equipe Saúde da Família (EqSF) para a realização do processo de trabalho em equipe.

O processo de trabalho da EqSF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar em equipes, valorizando o saber e as práticas de cada um para uma abordagem resolutiva, integral ao usuário de sua área de abrangência, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações e indicadores para readequação desse processo de trabalho. Propõe-se uma reconfiguração da organização e da oferta de ações que pretende fazer avançar, no âmbito das práticas, processos de trabalho interdisciplinar e em equipe, com base em conceitos como território, vínculo, diagnóstico participativo. Neste contexto, de acordo com Marques e Silva, o trabalho em saúde é entendido como processo dinâmico, que se articula com outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais. O produto do trabalho em saúde é produzido e consumido instantaneamente durante sua execução.

Para que o processo de trabalho aconteça da melhor forma é importante que tenhamos processos também de avaliação e monitoramento contínuos. Antigamente o processo de avaliação e monitoramento do Ministério da Saúde (MS)

era pactuado anualmente pelos municípios através do Pacto pela Vida, onde existiam indicadores da atenção básica. Eles estabeleciam às orientações, fluxos e prazos para a avaliação das metas pactuada em cada indicador pelos municípios. Para a Estratégia Saúde da Família foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que existe desde 1994, como o instrumento de acompanhamento, avaliação das ações desenvolvidas mensalmente pelas Equipes Saúde da Família. Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (HARTZ,1997).

Existem hoje alguns programas que se disponibilizam avaliar e monitorar a atenção básica como o: Programa Nacional de Serviços de Saúde que é um software para programação de ações desenvolvidas que serve para apoiar e oriental o trabalho das EQSF, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) que se trata de uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria continua da qualidade e a Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAq) que funciona como uma auto-avaliação monitorando estágios de qualidade onde gestor, coordenador e equipe preenchem um instrutivo, fazem uma matriz de intervenção, planejando suas ações para conseguir resolver os problemas citados na auto-avaliação. O AMAq hoje esta ligado diretamente ao PMAQ-AB e faz parte de sua avaliação, surgiu em 2012. Existe também o Programa de Qualidade da Atenção Básica (PROQUALI) que diferente do AMQ e AMAq é de caráter qualitativo e estar voltado para o processo de trabalho das equipes verificando as consultas e atendimento dos profissionais de saúde, tempo de espera, satisfação dos usuários onde o mesmo foi confeccionado e implantado pelo estado do Ceará no ano de 2002.

O município de Quixeré no Estado do Ceará tem implantado desde 2009 o AMQ em todas as suas EqSF onde já estão na sua sexta auto- avaliação. Participou também no ano de 2002 da implantação do PROQUALI e atualmente possuí todas as suas sete EqSF usando como auto-avaliação o AMAq, um instrumento proposto pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Três das sete EqSF já passaram por duas avaliações externas do PMAQ-AB e as demais passaram por apenas uma. Fez-se uso do manual do PROQUALI como roteiro para consultas de gestantes e crianças, mas

atualmente se usa o protocolo e manuais do Mistério da Saúde mais atualizados. O prontuário familiar proposto na época foi modificado conforme a necessidade da EqSF junto a coordenação da Atenção Básica. Em 2012 foram criados protocolos e fluxogramas para os demais serviços com a participação dos integrantes das EqSF de nível superior em reuniões sistemáticas. Os cadernos do Ministério da Saúde também são disponibilizados para uso das EqSF.

Para o MS uma das suas principais preocupações é a execução de uma gestão pública com base na introdução do monitoramento e avaliação dos processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade na atenção a saúde de toda a população. Em 2011 criou-se uma proposta aos municípios para adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica o PMAQ-AB que tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011).

No ano de 2012 as três EqSF de Quixeré foram avaliadas pelo PMAQ-AB receberam o conceito ótimo que é considerado o máximo em sua avaliação. Mas durante as avaliações anteriores realizadas pelas EqSF através do AMQ notou-se que essas mesmas três equipes estão em realidades bem diferentes em todos os aspectos de tamanho da área, localização das unidades de saúde, quantidade de pessoas residentes na área de abrangência, tempo e quantidade de profissionais e inclusive no seu processo de trabalho. E eu como coordenadora da atenção básica de Quixeré desde 2007 venho acompanhando todos os processos de auto avaliação do AMQ e a do AMAq ,mais recente. Além do processo de acompanhamento de indicadores e ações dentro delas surgiram as seguintes perguntas: Como esta hoje organizada o processo de trabalho nessas diferentes EqSF? Quais os fatores que facilitam ou dificultam o processo de trabalho na opinião dos profissionais?

A proposta de estudo trás como foco a avaliação do processo de trabalho na EqSF, pois compreende-se que para a organização e para melhoria da qualidade do serviço prestado ao usuário e a satisfação é imperativo avaliar processo organizativos que ocorrem dentro das EqSF como tecnologia de gestão.

Define-se como objetivos a necessidade de conhecer os fatores que facilitam ou dificultam a prática dos profissionais de saúde em suas áreas de atuação, criar um fluxograma para identificação do processo de trabalho e analisar a organização do mesmo nas EqSF. Nesta perspectiva este projeto de pesquisa tem

como objetivo maior avaliar o processo de trabalho das EqSF.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SUS

A atenção primária ou atenção básica como é chamada no Brasil tem tido uma grande importância na organização do SUS. Ela é vista hoje pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores como uma estratégia de expansão qualificação e consolidação da Atenção Básica.

No caso do Brasil foi adotado em 1994 como um programa vertical que oferecia apenas o serviço materno-infantil, através do Programa Saúde na Família hoje já consolidado como Estratégia Saúde da Família. A EqSF veio como estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS.

A EqSF apresenta-se hoje com 33 mil equipes cadastradas de Saúde da Família e destas 21.888 mil de saúde bucal. As Equipes de Saúde da Família estão presentes hoje em 94% dos municípios e atendendo 104 milhões de brasileiros que representam uma cobertura de 54,44% da nossa população.

A cobertura elevada de Saúde da Família hoje no Brasil, a maneira como ela acontece dentro dos territórios sanitários de cada equipe e as suas evidências de consolidação aparecem com a redução de internamentos hospitalares em crianças e adultos e das consultas não urgentes nas emergências. Durante o processo de implantação desta estratégia pode-se notar também uma melhoria significativa nos indicadores de saúde como a diminuição da Mortalidade infantil pós-neonatal e da desnutrição em crianças abaixo de dois anos. Isso também se deu pela inclusão dos agentes comunitários de saúde que estão hoje em 94% dos municípios com uma cobertura de 64,63% da população brasileira. Mas, contudo a mortalidade materna e o câncer do colo do útero ainda são desafios para esta estratégia.

Mas a EqSF é financiada uma parte pelo Ministério da Saúde e outra pelos municípios onde foram implantadas. O repasse é feito fundo a fundo no Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) mensalmente e vária conforme o número

de equipes e tipo das mesmas, contudo ainda é insuficiente para o setor. No ano de 2011 o MS lançou o PMAQ-AB e com ele um incentivo financeiro para incentivar o monitoramento e avaliação constante para os indicadores e resultados.

Durante esse ano foi revisto a Política Nacional da atenção básica através da portaria nº GM/2.488 de 21 de outubro de 2011 onde trás todas as funções de cada instancia de governo, as funções de cada profissional de saúde dentro da equipe, além da maneira de financiamento, diretrizes e princípios comuns a toda a estratégia organizativa da atenção básica no Brasil.

Também no ano de 2011 o governo federal vendo que 70% das unidades da EQSF estavam em condições inadequadas para o atendimento aos usuários disponibilizou recurso financeiro para melhorar a infra-estrutura com ampliação, reforma e construção de novas unidades de saúde. O SIAB foi complementado melhorando sua versão que é muito antiga e incluindo indicadores de monitoramento para saúde bucal e saúde mental que até então não existiam dentro do programa.

A atenção primária hoje é consenso mundial que ajuda a combater as desigualdades e melhora os resultados em saúde. Ela possuiu quatro elementos que são essenciais como: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados (STARFIELD,2002). A acessibilidade é você ter uma unidade saúde mais perto possível de sua residência e nela os serviços serem oferecidos de maneira suficiente e continua, com horários disponível para todos e tolerância as pessoas que chegam na demanda espontânea. Longitudinalidade diz respeito ao acompanhamento das famílias em todos os seus ciclos de vida. Integralidade é garantir desde a promoção a reabilitação do usuário dentro do processo de adoecimento. A coordenação do cuidado entende-se que a EQSF irá encaminhar o usuário se necessário para serviços de maior complexidade sem deixá-lo de acompanhá-lo em sua área.

A EQSF é focada nas famílias de uma área de abrangência de sua responsabilidade e como a principal porta de entrada e o centro das redes de atenção a saúde. Não necessariamente o usuário do sistema irá entrar pela Unidade de saúde da Família, pois ele tem democraticamente o direito a escolha do seu

serviço de saúde apesar de acabar voltando para os encaminhamentos através da EQSF.

Ela vem há vinte e cinco anos tentando mudar o modelo convencional centrado na figura do médico com enfoque só na cura para a atenção primária a saúde com enfoque na prevenção, atenção e cura. A responsabilidade passa de apenas ser da saúde para uma colaboração intersetorial com participação da comunidade e sua auto responsabilidade.

As redes de atenção a saúde do SUS tem por finalidade oferecer uma atenção integral e melhorar as condições de saúde, os determinantes e condicionantes da população. A EQSF assume um papel de grande responsabilidade e com muitas funções, possuindo uma maneira de organização bem própria que se caracteriza como:

2.1.1 Composição da equipe

Na sua implantação a EQSF era formada apenas pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde. No ano de 2004 à equipe cresceu passando a fazer parte o dentista, o ASB e/ou TSB. Cada EQSF é responsável por no máximo de 3.000 a 4.000 mil pessoas por área de abrangência, podendo estar situada na zona rural ou urbana, com limites bem definidos e com a sua população cadastrada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os ACS trabalham dentro de microareas adstritas com no máximo 750 pessoas. Cada EQSF possui uma população cadastrada pelos ACS, isso facilita conhecer as famílias e criar vínculos de confiança e afetividade com as mesmas, além de proporcionar ações de continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Segundo PNAB os profissionais das equipes de saúde da família deveriam trabalhar 40 horas semanais em suas áreas de abrangências. Com a revisão desta política em 2011 foi previsto carga horária diferentes das tradicionais para os médicos, devido à escassez deste profissional para trabalharem na EQSF em muitas regiões do Brasil.

Essas variações de carga horária inferior a convencional foram criticadas por não favorecer o vínculo destes profissionais a sua comunidade segundo especialistas em Saúde da Família. Na realidade já ocorre uma redução da carga horária extra-oficial em muitos municípios do estado do Ceará, onde a grande maioria dos profissionais da EQSF só trabalha 36 horas semanais.

As modalidades propostas para inserções dos profissionais médicos segundo PNAB (2011) são:

> a) EQSF com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde, inclusive o profissional médico. Nessa configuração, o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 01 (uma) EQSF, ficando permitida a participação no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);b) EQSF com 02 (dois) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais). Nessa configuração de EQSF, o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 01 (uma) EQSF, ficando permitida a participação da equipe no PMAQ-AB; c) EQSF com 02 (dois) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 (vinte) horas semanais. Nessa configuração, o município receberá repasse mensal equivalente a 85% (oitenta e cinco por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB- Variável referente a 01 (uma) EQSF, sendo permitida a participação da equipe no PMAQ-AB; d) EQSF com 03 (três) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas), Nessa configuração, a EQSF ficará responsável pelo contingente populacional de 02 (duas) EQSF, e o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 02 (duas) EQSF, ficando permitida a participação da equipe no PMAQ-AB; e) EQSF com 04 (quatro) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais). Nessa configuração, a EQSF ficará responsável pelo contingente populacional de 03 (três) EQSF, e o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 03 (três) EQSF,

> ficando permitida a participação da equipe no PMAQ-AB; f) EQSF com 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais. Nessa configuração, a EQSF é denominada Equipe Transitória, e o município receberá repasse mensal equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor do incentivo financeiro (PAB- Variável) referente a cada EQSF, sendo vedada sua participação no PMAQ-AB. Tendo em vista a presença de médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação das equipes, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo ao limite inferior previsto na PNAB.

3.1.2 Definição do território de abrangência, adscrição de clientela e diagnóstico local de saúde.

Para a EQSF existir de fato ela deve garantir acesso universal, acolhimento, longitudinalidade e resolutividade as famílias de sua área. A acessibilidade diz respeito a chegar e a ser acolhido na unidade de saúde, mas quais as barreiras geográficas, financeiras, organizacional, sociocultural e de gênero impede as famílias de garantir o acesso. Na EQSF deve-se conhecer muito, além disso, torna-se importante para uma Equipe de saúde da família o conhecimento de suas microareas de risco, saber como as famílias vivem seus costumes, meios de transporte, tipo de moradia, renda familiar, como é o abastecimento de água, se tem acesso a energia elétrica, saneamento básico e água potável, se faz parte de associações, condição de saúde, escolaridade e com quem mora. Para tanto, sua área deve ser bem delimitada, sua população definida a fim de assumir sua responsabilidade sanitária. A corresponsabilidade sanitária foi definida como o processo em que a equipe de saúde, bem como outras com função de apoio matricial, tem a seu encargo o cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território (CAMPOS,2010).

O ideal seria que a Equipe conheça a área e se possível seja caminhando. A realidade é que os profissionais adentram nas equipes sem conhecimento prévio de seu de sua área. No processo de implantação de uma equipe nova é realizado o mapeamento e o diagnóstico situacional com os profissionais de saúde, mas com a rotatividade esse exercício de conhecer a área

deveria ser continuo e o diagnostico situacional realizado sempre. Essas ferramentas fazem parte do processo de trabalho de uma equipe saúde da família.

Os profissionais que adentram não sabem fazer um mapeamento e nem um diagnostico situacional, muito menos sabem o que é a Estratégia Saúde da Família. Isso prejudica a tomada de decisão para, por exemplo, fazer o agendamento mensal das atividades a serem trabalhadas, tornando esse trabalho voltado só para o interesse muitas vezes individual do profissional e não da real necessidade do usuário. O profissional que atua na EQSF deve possuir a capacidade de respeitar e valorizar a cultura das suas famílias, buscando realizar isso por meio do diálogo e assim ajudar a superar conflitos a saúde dos mesmos.

Todas as famílias de uma mesma área devem ser cadastradas pelos agentes de saúde em uma ficha chama de A. O cadastramento é realizado na primeira visita do agente de saúde a essa família. É um momento que possibilita a construção de vínculos e relações de afetividade com a família.

2.1.3 Organização do processo de atenção ambulatorial

Na EQSF existe uma proximidade do local onde se trabalha e o serviço prestado através dele, possibilitando uma organização do mesmo a sua descentralização e participação para o planejamento e programação das ações.

Já se sabe que conhecer a área adscrita e seus problemas é fundamental para o planejamento e a programação de ações necessárias àquela população e a própria disponibilidade para tal serviço na unidade de saúde.

Algumas vezes nos deparamos com determinadas prioridades apontadas pelo diagnóstico da área que não são percebidas pelos usuários e que necessitam de cuidados contínuos. Para esses atendimentos específicos a equipe agenda dia e hora para seus usuários a fim de proporcionar troca de informação, grupos terapêuticos e atuação de uma equipe multiprofissional naquele dia, para aquele grupo específico.

Já para os usuários que chegam à demanda espontânea e as urgências existe hoje o acolhimento por classificação de risco. Neste acolhimento o usuário relata seu problema e o profissional que o acolheu com a escuta qualificada o

encaminha ao atendimento mais adequado dentro da unidade de saúde. O profissional que irá acolher o usuário deve saber avaliar o risco e a vulnerabilidade de cada indivíduo que chega. O fluxograma dentro da unidade de saúde ajuda a organizar esse processo de trabalho norteando os profissionais que ali trabalham, Ele deve ser ajustado e enriquecido conforme cada lugar de modo a atingir seu objetivo que é garantir o acesso e por fim promovendo assim à qualidade no cuidado.

2.1.4 Integralidade

Um dos princípios do SUS é a integralidade onde todos as redes de atenção a saúde se ligam para proporcionar um atendimento integral, suficiente e continuo aos usuário, independente do serviço ser público ou privado.

A atenção integrada é essencial para que seja alcançada a integralidade do cuidado, porque esta exige a coordenação entre todas as partes do sistema de saúde para garantia da satisfação das necessidades de saúde. No nível do sistema, a atenção integrada exige o desenvolvimento de redes de serviços e de prestadores, de sistemas de informação e gestão apropriados, bem como a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, como gestão das listas de espera, prontuário eletrônico em rede e protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, entre outros (BRASIL,2011c).

A EqSF coordena/ordena todo o fluxo assistencial em saúde, é a porta de entrada no SUS, ela compõe a rede regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde no Brasil. Dentro desde contexto a responsabilidade de cada equipe de saúde da família perpassa a de só encaminhar o usuário ao outro ponto de atenção ela deve acompanhar ele independente de sua localização dentro da rede. Como mostra a figura abaixo:

Fonte: Ministério da Saúde, 2006[2]

Figura 1. Organização do Sistema de Saúde.

Logo, acredita-se que uma rede universal de APS, como está sendo buscada pelo modelo brasileiro de EQSF, possibilita um melhor controle do desperdício de recursos de saúde, redução da duplicação da oferta de serviços, estabilidade e confiança na relação entre usuários e o sistema de saúde e maior eficácia no alcance de resultados de saúde (HART,1990).

Muitos são os desafios para ser superados a fim de colocar em pratica esse principio como o grande numero de famílias para uma só EqSF acompanhar, tornando quase impossível um acompanhamento integral como se preconiza. Segundo Andrade os avanços também devem ser de infra-estrutura de redes de internet, prontuários eletrônicos, protocolos clínicos, no apoio diagnostico na gerencia das unidades de saúde da família de maneira a alcançar um nível ótimo de comunicação entre redes de saúde. Também precisamos da inclusão de mais profissionais na equipe mínima da EQSF para operacionalizar toda a rede de informática que o Ministério de propõem a incluir nas EQSF.

A integralidade também consiste em uma visão holística do individuo pelos profissionais que dele cuidam. Para isso acontecer de forma satisfatória o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de uma maior resolução na atenção básica, com sua composição definida pelos gestores tomando como base a epidemiologia local.

Os NASFs são constituídos por profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam de maneira integrada aos profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando saberes e práticas em saúde mediante o apoio matricial as equipes das unidades as quais o NASF está vinculado (BRASIL,2011). O apoio matricial também é usado como apoio as EQSF como uma troca de experiência e saberes, aumentando assim a integralidade da atenção e diminuindo os encaminhamentos desnecessários.

Para a construção desse novo campo do conhecimento é importante que se desenvolva um trabalho em equipe interprofissional. Esse trabalho em equipe é uma das grandes dificuldades encontradas na EQSF para se conseguir juntar todos os conhecimentos em prol dos usuários e não fragmenta-los cada vez mais. A fragmentação coloca cada profissional com seu conhecimento individual em uma

caixinha, precisamos estabelecer relações construtivas entre os membros de cada equipe. Hoje sabemos que isso não é ensinado nos cursos de graduação, mas já existe a residência multiprofissional como um primeiro passo para resolução deste desafio.

2.1.5 Monitorar e avaliar a situação de saúde no território

O território é um espaço vivo que junto com sua comunidade se movimenta e transforma a cada dia. A Equipe saúde da família deve monitorar e acompanhar essas transformações de sua comunidade a fim de observar se suas ações estão dando resultados positivos na saúde deles. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é alimentado pelas Equipes saúde da família mensalmente e produz relatórios que serve de auto avaliação para elas planejarem suas ações.

Com a expansão da EQSF pelo Brasil o MS resolveu investir em qualificação das equipes de saúde da família através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi lançado em julho de e esta sendo uma atitude louvável desde que adequada a indicadores factíveis e acoplada a uma mudança no paradigma assistencial, que envolve tanto a escolha de parâmetros adequados para a avaliação quanto o investimento do próprio governo na qualidade dos profissionais estando ainda vinculado à mudança da organização do próprio sistema de saúde brasileiro como um todo, e não somente de uma parte dele.

O programa tem como objetivo central induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (AB) por meio de ações que promovam a ampliação do impacto da AB sobre as condições de saúde da população, uma maior conformidade das UBS com os princípios e diretrizes definidos da PNAB, melhorias na qualidade dos sistemas de informações e o fortalecimento de seu uso como instrumento de gestão, a institucionalização de uma cultura de avaliação, entre outras (BRASIL,2011c).

O PMAQ-AB já esta contribuindo para uma melhor organização dos processos de trabalho dentro das UBS, ajudando a superar a precariedade da rede física, as condições inadequadas de trabalho para os profissionais, instabilidade dos

profissionais, a pouca integralidade com as outras redes de atenção e o financiamento insuficiente. Possui várias fases que se dividem em Brasil (2011c):

> -Primeira Fase: contratualização dos compromissos e indicadores entre gestores e equipes de saúde da família e destes com o MS. O PAB-Variável aumenta 20% do valor referende a uma equipe saúde da família; Segunda fase: desenvolvimento onde acontecerá a auto-avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; Terceira fase: Avaliação externa que acontecerá no próprio município nas suas UBS participantes e irá averiguar as condições de acesso e qualidade, além de uma pesquisa de satisfação com os usuários da área. Dependendo do resultado o município avaliado receberá valor diferenciado no PAB-Variável. Quarta etapa: recontratualização de todos os indicadores e compromisso a partir da primeira avaliação de desempenho da AB.

Será importante confirmar a satisfação do usuário com a qualidade da Estratégia Saúde da Família como um dos componentes da PMAQ-AB. Mas não basta estabelecer um sistema de avaliação da qualidade de serviços. Há que se investir fortemente na qualificação dos profissionais que trabalham nestas instituições, na recompensa para aqueles profissionais que realmente consigam imprimir qualidade no serviço, e na ambientação destes serviços (SAVASSI,2012).

No geral entende-se que esse processo de avaliar as UBS que já aconteceu em seu primeiro ciclo e aguarda resultado do 2ª ciclo só trouxe vantagens e abriu discussões entre a saúde da família idealizada e o saúde da família vivida. Até onde o que lemos condiz com a nossa realidade? Quais as práticas estão sendo bem desenvolvidas por essas Equipes de Saúde?

2.1.6 Cogestão coletiva da equipe

O espaço da equipe saúde da família deve ser democrático e participativo. Todos da equipe devem ter responsabilidades e dividi-las para alcançar metas estabelecidas em seu planejamento. O processo de decisão pode ser coordenado por um gerente de UBS ou coordenador geral. Pela PNAB cada membro da equipe mínima possui atribuições comuns e especificas para atuarem dentro de seu UBS.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando não só o trabalho industrial, mas também o trabalho no setor de serviços.

Com o aumento do fluxo de trabalho e a aplicação de novos métodos de gerência, o processo é dividido em operações mínimas, e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho. Segundo Pires (1996):

> O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da EqSF era da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

O conceito de 'processo de trabalho em saúde' foi desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico desde o início dos anos 80 e passou a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, foi o autor que formulou o conceito de 'processo de trabalho em saúde', a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular.

No estudo do processo de trabalho em saúde Mendes Gonçalves (1979, 1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configura um dado processo de trabalho específico.

Portanto, certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que esteja na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva serão realizadas a transformação do objeto em produto. Por meio da presença e

ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade.

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’.

A partir dos anos 90, um conjunto de questões novas relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos.

Atualmente o processo de trabalho em saúde’ é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois são nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

O trabalho em saúde hoje é um trabalho coletivo institucional que se desenvolve pelo trabalho profissional e da divisão parcelar das atividades. No século XX os estudos sobre a execução do trabalho e sua reorganização a fim de diminuir o tempo e os gastos em sua produção. Com o aumento do fluxo de trabalho os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho por dividirem as operações mínimas enquanto o trabalho pensante fica a cargo de poucos.

Os profissionais liberais da classe média na década de 50 na realidade americana segundo Mills foram os que mais se modificaram passando de trabalhadores independentes para empregados, passando ainda de possuidores amplo conhecimento para especialista e suas atividades se tornaram fragmentadas.

Para Offe (1991) a sociedade a partir do século XX foi chamada de sociedade de serviços e uma característica da mesma seria a dificuldade de

planejamento em relação ao custo/beneficio e muitas instituições mesmo que não são rentáveis não podem parar como é o caso dos serviços de saúde.

Segundo Pires (1996) o trabalho em saúde é um trabalho essencial e seu produto é a própria realização da atividade. Hoje em sua maioria o trabalho é coletivo e realizado por diversos profissionais. Possuí características de trabalho assalariado e de divisão parcelar. Ele ainda fala que:

> "O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, e t c. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional".

O serviço público sofre interferência de fatores macropoliticos na escolha de sua estratégia de racionalização para diminuir os custos dos serviços e se torna difícil a decisão de fechar por fazer parte das necessidades básicas de sua população.

Nesse modelo, segundo Schraiber (2009) , "há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho".

2.2.1 O processo de trabalho das Equipes Saúde da Família

O trabalho em Saúde é hoje coletivo institucional e que se desenvolve pelos profissionais realizando uma divisão parcelar do trabalho em saúde. No inicio do século XX estudos sobre a execução do trabalho e sua reorganização surgiram com o objetivo de diminuir o tempo de gasto sem produção e aumentar a produtividade, assim levando ao parcelamento do trabalho. Com o aumento do fluxo de trabalho os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de

trabalho e o trabalho pensante fica restrito apenas a poucos (RIBEIRO, PIRES ,BLANK,2004).

Os que obtiveram mais conhecimento de tudo acabaram-se se tornando trabalhadores especialistas e a produzirem atividades parceladas que necessitariam de complementaridade de outros trabalhadores (MILLS,1979).

Além disso, segundo Scraiberet (1999) fala que a política por si só tende a desproteger e desvalorizar o trabalho e o trabalhador tentando regular de alguma maneira o trabalhador e isso interferindo no processo de trabalho do mesmo. A burocratização e o acumulo de normas administrativas e padronizadas levam os gestores a acreditar nesta possibilidade de controlar o processo de trabalho e sem se dar conta que ele é um processo vivo e mutável.

Torna-se o trabalhador em geral e principalmente o da saúde em profissionais com conhecimentos específicos e não do todo, prejudicando de certa maneira uma visão holística do problema de seu usuário e dificultando a integralidade para o mesmo. Segundo Campos (1997) :

> "Aponta para fragmentação, burocratização, desarticulação das linhas de intervenção com as informações como problema do trabalho em saúde pública no Brasil. Além desta esta a dificuldade entre proposta de cuidado/ assistência generalista e a baseada na especialidade, onde nesta última os tratamentos são cada vez mais longos, os profissionais perdem a capacidade de ver o todo do sujeito e resolver os problemas além dos compromissos passarem a ser indiretos com os mesmos".

Contudo já mencionado os tratamentos realizados por especialistas e não por uma equipe multiprofissional, sai mais dispendioso, com maior sofrimento para o usuário e são longos além do resultado global não ser direcionado a um profissional só, dificultando aos sujeitos a necessidade de cuidados de saúde pós-tratamento não pelo especialista, mas por toda uma equipe multiprofissional.

Recomenda-se hoje que devam existir equipes multiprofissionais colocando-se sobre estas expectativas diversas onde as mesmas vão resolver tudo milagrosamente. O Ministério da Saúde com os NASF como apoio a EQSF mostra que essa estratégia já esta consolidada para o mesmo. Mas para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde os mesmo devem ter autonomia técnica aliada à articulação de ações. Segundo Scharaiber (1999):

> "A divisão do trabalho na área da saúde gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. Quando a equipe é multiprofissional e os agentes possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a

> complementaridade e interdependência e busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais".

Vários são os problemas do trabalho em saúde, onde os profissionais se identificam mais pelo que fazem ou mostram fazer dentro do processo de trabalho do que suas exposições políticas ideológicas. Isso (re)cria a necessidade de novos profissionais defensores de certas crenças e valores (MATOS,1999).

No Brasil a Estratégia Saúde da Família (EQSF) reorienta o modelo assistencial a partir da atenção Básica, portanto podendo impactar no sistema como um todo. Segundo Sousa existe inúmero impacto evidenciado nos municípios ao longo da implantação da EQSF.

As equipes de saúde da família são formadas de no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem e no mínimo 4 agentes de saúde e desde 2004 temos também a equipe de saúde bucal com um dentista e um técnico de saúde bucal e/ou atendente de saúde bucal. Esses profissionais têm o objetivo de prestar assistência integral, continua com qualidade e resolutividade a uma população adscrita em sua área de abrangência. Segundo o Ministério da Saúde na portaria nº GM/2.248 de 21 de outubro de 2011 cada profissional de saúde que faz parte desta equipe possui atribuições especificas e gerais para todos.

Para o Ministério da Saúde Brasil (2011) são atribuições comuns a todos:

> I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
> II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
> III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros
> IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
> V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de

> intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
> VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
> VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
> IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
> X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
> XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
> XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
> XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
> XIV - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
> XV - participar das atividades de educação permanente;
> XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
> XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
> XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Todas essas atribuições em comuns em sua maioria não são realizadas pela maioria das Equipes de Saúde da Família, além de alguns membros nem conhecerem na integra suas funções especifica imagine as de equipe. O trabalho em equipe é uma das dificuldades encontradas na Saúde da Família, porque muito de seus profissionais não tem habilidades para estabelecer relações construtivas entre todos. Essa habilidade não é ensinada nos cursos de formações profissionais e os sujeitos que chegam para trabalhar na saúde da Família se deparam com outras pessoas, com conhecimentos diversos e não conseguem da conta de realmente formar equipes e não grupos de trabalho como acontecem em sua maioria.

O processo de trabalho identifica inúmeras relações e configurações diferentes dentro de um mesmo ambiente de trabalho. Segundo Krug (2006) ele é definido como atividades voltadas a produção de valores com finalidade de satisfazer as necessidades humanas e as relações de produção.

Já o processo de trabalho das equipes saúde da família, ou seja, suas atividades realizadas nas unidades de saúde se caracterizam segundo o Brasil

(2011) como: territorialização, planejamento de ações em cima do diagnóstico situacional, desenvolver ações que priorizem os grupos de risco, acolhimento com escuta qualificada, oferecer uma atenção integral, realização da atenção a saúde extra muros, desenvolver atividades educativas que ajudem o individuo a cuidar de sua saúde, implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; apoiar gestão local e do controle social e realizar atenção domiciliar .

Na pesquisa realizada em Santa Cruz do Sul/RS por Krug, lenz, weiglt (2010) e assunção sobre processo de trabalho na EQSF chegou-se a conclusão que existe dificuldades de comunicação e de se estabelecer plano de ação comum entre os profissionais e a população, uma maior valorização do médico na equipe, diferenças culturais da população dificultando as inter-relações e elas crescem em proporção as carências da população. Confirmaram também que com a escuta dos profissionais podemos saber do cotidiano do serviço e suas limitações, relações com o trabalho e a população. O trabalho em saúde segue lógicas capitalistas e políticas partidárias vigentes na sociedade. Segundo Bertoncini ,Costaet al., Souza (2000, p.442) citado por Ribeiro, Pires e Blank (2004), as pesquisas mostraram que:

> "As condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infra - estrutura material, a dinâmica da assistência e condições sócias políticas para desenvolvimento do trabalho. Assim, os autores citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o 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 discutira dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contra fluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de In formação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda".

Para Bertoncini (2000) citado por Ribeiro, Pires e Blank (2004) as condições de trabalho apontadas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência e dificultando um processo de equipe saudável.

Pires (1996) defende a posição de que:

> "[...] É preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do locus do trabalho com deformidade".

Então o processo de trabalho deve ser bom para os sujeitos que fazem parte do processo como todo e deve ser avaliado continuamente para realmente alcançar as metas que se propõem a EQSF. Para isso se faz necessário além de se planejar, estar sempre monitorando e avaliar a fim de intervir ou não no que se faz necessário para seu sucesso.

3. METODOLOGIA

3.1 Natureza do Estudo

A presente pesquisa se caracterizou por ser um estudo de caso que utilizou uma abordagem qualitativa, tomando como objeto a avaliação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF).

Caracteriza-se como uma investigação no seu contexto real e pretende avaliar o processo de trabalho das EqSF dentro de sua unidade de saúde . O estudo de caso é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “porquê?” (YIN,1994), quando o investigador detém escasso controlo dos acontecimentos reais ou mesmo quando este é inexistente, e quando o campo de investigação se concentra num fenômeno natural dentro de um contexto da vida real como acontece na presente pesquisa. Para. *“É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado”* (GOODE & HATT, 1969, p.422). De outra forma, TULL (1976, p 323) afirma que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular" e BONOMA (1985, p. 203) coloca que o "estudo de caso é uma descrição de uma situação gerencial".

> Para Yin (1994) o objetivo do estudo de caso é explorar, descrever ou explicar e segundo Guba & Lincoln (1994) o objetivo é relatar os fatos como sucederam, descrever situações ou fatos, proporcionar conhecimento acerca do fenômeno estudado e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso. Por seu lado, Ponte (1994) afirma que o objetivo é descrever e analisar. A estes dois Merriam (1998) acrescenta um terceiro objetivo, avaliar (ARAÚJO, PINTO,LOPES &NOGUEIRA,2008,p.04).

Então como vantagens do estudo de caso segundo Ventura (2007) estão às novas descobertas, a flexibilidade do seu planejamento; a multiplicidade de dimensões de um problema, simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles.

Para dar conta desta avaliação definimos a abordagem qualitativa por ter acreditado que neste objeto há dimensões subjetivas no vínculo estabelecido entre os profissionais e o seu processo de trabalho para com os usuários, que só poderão ser apreendidos através deste método.

Para Leopardi (2001) a Pesquisa Qualitativa (PQ) tenta compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que vivenciam, ou seja, parte de sua vida

diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. Já segundo Bosi (2007,p.34) a PQ é:

> " O trabalha com material discursivo ou outras formas de linguagem e suas perguntas condutoras referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica em termos de valores absolutos, razões, proporções ou frequências de distribuição. Esta baseada em palavras, histórias e narrativas cujo interesse é a dimensão subjetiva, aplicando o método indutivo, tendo as entrevistas abertas ou a observação participante como técnicas privilegiadas para obter a informação".

Nessa perspectiva, o método qualitativo tem o potencial de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, mostrando-se apto para descobrir novos nexos e explicar significados (SERAPIONI, 2000).

3.2. O Campo de Estudo

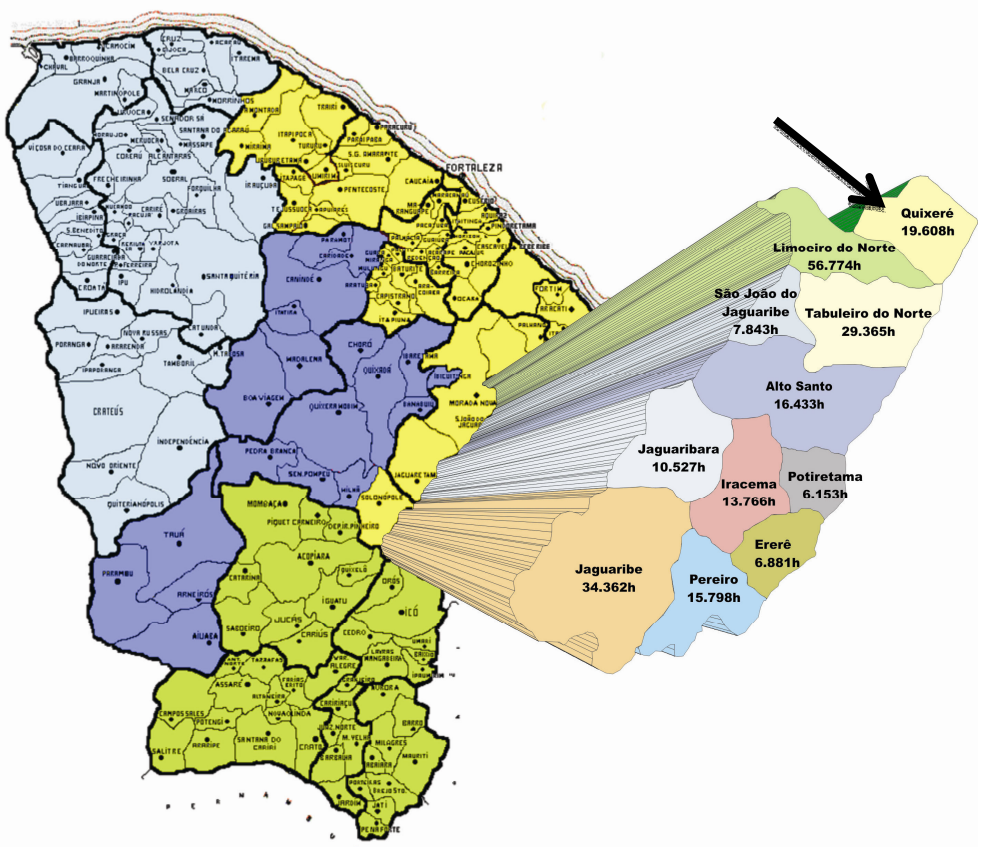
O município de Quixeré está situado na 10ª região administrativa do Estado do Ceará, chamada de Baixo Jaguaribe, a 37º 59'19'' a Oeste de Greenwich e 5º 04' 27'' ao sul do Equador. A origem de Quixeré deu-se a partir da sua emancipação do município de Russas. Seu nome se deve ao rio que tem essa mesma denominação e que passa próxima a cidade. As pessoas nascidas no município são chamadas de quixereenses.

Sua área é de 617 Km² e a maior altitude da sede municipal é de 30 metros. O Clima é Sub-tropical quente e seco, com duas estações, uma mais prolongada de verão e a outra de inverno. Os principais acidentes geográficos são a Chapada do Apodi, o Serrote da Palpina e a Depressão Sertaneja. O Solo são de Aluviais e várzeas. A vegetação é composta da catingia arbórea, arbustiva densa e mata ciliar de carnaubeiras. Os rios principais são o Jaguaribe e o Quixeré. As suas riquezas naturais se constituem em Jazidas de pedra calcária (já em exploração) e pequenas reservas inexploradas de cristal de rocha rutilo, ferro, salitre e berílio (Plano municipal de saúde, 2009).

Limite-se ao norte, Jaguaruana, ao sul, Limoeiro do Norte, a leste o Estado do Rio Grande do Norte e a oeste com Russas. O acesso ao Município é cortado pelas seguintes rodovias: CE - 209, estrada Quixeré - Baraúnas (RN), Estrada Macambira, Araújo e Carpina. Entre a sede e os distritos, o acesso se dá na grande maioria por estradas vicinais. Na época chuvosa, o acesso fica

comprometido. O acesso à capital se dá através da BR - 116, CE - 377 via CE - 209. A menor distância de Quixeré para a Capital do Estado é de 207 Km.

Figura 2- Localização e Composição da Macrorregião de Saúde de Fortaleza e da 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte . Estado do Ceará, 2012.



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Quixerê-CE,2010.

A figura 2 mostra o município de Quixeré dentro de sua região de saúde no estado do Ceará. A população estimada de Quixeré pelo IBGE para 2013 foi de 21.241 habitantes sendo que 16% da população é criança, 20% adolescente, 44% adulto jovem e 10% idosos. Praticamente o mesmo número de mulheres é igual à de homens (DATASUS, 2014).

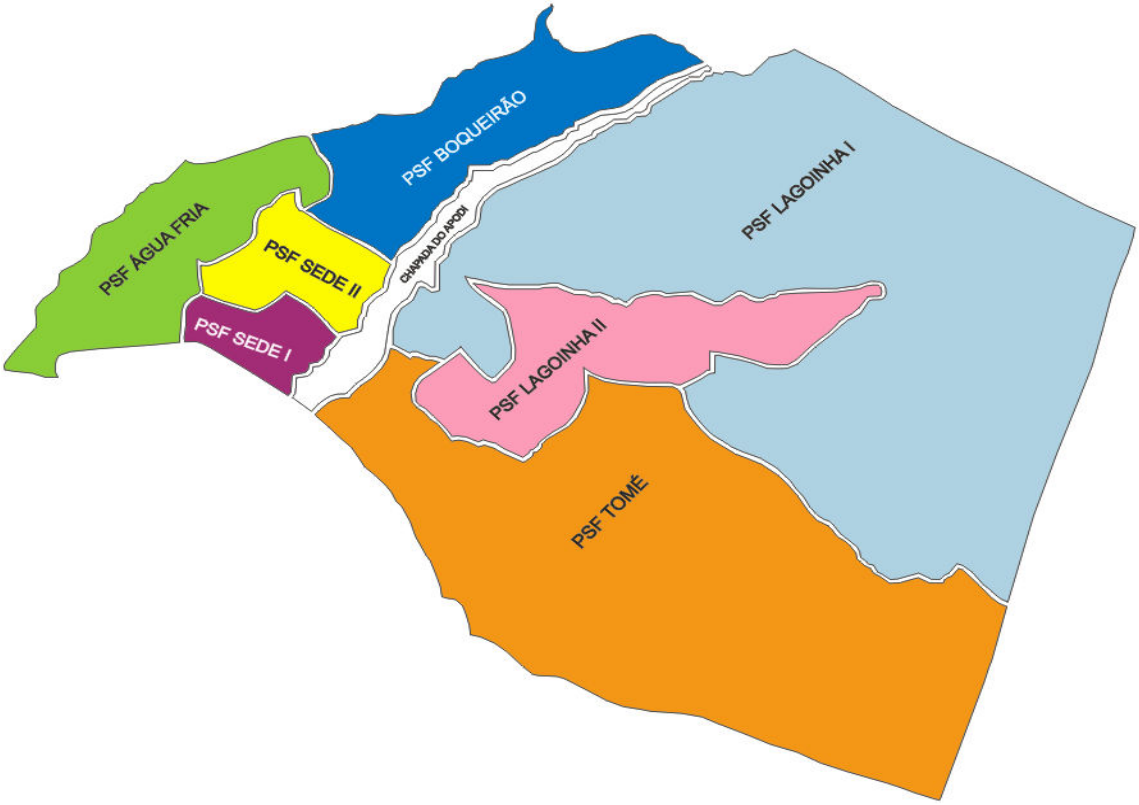
Esta pesquisa foi realizada no município de Quixeré- CE com as EqSF nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) que aderiram ao PMAQ-AB no ano de 2012. O período de realização da pesquisa foi de janeiro de 2013 a março de 2014.

O município no geral possui um Hospital de Pequeno Porte, um laboratório de análises clínicas, sete EqSF e Saúde Bucal (SB) e cinquenta Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que equivale a 100% de cobertura da Estratégia

Saúde da Família e dentre essas equipes três fizeram parte do PMAQ-AB.

A Divisão territorial e Administrativamente de Quixeré é composto pela sede do município e por 03 distritos (Lagoinha, Tomé e Água Fria). De acordo com uma oficina de territorialização em Saúde realizada em 2013, o município foi dividido em 06 AVS (áreas de vigilância a saúde). Destas, 07 estão cobertas pelo EQSF (Estratégia Saúde da Família): Sede I e II, Água Fria, Tomé, Boqueirão, Lagoinha I e II. Como mostra o mapa geral do município de Quixeré dividido em cores por áreas de abrangência de cada EqSF :

Figura 3- Distribuição das EqSF de Quixeré-CE em áreas de abrangências.



Fonte: Relatório de Gestão de Quixeré de 2012.

A Equipe de Saúde da Família 01 esta localizada na sede do município, e equivale na figura 3 à cor lilás, possuí 2.949 pessoas, 938 famílias cadastradas e já existe a vinte e dois anos, desde a implantação da EQSF. Os profissionais que ali trabalham são: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares administrativos, um digitador, um ASB, um dentista, um auxiliar de serviços gerais, um motorista e seis agentes comunitários de saúde.

A Equipe de Saúde da Família 02 esta localizado há 4 km da sede, no

distrito de Água-Fria e equivale na figura 2 à cor verde, possuí 2.133 pessoas, 674 famílias cadastradas e existe há dezessete anos. Possuí três Unidades Básicas de Saúde onde se dividem em: uma em Barreiras, uma em Água-Fria e uma em Macambira. Os profissionais que ali trabalham são: um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, dois auxiliares administrativos, um digitador, um ASB, um dentista, dois auxiliares de serviços gerais, um motorista e seis agentes comunitários de saúde.

A Equipe de Saúde da Família 03 esta localizado há 7 km da sede e no distrito de Lagoinha e equivale na figura 3 à cor azul, possuí 4.531 pessoas, 1.436 famílias cadastradas e existe há dezoito anos. Possuí uma Unidade Básica de saúde que se situa em Lagoinha e três pontos de atendimento, onde se divide em: vila nova, Ubaia e Bom Sucesso. Os profissionais que ali trabalham são: um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo, um digitador dois ASB, dois dentistas, um auxiliar de serviços gerais, um motorista e oito agentes comunitários de saúde. O dentista da EqSF 3 divide o consultório com o dentista de outra EqSF.

3.3. Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família que são: um médico, um enfermeiro, um dentista, um ASB, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde dando um total de dezoito participantes da pesquisa.

A escolha de só um profissional técnico de enfermagem dentre os vários que hoje trabalham nas Unidades de saúde estudadas seguiu os seguintes critérios: 1. Profissionais com mais tempo vinculado a UBASF e que estejam em serviço; 2.Disponibilidade de tempo para a entrevista; 3.Aceitar participar da pesquisa. Os mesmos critérios foram utilizados para a escolha do Agente Comunitário de Saúde para a pesquisa.

Esse critério de inclusão apenas das equipes que aderirão ao PMAQ-AB em 2012 e participaram de todo o processo de avaliação se de porque as equipes que fizeram uso do instrumento de avaliação proposto pelo PMAQ-AB, o AMAq, passaram por várias capacitações em relação a organização do processo de

trabalho nas suas UBASF.

3.4. Procedimentos e instrumentos de Coleta dos Dados

A coleta de dados se deu através da pesquisa de campo na qual foi utilizada a técnica de observação simples nas unidades de saúde da família participantes do PMAQ-AB e a entrevista semi-estruturada gravada com os profissionais de saúde dessas EqSF.

Para a observação simples foram observados aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes (Apêndice B), possibilitando, assim, comparações com os dados coletados entre as falas e a prática real na Unidade de saúde.

Durante a observação a pesquisadora chegou às Unidades de saúde antes do inicio dos atendimentos para poder visualizar melhor o acolhimento aos usuários. Teve oportunidade de observar a escala de trabalho em sua integra e a matriz de intervenção das equipes, além do mapa e sala de situação expostos na recepção da unidade de saúde.

Da observação simples foram construídos fluxogramas analisadores e com a análise deles o roteiro para a coleta de dados com os profissionais das EqSF. O "fluxograma analisador" se constitui num instrumento de análise, que interroga os "para que", os "que" e os "como" dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo. A ideia de se operar com instrumentos de natureza analítica apoia-se na proposta de que a construção de tecnologias que operem com processos auto analíticos e autogestivos, articuladas às finalidades dos serviços de saúde. (BARBOZA, 2005).

Utilizando-se do roteiro construído para a entrevista gravada pela possuí questões provocadoras que facilitaram a comunicação entre pesquisador e sujeito da pesquisa. O mesmo encontra-se no Apêndice C.

Para a entrevista foram convidados a participar pelo menos um profissional da equipe mínima da EqSF, visando assegurar um olhar multidisciplinar das temáticas e considerando sempre os critérios de inclusão. A entrevista semi estruturada foi escolhida por que o investigador poderia estar presente junto ao informante e formular questões relativas ao seu problema, além de permitir um

diálogo mais rico, profundo e captando não só respostas aos seus questionamentos, mas também os sentimentos dos sujeitos pesquisados. Segundo Minayo (2010), a entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro, segue uma sequência de questões, que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, facilitando a abordagem e garantindo, ao pesquisador, que os pressupostos serão abordados.

3.5. Análise e interpretação dos dados

A análise de dados aconteceu pela transcrição das falas dos mesmos e através da análise de conteúdo do discurso declarado dos atores sociais. A análise de conteúdo objetiva dentro da pesquisa capta saberes que estão por trás da superfície textual, além de ser um instrumento neutro de verificação de uma determinada realidade (ROCHA &DEUSDARÁ,2005).

Sendo assim na pré-análise foi realizada uma leitura exaustiva dos resultados das falas em associação com os objetivos da pesquisa. Junto a essa leitura também foram visto os resultados da observação simples realizada nas Unidades de Saúde da Família onde foram criados fluxogramas para a identificação do processo de trabalho das EqSF e deles surgiram três grandes temáticas: acolhimento, construção da agenda de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação. Outra temática surgiu com a inquietação relacionada aos fatores que facilitam e dificultam o processo de trabalho nas EqSF. Segundo Franco & Merhy (2003) o fluxograma é a representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho e serve para interrogar a micropolítica da organização do serviço de saúde.

Utilizou-se do programa Bizagi Process Modeler para a criação dos fluxogramas da pesquisa. Foram construídos nove fluxogramas analisadores relacionados com o processo de trabalho nas EqSF.

3.6. Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética competente, a fim de garantir as recomendações da resolução Nº 196/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos e foi

aprovado no dia 19 de dezembro de 2013. Para garantir a privacidade dos profissionais de saúde não mencionaremos seus nomes e levamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Segundo Polit, Beck, Hungler (2004), o relatório de Belmonte articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: princípio de beneficência (defende o sujeito acima de tudo, não causar dano); princípio de respeito à dignidade humana (inclui o direito à autodeterminação – os sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente se querem ou não participar de um estudo, o direito à revelação completa - abrange os direitos que as pessoas têm de tomar decisões autorizadas a cerca de sua participação em um estudo); e o princípio da justiça (inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade).

3.7 Dificuldades metodológicas

Durante a fase de observação surgiram alguns imprevistos como afastamento de profissionais por motivo de doença, serviços agendados na escala de trabalho que não aconteceram e a falta de alguns profissionais da EqSF ao serviço sem aviso prévio.

Na EqSF1 também ocorreram problemas como a falta de atendimento da odontologia por quatro vezes impossibilitando a observação do processo de trabalho dos mesmos que só foi visto na quinta tentativa.

O horário de chegada da pesquisadora também foi alterado para que pudesse visualizar a abertura da Unidade de Saúde e todo o acolhimento aos usuários realizados pela EqSF.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos as discussões dos resultados da pesquisa. Para isso foram realizadas exaustivas leituras dos dados coletados, oportunizando a chegada intima com o conteúdo das falas dos sujeitos.

Dos resultados da observação simples realizada nas Unidades de Saúde da Família foram criados fluxogramas para a identificação do processo de trabalho das EqSF. Foi através dele que surgiram três grandes temáticas: acolhimento, construção da agenda de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação. Outra temática surgiu com a inquietação relacionada aos fatores que facilitam e dificultam o processo de trabalho nas EqSF.

Para inicio achamos relevante caracterizar os sujeitos da entrevista com a: idade, sexo, categoria profissional e tempo de trabalho dentro da mesma EqSF. Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes foi atribuída uma legenda de identificação para eles.

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL

As características gerais dos sujeitos da pesquisa estão apresentadas em uma tabela abaixo para que possamos visualizar melhor o objeto de estudo.

A tabela 01 apresenta de forma geral o número de participantes, a categoria profissional deles, a média de idade dos sujeitos por categoria profissional e o tempo de serviço na mesma EqSF em anos.

Tabela 01: Caracterização geral dos sujeitos da pesquisa.

Categoria Profissional	Número de participantes	Média de idade (em anos)	Média de tempo na EqSF (em anos)
ACS	3	36	13
ASB	3	34	6
Dentista	3	28	1
Enfermeiro	3	38	7
Médico	3	51	10
Técnico de enfermagem	3	36	10

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde e ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

Fonte: Elaboração da autora.

Na tabela 01 podemos perceber um número igual de profissionais da mesma categoria participando da pesquisa. Em relação à idade mostra-se com uma média de cinquenta e um anos para os médicos, sendo a categoria mais velha e de vinte e oito anos para os dentistas como a categoria mais jovem na EqSF. No geral os profissionais que compõem a EqSF esta a no mínimo sete anos juntos enquanto os que compõem a EqSB a um ano. Observou-se que o enfermeiro esta há menos tempo na EqSF do que o próprio médico. O que gerou esse elo da categoria médica com as EqSF de Quixeré foi a adesão ao concurso público unificado realizado para os municípios pelo Estado do Ceará no ano de 2006.

Para que aja a consolidação do vinculo dentro das equipes é importante que os profissionais que ali estão tenham elos trabalhistas. Foram selecionados através de concurso público seis médicos, seis enfermeiros e seis dentistas. Desses atualmente se encontram no município trabalhando nas EqSF cinco médicos, os quatro enfermeiros e nenhum dentista. Isso foi demonstrado na tabela 01 que a média de permanência dos dentistas é de apenas um ano, diferente do que se encontra na literatura com a rotatividade de médicos como um dos entraves da EqSF.

4.1.2 Caracterização por Equipe Saúde da Família

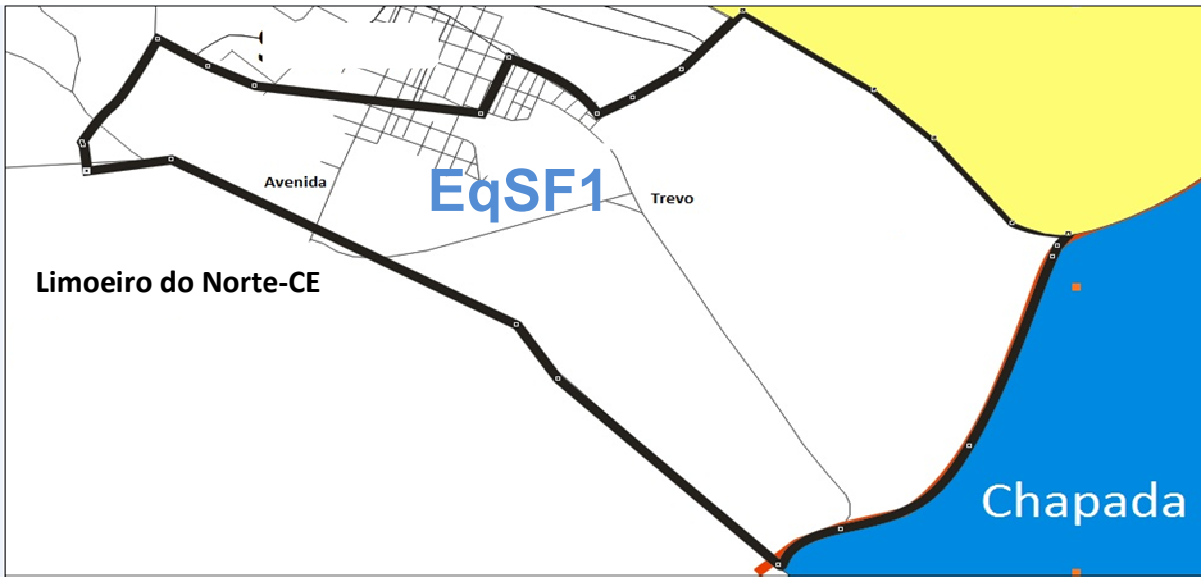
A caracterização das três EqSF se torna importante para que possamos conhecê-las e entender o seu processo de trabalho. Será apresentado uma descrição das famílias, dos profissionais que participaram da pesquisa em quadros e o mapa de abrangência da área.

4.1.2.1 Dados da Equipe de Saúde da Família 01

A EqSF 01 esta localizada na sede do município é a equipe mais antiga e possui cerca de 2.949 pessoas se dividindo em : centro, Pontal, Nova morada e serrinha. Possui atualmente 938 famílias, 316 hipertensos, 84 diabéticos e 23 gestantes. Em relação às condições sanitárias e de moradia da área podemos dizer que: 96% das pessoas têm abastecimento de água, 98% têm água tratada para beber, 99% tem coleta de lixo e casas com energia elétrica, 99% das casas são de

tijolo e 99% do esgoto vai para fossas, pois o município não dispõe de saneamento básico público. A unidade básica possui um acesso fácil para os usuários em termos de localização geográfica. O mapa a seguir mostra a área da EqSF 1 .

Figura 04: Área de abrangência da EqSF 1.



Fonte: Elaboração da autora.

A figura 4 mostra uma área de abrangência de poucos quilômetros, mas com uma densidade populacional grande por ser o centro do município de Quixeré, onde a EqSF 1 atua.

Quadro 01: Caracterização geral dos sujeitos da EqSF 01.

Profissionais	**Sexo**	**Idade em anos**	**Tempo na mesma EqSF em anos**
ACS1	Feminino	30	7
ASB1	Feminino	34	8
D1	Feminino	31	2
E1	Feminino	53	17
M1	Feminino	55	17
T1	Feminino	42	16

Legenda: ACS1: Agente Comunitário de Saúde, ASB1: Auxiliar de Saúde Bucal, D1: Dentista, E1: Enfermeira, M1: Médica e T1: técnica de enfermagem.

Fonte: Elaboração da autora.

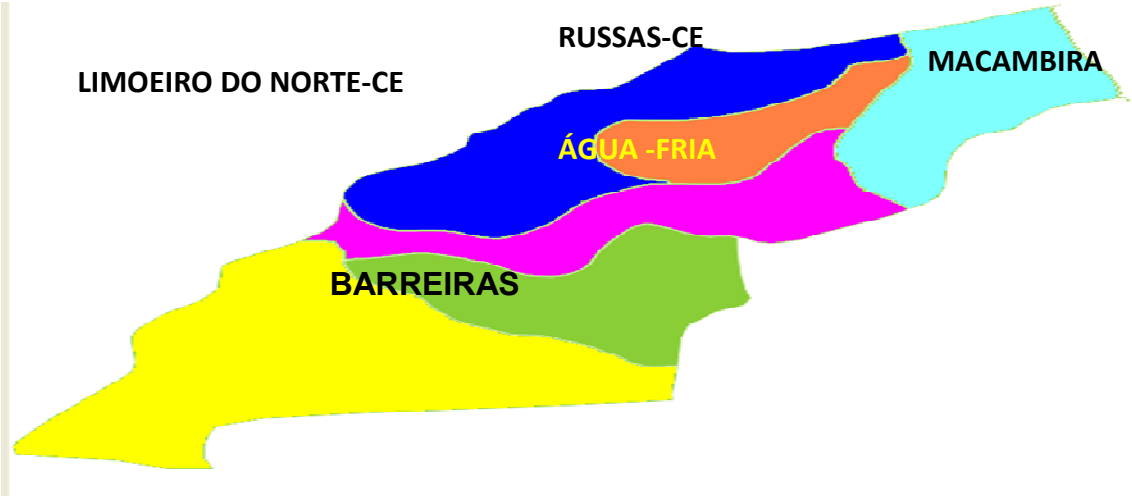
Essa EqSF 1 possuí duas qualidades que foram observadas na pesquisa um é o acesso e a outra é o vínculo com a população da área que já existe a dezessete anos com os mesmos profissionais da equipe saúde da família. Em relação à EqSB já houveram muitas modificações de dentistas, mas o ASB se mantém desde 2006 o mesmo. A EqSF 1 já foi premiada pelo Ministério da Saúde no quesito tempo de serviço dos profissionais na mesma unidade de saúde como mostra o quadro 02 ,com exceção do dentista, há profissionais com 16 anos trabalhando juntos.

4.1.2.2 Dados da Equipe de Saúde da Família 2

A EqSF 2 esta localizada no distrito de Água-Fria sendo a terceira equipe mais antiga com cerca de 2.133 pessoas se dividindo em um posto sede que fica em Água-Fria e dois pontos de apoio: um em macambira com cerca de 300 pessoas e um em Barreiras com cerca de 1.500 pessoas. Possui atualmente 674 famílias, 253 hipertensos, 43 diabéticos e 18 gestantes. Em relação às condições sanitárias e de moradia da área podemos dizer que: 32% das pessoas tem abastecimento de água, 92% tem água tratada para beber, 48% tem coleta de lixo, 99% das casas com energia elétrica, 98% das casas são de tijolo e 96% do esgoto vai para fossas, pois o município não dispõe de saneamento básico público.

Possuí um acesso por estrada de chão que sempre no inverno fica prejudicada para o deslocamento da equipe ao Posto de Saúde. O usuário também possui dificuldade para o deslocamento, pois não tem transporte público e os mesmo tem que ir por sua conta a unidade de saúde. Um dos pontos observados é que a equipe se desloca muito para chegar mais próximo do usuário e estabelecer um atendimento nos pontos de apoio, chegando a fazer esse deslocamento até duas vezes ao dia.

Figura 5: Área de abrangência da EqSF 2 dividida por microareas existentes.



Fonte: Elaboração da autora.

Na figura 4 mostra as localidades que são cobertas pela EqSF 2 e percebesse que as distâncias entre elas são grandes e a via de acesso é ruim ,prejudica o deslocamento da equipe até a unidade de saúde e diminuindo seu tempo de permanecia dentro dela.

Quadro 02: Caracterização geral dos sujeitos da EqSF 2.

Profissionais	**Sexo**	**Idade em anos**	**Tempo na mesma EqSF em anos**
ACS2	Feminino	35	17
ASB2	Feminino	35	9
D2	Masculino	30	0,6
E2	Masculino	31	4
M2	Masculino	45	6
T2	Feminino	34	6

Legenda: ACS2: Agente Comunitário de Saúde, ASB2: Auxiliar de Saúde Bucal, D2: Dentista, E2: Enfermeira, M2: Médica e T2: técnica de enfermagem.

Fonte: Elaboração da autora.

O Quadro 2 nos mostra que a média de idade é parecida entre todos com exceção do médico que se mostra um pouco mais velho, mas o tempo de

convivência da EqSF 2 chega a ser de quatro anos com um vínculo maior do médico na área do que até mesmo o enfermeiro que é de seis anos. Como aconteceu anteriormente o dentista tem tempo de permanecia junto a equipe de apenas seis meses, apresentando dificuldade no processo de trabalho da EqSF.

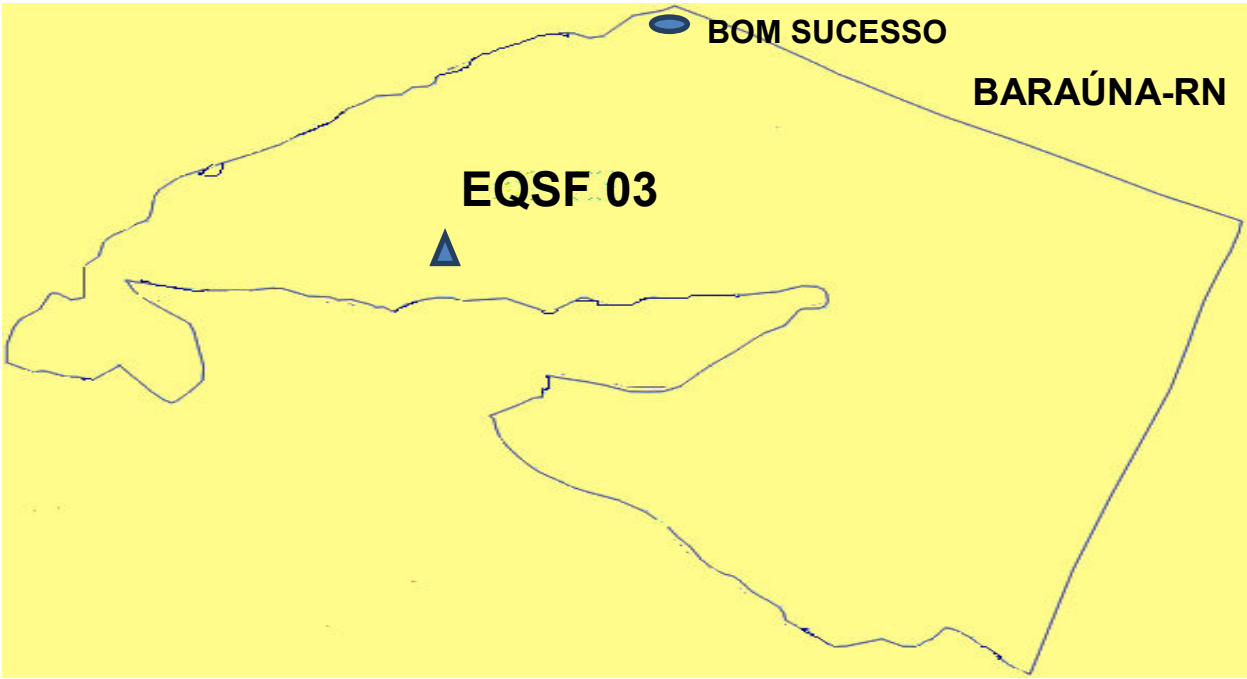
4.1.1.3 Dados da Equipe de Saúde da Família 3

A EqSF 3 esta localizada no distrito de Lagoinha sendo a segunda equipe mais antiga com cerca de 4.531 pessoas se dividindo em um posto sede que fica no maior distrito do município Lagoinha e três pontos de apoio: um em Bom Sucesso com cerca de 300 pessoas, outro em Ubaia com cerca de 340 pessoas e outro em Vila nova.

Atualmente a EqSF 3 possuí 1.436 famílias, 386 hipertensos, 87 diabéticos e 35 gestantes. Em relação às condições sanitárias e de moradia da área podemos dizer que: 85% das pessoas tem abastecimento de água, 81% tem água tratada para beber, 77% tem coleta de lixo, 99% das casas com energia elétrica, 85% das casas são de tijolo e 98% do esgoto vai para fossas. O distrito de Lagoinha possui sérios problemas com o abastecimento de água de boa qualidade e no momento esta sendo abastecida por carro pipa.

Possuí um acesso por estrada asfaltada para o posto sede e para os pontos de apoio de estrada de chão que sempre no inverno fica prejudicada para o deslocamento da equipe. Os usuários também possuem dificuldade para o deslocamento, pois algumas localidades chegam a estar a 10 km ou mais do posto sede e não tem transporte público. Um dos pontos observados é que a equipe se desloca apenas uma vez na semana para os pontos de apoio se tornando pouco acessível a uma grande parte dos seus usuários. O grande fluxo de pessoas que entra e saí da área também prejudica o acompanhamento dos mesmos e o controle pelos ACS, porque muitos dos usuários moram provisoriamente nas suas microáreas e só encontra-se em suas residências no período noturno, fora do horário de trabalho dos mesmos.

Figura 06: Área de abrangência da EqSF3.



Fonte: Elaboração da autora.

A figura 6 nos mostra a imensidão de área de abrangência da EqSF 3 e a localização do ponto de apoio do Bom sucesso que já fica na fronteira com o Estado do Rio Grande do Norte.

Quadro 03: Caracterização geral dos sujeitos da EqSF 03.

Profissionais	**Sexo**	**Idade em anos**	**Tempo na mesma EqSF em anos**
ACS3	Feminino	45	17
ASB3	Masculino	35	2
D3	Masculino	25	0,7
E3	Feminino	31	2
M3	Masculino	55	8
T3	Feminino	34	8

Legenda :ACS3: Agente Comunitário de Saúde, ASB3: Auxiliar de Saúde Bucal, D3: Dentista, E3: Enfermeira, M3: Médica, T3: técnica de enfermagem

Fonte: Elaboração da autora

O Quadro 3 nos mostra que a média de idade é parecida entre todos com exceção do médico que se mostra um pouco mais velho, mas o tempo de vivencia da EqSF chega a ser de dois anos com um vinculo maior do médico na área do que até mesmo do enfermeiro. Como aconteceu anteriormente o dentista tem tempo de permanecia junto à equipe de apenas sete meses.

4.2 Acolhimento

O acolhimento é uma das primeiras etapas do processo de trabalho da EqSF onde o usuário e o profissional da equipe se relacionam. É através do acolhimento que se criam os critérios de acessibilidade de cada equipe. “O acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos qual o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários”. (FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E,1999).

Segundo a entrevistada do ACS da EqSF 2 a importância do acolhimento é saber qual o problema do paciente, se ele pode esperar ou se tem que ser resolvido naquele dia e assim se for uma coisa que tem que ser resolvida naquele dia um caso mais de emergência a gente faz um jeito, senão, a gente agenda mais pra frente. Segundo o Ministério da Saúde (2011):

> “O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. É apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas”.

O acolhimento à demanda espontânea na atenção básica é diferente, pois o trabalho é em equipe e os mesmos devem ter conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL,2013,p 15).

Segundo manual de auto-avaliação do AMAQ para se realizar o acolhimento à demanda espontânea a equipe deve: ele deverá acontecer durante

todo o período de funcionamento da UBASF com a escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. Segundo profissional E1 na sua UBASF o acolhimento é:

> "[...] realizado todo dia, é feito pelo agente de saúde que permanece de sete às dez da manhã e a tarde de treze as dezesseis e na segunda-feira é feita a triagem que é onde a gente já agenda o pessoal de segunda pra atendimento no mesmo dia na segunda pra demanda da doutora, na quarta que a gente coloca os resultados de exame quarta a tarde e já agenda também pra sexta-feira pela manhã"(E1).

Já para o entrevistado E2 o acolhimento é:

> "[...] realizado através da recepção onde fica sempre o auxiliar administrativo ou os técnicos de enfermagem que recebe o usuário e aí faz os encaminhamentos dependendo da necessidade do paciente. Nas segundas-feiras quando o médico faz a demanda espontânea aí eu fico fazendo o acolhimento à demanda espontânea, onde é feita a triagem, na realidade o acolhimento e aí é direcionar os pacientes que necessitam passar pelo médico, aqueles que não necessitam e que o enfermeiro possa resolver eu mesmo faço os encaminhamentos e se algum paciente for necessário agendar pra outro dia é agendado na escala do médico pra uma semana na frente"(E2).

Segundo o entrevistado da UBASF D3 o acolhimento acontece por:

> "[...] uma funcionaria que fica a frente da unidade numa recepção, que é uma mesa com o nome de destaque que tanto tem recepção e acolhimento, é como se fosse uma triagem, ali eles procuram as informações e ela os encaminha para salas que eles vão passar para o atendimento"(D3).

Na observação pode perceber que o acolhimento inicial para a primeira escuta acontece em todas as três equipes em no máximo dez minutos da chegada do usuário a recepção, mas a triagem com classificação de risco só acontece nas segundas-feiras nas EqSF 1 e EqSF 2 , já na EqSF 3 não acontece . Assim também como o agendamento de consultas para demanda espontânea varia de equipe para equipe. Na EqSF 1 o tempo de espera chega a ser de oito dia, na EqSF 2 de três dias e na EqSF 3 não se sabe porque não fazem esse tipo de agendamento. Fica bem especificado na fala do ACS 3:

> "Bom, aqui sempre as pessoas são bem acolhidas né, a Luciana acolhe as pessoas e a pessoa chega à recepção né e fica aquele tumulto de gente né, mas a gente pede pra sentar, aí quando a menina chega e que vai entregar as ficha né faz aquela fila, as pessoas faz a fila né e ela entrega a ficha, pega o nome de cada um e aí depois fica chamando pra verificar a pressão, medir né e a menina vem na ordem e aí bota as pessoas na fila que é pra entrar no médico, muita gente às vezes quer tomar a frente das outras né, mas sempre procura gente, você tem que ter calma, tem que ter paciência porque quem recebeu ficha tem que ser atendido primeiro né e por último são as pessoas

> que chegam e que não pegam ficha né que espera que o médico atenda"(ACS 3).

Os profissionais que realizam o acolhimento se limitam ao: enfermeiro, auxiliar administrativo, técnico de enfermagem, agentes de saúde e algumas vezes o auxiliar de serviços gerais como salienta a ACS 2:

> "[...] e às vezes até pelo auxiliar de serviços gerais que esta na calçada fazendo a limpeza, e sempre ele chega pedindo informação a respeito de consultas, de marcação de exames, e geralmente o agente de saúde sempre esta também no posto e pode ajudar também nessa área né, ou seja, ele é acolhido pelo técnico e às vezes pelo agente de saúde que esta na unidade ou até pelo auxiliar de serviços gerais"(ACS 2).

Pensando que o acolhimento deveria melhorar a acessibilidade dos usuários, todos os profissionais podem e devem estar ciente de seu papel junto a garantia da mesma, assim como a gestão deveria oferecer educação permanente para o esclarecimento sobre o acolhimento aos profissionais do SUS e treinamento para a realização da classificação de risco dentro das EqSF. Porquê como a E3 falou o "acolhimento é realizado todos os dias de segunda a sexta não tem horário específico é de acordo com a demanda que vai acontecendo" bem diferente do que foi visualizado pelo pesquisador em seu conceito amplo de acolher que se confundi na fala de alguns profissionais como sendo apenas recepcionar os usuários.

4.3 Agendas de trabalho

A construção da agenda de trabalho não pode ser pautada pelos desejos e medo das pessoas de adoecerem, mas pela necessidade da população e conforme os resultados possíveis de serem alcançados. Ela deve possuir as reais necessidades coletivas podendo se tornar arriscado comprometer a equidade (BRASIL, 2011).

Alguns profissionais falaram que a agenda de trabalho ou escala de trabalho como eles costumam chamar em sua maioria é feita pelo enfermeiro e dentista e depois apresentada na reunião de equipe onde todos opinam na sua finalização conforme a necessidade do usuário. Os profissionais confirmaram na sua fala a construção da escala como mostra ACS 1 e D1 respectivamente:

> "Na agenda mensal a gente já tem alguns programas predefinidos, todo mês a equipe tem reunião, então assim, a equipe de acordo com a necessidade vai adequando essa agenda aumenta os programas ou então

> aumenta alguma demanda e assim a gente vai construindo a agenda de acordo com a necessidade dos usuários"(ACS1).
>
> "A principio essa agenda cada profissional elabora a sua de acordo com as maiores necessidades e nas próprias reuniões de equipe, onde a gente tem o contato com as ACS, às vezes elas vão falando as principais queixas, o que está faltando, o que o pessoal está precisando, mas, a gente apresenta o esboço dessa escala e é adequado de acordo com a realidade da população e a necessidade da própria equipe"(D1).

Mas na entrevista de M1 foi dito que: "a escala é feita e cada profissional faz a sua [...] tem uma proposta da gente fazer durante a reunião do PMAQ-AB, cada um faz à escala de serviço e na reunião a gente discute e vê assim como vai fazer uma coisa mais uniforme..." se contradizendo ao que foi colocado por outros profissionais da mesma equipe.

Na EqSF 2 a agenda de trabalho é feita pelo enfermeiro com opinião dos agentes comunitários de saúde apontando as maiores necessidades de sua microárea e logo após é apresentada em reunião com todos da equipe. A agenda do dentista é construída por ele e a ASB. Segundo a fala de T2 : "a agenda de trabalho é feita pelo enfermeiro, mas com opinião de outros membros da equipe, a gente se reúne pra isso".

Já a EqSF 3 constrói a agenda de trabalho em reunião de educação permanente com todos os membros da equipe, usa a caixinha de sugestão dos usuários e faz uma avaliação do mês anterior para poder planejar a agenda como falou D3.

Segundo o manual de auto avaliação do AMAQ a equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar.

Outro fator que foi observado sobre a agenda de trabalho é que a mesma fica exposta para os usuários com a mesma linguagem técnica que foi construída. Também foi observado que alguns profissionais do nível médio e/ou elementar não conseguem fazer uma interpretação da agenda mesmo ela tendo em seu conteúdo todas as atividades dos profissionais: médico, enfermeiro, dentista e da equipe do NASF. Isso acaba prejudicando a comunicação interna e com o usuário.

Todas as agendas de trabalho das EqSF continham os serviços de: visita domiciliaria, reuniões de equipe, grupos de educação em saúde, consulta para cuidado continuado e demanda agendada. Só duas tinham acolhimento na agenda e nenhuma possuía atividade comunitária. As EqSF seguem as orientações do manual de avaliação externa do PMAQ-AB para a construção da agenda de trabalho com todos os serviços propostos.

4.4 Planejamentos, monitoramento e avaliação.

"Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro" (CHORNY,1998).

O processo do planejamento envolve estudo da realidade local, adequação dessa realidade às diretrizes contidas na literatura e no estabelecimento de um programa de metas (BRASIL,2011). A equipe deve utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações segundo manual do AMAQ.

No geral as EqSF se planejam nas reuniões mensais ou semanais conforme a dinâmica ou a necessidade de cada uma. Para se planejar é importante conhecer a situação de saúde da área: o diagnóstico da comunidade e os principais indicadores.

Grande parte dos profissionais afirmaram conhecer os indicadores mais relevantes da EqSF, mas poucos citaram os mesmos. Os profissionais da EqSB só conheciam os de saúde bucal, mesmo admitindo ter os indicadores exposto na recepção das UBASF como cita ASB3: "Lamento, mas não tenho conhecimento de todos por negligencia, porque lá existe até um mapa com todas essas informações de todos os profissionais, mas a gente se resume mais a nossa área, eu particularmente".

O diagnóstico situacional esta voltado para questões coletivas e de determinantes sociais e estendendo-se à prevalência de doenças (BRASIL, 2011). Segundo E1 "ele foi realizado pela gestão, coordenação da atenção básica e depois

foi concluído em equipe. Nele foram colocadas situações que a gente tinha que cumprir e a nossa territorização".

O diagnostico situacional é importante para a avaliação e é pouco conhecido pelos profissionais das EqSF, pois apenas dois relataram que fizeram parte desse diagnóstico que deveria ser sempre atualizado. Uma parte afirmou ter participado da confecção do mapa da área. Para consolidar M1 fala:

> "O diagnóstico na época em que eu fiz a especialização em saúde da família e aí a gente mobilizou a equipe, todo mundo colheu os dados e aí foi feito o diagnóstico, depois teve uma nova territorialização que a gente também refez o diagnóstico e assim, eu acho que é uma coisa bem dinâmica porque de vez em quando você tem que dar uma avaliada né e fazer um novo diagnóstico, porque às vezes a situação muda né e de vez em quando tem que dar uma olhada"(M1).

Também T1 fala que "Na verdade quando eu comecei a trabalhar não foi feito esse diagnóstico, porque há dezesseis anos e quase dezessete não fazia isso ainda" já E3 fala que "essa é uma coisa que acontece no início, antes do surgimento da equipe e como eu só estou há dois anos e meio na equipe não houve" mostrando de certa maneira que não é só questão de tempo dentro das equipes, mas o desconhecimento do que realmente seja o diagnóstico situacional e sua importância para o planejamento e avaliação das ações.

Além disso, uma fala da ACS 1 é bem pertinente ao momento em que as EqSF aderirão ao PMAQ-AB: "depois que a equipe começou a participar do PMAQ a gente planeja mais, então conversa mais sobre os problemas, a equipe procura soluções e nem todas a gente consegue, eu vejo que há um dialogo maior e a gente monitora melhor também esses indicadores..."

O MS através do manual do AMAQ diz que as equipes devem monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discutindo sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos (BRASIL,2013).

A EqSF 1 relatou que o planejamento acontece semanalmente nas reuniões do PMAQ por eles denominada, o monitoramento só quando é necessário a equipe desenvolver atividades e a avaliação ainda é muito pontual. Nessas reuniões são discutidos casos e problemáticas que envolvem desde a comunidade a assuntos internos e pactuação de metas por todos.

A EqSF 2 o planejamento acontece nas reuniões mensais ou quando necessita, o monitoramento é realizado pelo enfermeiro e os ACS e realizado anualmente. A avaliação já existe desde 2008 com o AMQ e agora com o AMAQ pela segunda vez. Também é uma equipe que passou pela segunda avaliação externa do PMAQ-AB. Segundo M2 “A nossa equipe já vem sendo avaliada há muito tempo através do AMQ, do AMAQ e agora também já passou pela avaliação externa do PMAQ”. Mais para E2a “avaliação é feita realmente quando vêm avaliações externas e aí acaba sendo um pouco pontual, e deveria ser com mais veracidade, com mais afinco, uma coisa mais programada, acaba sendo que a gente vai levando o dia a dia e vão passando essas coisas”. Na maioria das vezes o planejamento fica por conta do enfermeiro e dos agentes de saúde, enquanto que a EqSF dá o seu aval já depois de pronta.

Já na EqSF 3 o planejamento também ficou por contadas reuniões mensais, o monitoramento pelo SIAB e a avaliação pelo AMAQ e PMAQ-AB. Segundo E3 “ o planejamento acontece de acordo com a demanda durante as reuniões, o monitoramento a gente recebe os indicadores do SIAB que tem como ser avaliado e a gente também faz parte do PMAQ, onde a gente utiliza o AMAQ como um ponto de avaliação da equipe”.

O monitoramento esta relacionado a produção de informação no sentido de compara-la com o que foi planejado. Já a avaliação deve ser entendida como um processo permanente destinado, os procedimentos de avaliação podem alimentar a trajetória estratégica definida, indicando as mudanças de rumo que se fazem necessárias para atingir os resultados esperados.

Nas três EqSF foi observado dados afixados nas paredes da recepção com indicadores de saúde. O monitoramento foi pouco citado já que é realizado mensalmente com as equipes no momento chamado de “produção dos ACS” de onde os dados são levados para digitação no SIAB local. Como realmente as EqSF e seus profissionais realizam essa auto avaliação já que a maioria não sabia dizer como era feita e diziam que o enfermeiro que realizava.

. Porém o MS diz que as equipes devem monitorar, avaliar e discutir os resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a

possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários (BRASIL,2013).

Em visita as UBASF a pesquisadora pode observar que as equipes possuem matriz de intervenção escrita, mas guardada dentro de gavetas e geralmente só o enfermeira sabe onde elas estão. Possuem indicadores e dados expostos, mas que a grande maioria dos profissionais não os vêem e muitas vezes só se avaliam quando são cobrados para isso ou recebem visitas de avaliadores externos. O mapeamento muitas vezes é realizado pelo enfermeiro e agentes de saúde, salvo na EqSF1 que a médica e na EqSF3 que o dentista participou. Mas segundo Ministério da Saúde a equipe tem que fazer o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapear adequadamente o território. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho" (BRASIL,2013).

4.5 Dificuldades e facilidades do processo de trabalho dentro das equipes.

O processo de trabalho em saúde perpassa por uma atuação articulada com a equipe, de modo que cada ator possa desempenhar o seu trabalho como agente de transformação, com o objetivo de contribuir para a construção da saúde, enquanto produção social e qualidade de vida (SANTOS,2010).

A Estratégia Saúde da Família surgiu desde a reforma sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS em 1988. Desde então a EQSF vem somando avanços consideráveis como a queda da mortalidade infantil e no número de internamentos por causas evitáveis, mas se depara com grandes desafios como a dificuldade de compreensão do modelo Atenção Primária de Saúde (APS), falta de recursos humanos com competência para atuar e sensível a APS, desvalorização dos profissionais, inexistência de sistemas integrados, sistemas de referencias inadequados, fixação de profissionais na área e infraestrutura deficiente (ANDRADE, BARRETO, COELHO, 2013).

Para Mishimaet al. (2009), o processo de trabalho tem como foco principal a produção do cuidado, com ênfase na mobilização dos atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes.

O trabalho em saúde em saúde segundo Merhy (2002) é centrado no trabalho vivo em ato, ou seja, no trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Ele é sempre coletivo onde uma caixa de ferramenta de um é necessária para completar a do outro.

O conhecimento do processo de trabalho é extremamente importante para a compreensão de como esta organizada o serviço de saúde e sua micropolítica de trabalho. As pactuações existentes neles são permeadas por sujeito capazes de transformar, através de conflitos e tensões vividas os processos de trabalhos e potencializar o “trabalho vivo em ato”, podendo formar um novo momento do modelo assistencial à saúde na direção do cuidado ao usuário, o verdadeiro portador das necessidades de saúde (MERHY,2002).

Os quadros abaixo mostram as facilidades e dificuldades dos profissionais das EqSF em relação o processo de trabalho. Importante como já foi falado conhecer esse processo dentro das equipes para potencializar o trabalho vivo em saúde, até porque o processo de trabalho tem que agradar aos usuários e aos profissionais também.

Quadro 4 : Facilidades e dificuldades do processo de trabalho na EqSF 1.

Profissionais	Facilidades	Dificuldades
Técnico de enfermagem1	Integração da equipe.	Condições de trabalho.
ASB 1	Acesso do usuário à equipe. Todos se ajudarem.	Equipamentos com defeito.
Médica1	O tempo que a equipe esta junta.	Algumas situações que não dependem da gente.
Dentista1	Motivação da equipe.	Equipamento quebrado, falta de manutenção e quando alguém adoece não tem como substituir.
ACS1	Comprometimentos das pessoas que trabalham na equipe.	Dialogo
Enfermeiro1	Mesma equipe há bastante tempo.	Diferença entre as pessoas.

Legenda: ACS1: Agente Comunitário de Saúde e ASB1: Auxiliar de Saúde Bucal.

Fonte: Elaboração da autora.

Observamos no quadro 4 que os profissionais da EqSF 1 consideram como fatores que facilitam o processo de trabalho o tempo que a equipe tem junta, a motivação, o comprometimento, a ajuda mutua e a integração dos seus membros. Realmente a equipe saúde da família possui um vínculo grande no território, pois estão juntos há no mínimo 16 anos. Já a equipe de saúde bucal teve várias mudanças depois de 2009 com a saída da dentista que já estava na área a dez anos. Diferente do que se ver na literatura a equipe não tem muita rotatividade com exceção do dentista que só esta há dois anos na equipe. Também se mostrou como facilidade o acesso dos usuários pela localização da UBASF no centro da cidade facilitando o deslocamento deles no período de funcionamento.

Em relação às dificuldades apontadas no processo de trabalho estão o dialogo e a diferença entre as pessoas causando muitas vezes ruídos e discordância

em alguns pontos dentro da equipe. Já os profissionais que fazem parte da EqSB1 responderam que os equipamentos quebrados, falta de manutenção dos aparelhos e recursos humanos para substituição quando necessário são problemas prioritários já que eles não podem fazer o atendimento clínico sem eles. Foi observado realmente nas quatro visitas a EqSF 1 que não ocorreu atendimento odontológico por conta de materiais quebrados ou falta de substituto para a ASB que se encontrava doente. Finalizando a médica da equipe nos remete a dificuldade maior no processo de trabalho que seria a resolução de situações que estão fora da governabilidade da equipe como os encaminhamentos para atenção secundária.

Quadro 5: Facilidades e dificuldades do processo de trabalho na EqSF 2.

Profissionais	Facilidades	Dificuldades
Médico2	Relação boa entre os profissionais	Necessidade de uma atenção secundária mais resolutiva e rápida.
Enfermeiro2	Alguns profissionais têm uma visão boa de fazer alguns processos e os agentes de saúde ser bem antenados com a situação da área.	Alguns profissionais só fazem o pontual e não tem visão para trabalhar na EQSF. O enfermeiro assumir duas funções dentro da equipe: enfermeiro da EqSF e gerente da unidade. Sobrecarga grande em cima do enfermeiro.
Dentista2	Boa integração entre os profissionais.	Necessidade de reforma do ponto de apoio e a falta de água às vezes no mesmo.
ACS2	Bom entendimento entre as pessoas da equipe.	Falta de comunicação entre o posto de sede e o ponto de apoio.
ASB2	Não faltar material.	Quebra de alguns equipamentos.
Técnica de enfermagem2	Vontade de trabalhar.	A questão financeira nem sempre é adequada.

Legenda: ACS2: Agente Comunitário de Saúde e ASB2: Auxiliar de Saúde Bucal

Fonte: Elaboração da autora.

No Quadro 5 mostrou que igualmente aos profissionais da EqSF 1 os da EqSF2 também relataram que o bom entendimento, a boa relação entre as pessoas

e a boa integração da equipe facilitam o processo de trabalho, pois a convivência se torna mais harmoniosa e os conflitos que surgem são facilmente contornados. Foi citada também a vontade de trabalhar como um fator facilitador do processo de trabalho e motivador. Os agentes de saúde antenados facilitam o processo de trabalho da equipe já que é o elo entre a equipe e a comunidade.

Das dificuldades apontadas pela EqSF 2 estão em semelhança com a EqSF 1 as da equipe de saúde Bucal como a quebra de alguns equipamentos, falta de água as vezes e a necessidade de reforma do ponto de apoio impossibilitando o atendimento clínico Aos usuários.

Semelhante a médica da EqSF 1 o médico da EqSF 2 também relatou que a dificuldade seria na demora e na resolução da atenção secundária quando o mesmo referencia seus pacientes. Ainda na fala de M1 dela fala da integralidade:

> "A atenção integral é quase utópica porque a gente não sabe se consegue não, consegue alguma coisa, mas assim esses últimos dias eu estou tão desanimada com essa central, um monte de pessoa assim que eu encaminhei faz um tempo, pessoas de julho do ano passado tudo lá ainda"(M1).

A falta de perfil de alguns profissionais para trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi relatada como dificuldade pelo enfermeiro da EqSF 2. Na realidade a falta de perfil para trabalhar na EQSF não acontece somente com a categoria médica, mas com todos os profissionais, pois a um desacordo entre formação e as competências necessárias para o trabalho na EQSF onde precisaria haver mudança curricular na formação acadêmica desses profissionais.

Outro fator que dificulta o processo de trabalho na EqSF 2 é a sobrecarga de funções do enfermeiro. Segundo Brasil 2013 a divisão de tarefas entre os componentes da equipe, dentro das atribuições de cada categoria, deve ter flexibilidade para adequar-se à situação de saúde da população adscrita, até porque a EQSF tem funções comuns a todos e que em sua grande maioria recaem ao enfermeiro e seus agentes de saúde.

Quadro 6 : Facilidades e dificuldades do processo de trabalho na EqSF 3.

Profissionais	Facilidades	Dificuldades
Dentista3	Boa comunicação e proatividade.	A falta de entrosamento entre duas funcionarias.
ACS3	O dar com as pessoas da equipe.	Atividades que às vezes aparecem de última hora e temos que fazer.
ASB3	União, empenho e dinâmica da equipe.	O carro é pequeno para a equipe e alguns insumos faltam às vezes.
Técnico de enfermagem3	Perfil de facilitar o trabalho.	Material humano difícil.
Médico3	Os serviços serem agendados.	Falta de material e medicamentos básicos.
Enfermeira3	União e interesse.	População números e muitas empresas com o fluxo de entrada e saída de pessoas.

Legenda: ACS3: Agente Comunitário de Saúde e ASB3: Auxiliar de Saúde Bucal.

Fonte: Elaboração da autora.

A EqSF 3 considera que a união, interesse, empenho, dinâmica da equipe, proatividade, boa comunicação entre os membros e o perfil facilitador para o trabalho em equipe podem prontificar o processo de trabalho garantindo o sucesso das ações realizadas, como se confirma no quadro 6. Na fala do D3 isso se confirma: “o que mais facilita na unidade é a boa comunicação que nós temos entre todos os funcionários, que são pessoas muito proativas e pelo menos nunca ninguém me disse um não, assim ao propor alguma coisa, sempre estão dispostas a fazer e a realizar, a buscar melhorias para a unidade e eu acho que isso é muito importante”. Interessante notar que a equipe 3 só esta junta há sete meses se mostra já com um vinculo maior para a realização de ações que também foi observado pela pesquisadora durante as três visitas a UBASF.

O planejamento da agenda de trabalho foi levantado como fator facilitador assim também como fator dificultador quando é necessário se modificar de última hora e adequar novas atividades a ela como fala ACS 3.

A falta de medicamentos básicos, materiais e alguns insumos são também fatores que dificultam o processo de trabalho relatado pelos profissionais. O carro da equipe de apenas cinco lugares dificulta o deslocamento da equipe mesma que atualmente possui oito profissionais, levando a um incomodo deles e causando conflitos internos por conta do deslocamento. Foi observado essa dificuldade na visita da pesquisadora a UBASF 3 pois uma parte dos profissionais conseguiram chegar dentro do horário e a outra chegou quarenta minutos depois deixando os usuários a esperar por mais tempo pelo atendimento programado para aquele dia.

O número elevado de pessoas e famílias no território da EqSF 3 foi relatado pela E3 como uma grande dificuldade para o processo de trabalho já que a Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013 diz que :

> "Cada EQSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe".

Além do elevado número de pessoas uma grande parte delas é flutuante e semestralmente sai e retorna para área devido a um grande número de empresas agrícolas dentro do seu território de abrangência.

Podemos dizer que muitas das dificuldades apontadas no processo de trabalho pelos sujeitos também são grandes desafios da Estratégia Saúde a Família para serem superados como a rotatividade e perfil dos profissionais para trabalharem na atenção básica, o enfermeiro ainda como destaque na EqSF, a integralidade comprometida por conta do grande número de pessoas em uma área de abrangência além da descontinuidade quando se precisa de exames ou consultas especializadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos nesta pesquisa avaliar o processo de trabalho nas EqSF, como esta organizada esse processo nas diversas realidades e os fatores que facilitam e dificultam o seu sucesso nas EqSF. A observação dentro das três EqSF resultou em nove fluxogramas de grande importância para pesquisa porque através deles foi visualizado o processo de trabalho na integra e algumas diferenças entre eles, além de nortear o roteiro das entrevistas aplicadas aos profissionais.

Foi visto que o acolhimento é realizado desde 2012 quando o município aderiu ao PMAQ-AB, mas apenas por alguns profissionais da equipe. A primeira escuta acontece ainda na recepção por um profissional designado pela própria equipe para isso e acontece em todos os horários de funcionamento. A classificação de risco e vulnerabilidades só acontece uma vez por semana e é realizado pelo enfermeiro da EqSF 1 e 2, porém os mesmo relataram não ter ocorrido uma capacitação para tal ação apenas oficinas onde se falou de acolhimento, mesmo assim o tempo de espera para uma consulta eletiva nessas equipes vária de dois a sete dias e os casos mais graves são logo atendidos. Já a EqSF 3 não realiza essa etapa do acolhimento e seus usuários não saem agendados.

Os profissionais entendem que a construção da agenda de trabalho deve ser realizada por toda equipe e baseando-se nas necessidades dos usuários, mas na prática essa construção muitas vezes é realizada pelo enfermeiro, agentes de saúde a da EqSF e a de saúde bucal pelo dentista e às vezes com ajuda do ASB, raramente o médico participa desse processo com exceção na EqSF1. Depois da construção é apresentada para toda a equipe em uma reunião para os ajustes finais. Todas as agendas de trabalho das EqSF contemplavam as diferentes situações propostas no manual do AMAQ para serem realizadas com exceção das atividades comunitárias que não apareceu em nenhuma das três equipes. Um problema observado pela pesquisadora é a facilidade que a agenda é desmarcada ou mal planejada por quem a faz além das poucas atividades em grupo de promoção a saúde.

Importante notar que para a construção da agenda de trabalho se faz necessário um diagnóstico situacional da área, além do monitoramento dos indicadores de saúde e das intervenções por eles planejadas. Na fala dos

profissionais o planejamento já melhorou bastante depois da adesão ao PMAQ-AB, os indicadores são calculados anualmente, mas a sala de situação é atualizada sempre que possível junto com o mapa do território. A maioria dos profissionais não participaram da construção do diagnóstico situacional e os que participaram foi há muito tempo não mantendo uma atualização na EqSF. A avaliação na EqSF é pontual e realizada pelo manual do AMAq de onde a equipe faz uma matriz de intervenção, mas depois muitas vezes fica na gaveta da sala do enfermeiro ou dentista e não é monitorada por eles. Ao mesmo tempo eles deixam de melhorar a tomada de decisão ou trocar o rumo por não monitorar e avaliar essas ações constantemente.

No entanto os fatores apontados pelos sujeitos como facilitadores do processo de trabalho em sua maioria foram às boas relações de convivência e vínculo com a equipe. Já as dificuldades apontadas pelos sujeitos como a falta de perfil dos profissionais para trabalhar na atenção básica, condições precárias de trabalho principalmente apontado por sujeitos que trabalham na odontologia, número elevado de pessoas na mesma EqSF e a falta de uma atenção secundária mais resolutiva e rápida , além do transporte inadequado para o deslocamento do número de profissionais da EqSF ocasionam conflitos e ruídos entre os usuários e profissionais e entre os próprios profissionais de uma mesma EqSF.

Concluímos que muito ainda precisa ser feito para garantir o acesso e a qualidade aos usuários, mas com o PMAQ-AB já se iniciou esse processo com a incorporação das avaliações externas, além das orientações propostas para os processos de trabalho dentro da realidade de cada equipe, dando uma maior visibilidade da atenção básica dentro da gestão local. Para tanto, se faz necessário à incorporação e o despertar de todos para se observar, monitorar e avaliar os processos de trabalho e realmente saber se nossas práticas estão condizentes com o que se é orientado pelo Ministério da Saúde. O controle das EqSF ainda continuam com o enfermeiro e o processo de trabalho gira em torno de sua administração. O maior ciclo de rotatividade atualmente se faz com os dentistas e não mais com os médicos como mostra a literatura. Diante dos resultados da pesquisa surgiu outra indagação: a Estratégia Saúde da Família tem que da resposta a tudo? Sugere-se ainda treinamento para os profissionais de saúde para a execução do fluxograma analisador para que o mesmo se torna um instrumento

potente na viabilização da EqSF, além de operar na direção de se produzir serviços e profissionais de saúde mais responsabilizados e criativos com seu processo de trabalho: no acolhimento, na institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação. Para a gestão, coordenação e equipes de saúde da família a revisão continua dos processos de trabalho devem acontecer juntamente com a Comunidade e se fazer sempre que necessário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; COELHO, Luisa Cela de Arruda. A estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**. Medbook, 7ª, c. 31. p. 601-621, 2013.

ARAÚJO, C. et. al. **Estudo de Caso.** 2008. 25f. Trabalho (Mestrado em Educação) – Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2008.

BARBOZA, Tatiane Aparecida Venâncio; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, p. 1036-1044, jul./ago. 2005.

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

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 1.654, 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. **Manual Instrutivo**. Brasília, 2011c. 44p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011d. 197p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 290p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**. Medbook, 7ª, c. 31. p. 601-621, 2013.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. **Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde**: instrumento de avaliação e supervisão. Fortaleza: SESA, 2002. 120p.

COSTA A. R. C. et al. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Rev. Bras. Enfermagem,** 53:127-30, 2000.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Rev. Bras. Enfermagem**, 53:149-52, 2000.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Revista Contexto/Educação**. Ijuí: Unijuí, v. 7, s.d. Disponível em: <http://catvaz.webnode.com/diario-de-campo/>. Acesso em: 3 jul. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353p, abr./jun. 1999.

GOODE, W. J. & HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 3.ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969, p. 428.

HART, R. H; BELSEY, M. A; TARIMO, E. Integrating maternal and child health services with primary health care. World Health Organization. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. Epidemiologis & Saúde. Medbook, 7ª, c.31. 2013. p. 601-621.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 27 fev. 2014.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. et al. **O processo de trabalho na estratégia de saúde da família**: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. Porto alegre, v.9, n.1, p. 77-88, jan./jun. 2010.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. p. 210-219.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, 57(5): 545-50, set./out.2004.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Revista de literatura**, Florianópolis, 15(3): 508-14p, 2006.

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

MISHIMA, Silvana Martins. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto & Contexto Enfermagem: Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, 2009.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da so ciedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

PAIM, Jaimilson. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. London: The Lancet. p.11-31.

PEDUZZI, Marina. SCHARAIBER, Lília Blima. **Processo de trabalho**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 03 abr. 2013.

PINTO, José Madureira. Questões de Metodologia Sociológica (I), (II), (III)". In: **Cadernos de Ciências Sociais**, n. 1, 2 e 3, 1984 e 1985.

PIRES, Denise. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na Esfera do trabalho**, 1996. 356f. (Tese) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.

POLIT, D.; BECK, C. T.; UNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2004. 488 p.

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1. p.118-125, 2010.

RIBEIRO, Edilza Maria, PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 438-446, 2004.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista brasileira medicina da família comunidade**, Florianópolis, 7(23): 69-74, abr./jun. 2012.

SCHRAIBER, L. B. **Ética e subjetividade no trabalho em saúde**. Londrina/P araná: Rede Unida, 1999.

SECRETARIA DE SAÚDE DE QUIXERÉ. **Relatório de Gestão**. Quixeré, 2010.

SILVA, Airton Marques. et al. **Trabalhos científicos**: organização, redação e apresentação. 3. ed. Fortaleza: UECE, 2010.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, 53:7-16, 2000.

VENTURA, Magda Maria. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa**. Ver. SOCERJ. 2007, 20(5): 383-386.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, Robert. **Case study research**: design and methods. 2. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.

Histórico de cobertura da Saúde da Família, Brasília, Portal da Saúde, DAB, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 19 mar. 2014.

Disponível em: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf. Acesso em: 3 abr. 2013.

http://pnass.datasus.gov.br/pnass/index.do?level=documentos. Acesso em: 3 de jul. 2013.

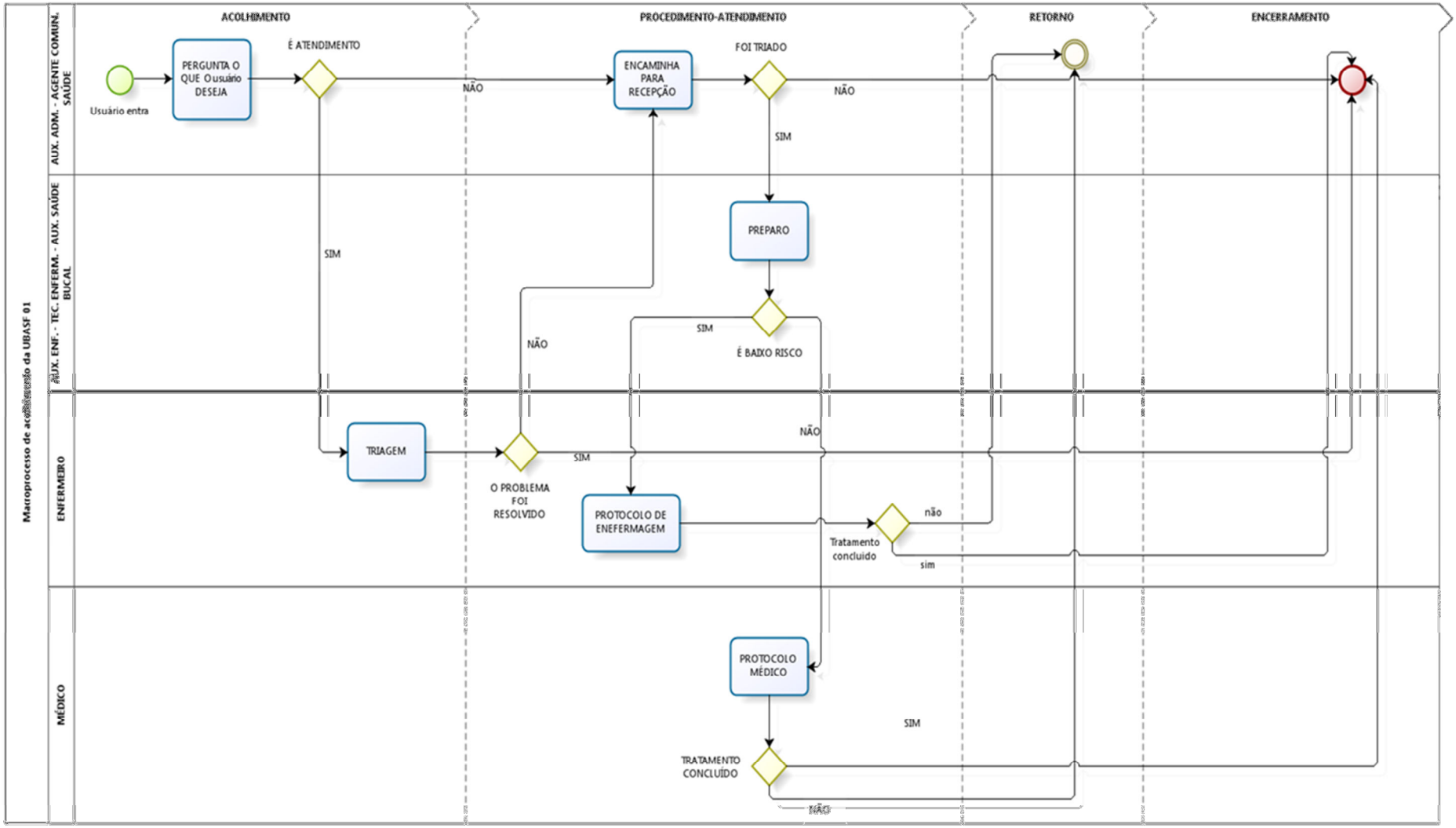
http://dtr2002.saude.gov.br/proEqSF/autoavaliacaoEqSF/paginas/amqOquee.asp. Acesso em: 3 jul. 2013.

2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popce.def>. Acesso em: 3 jul. 2013.

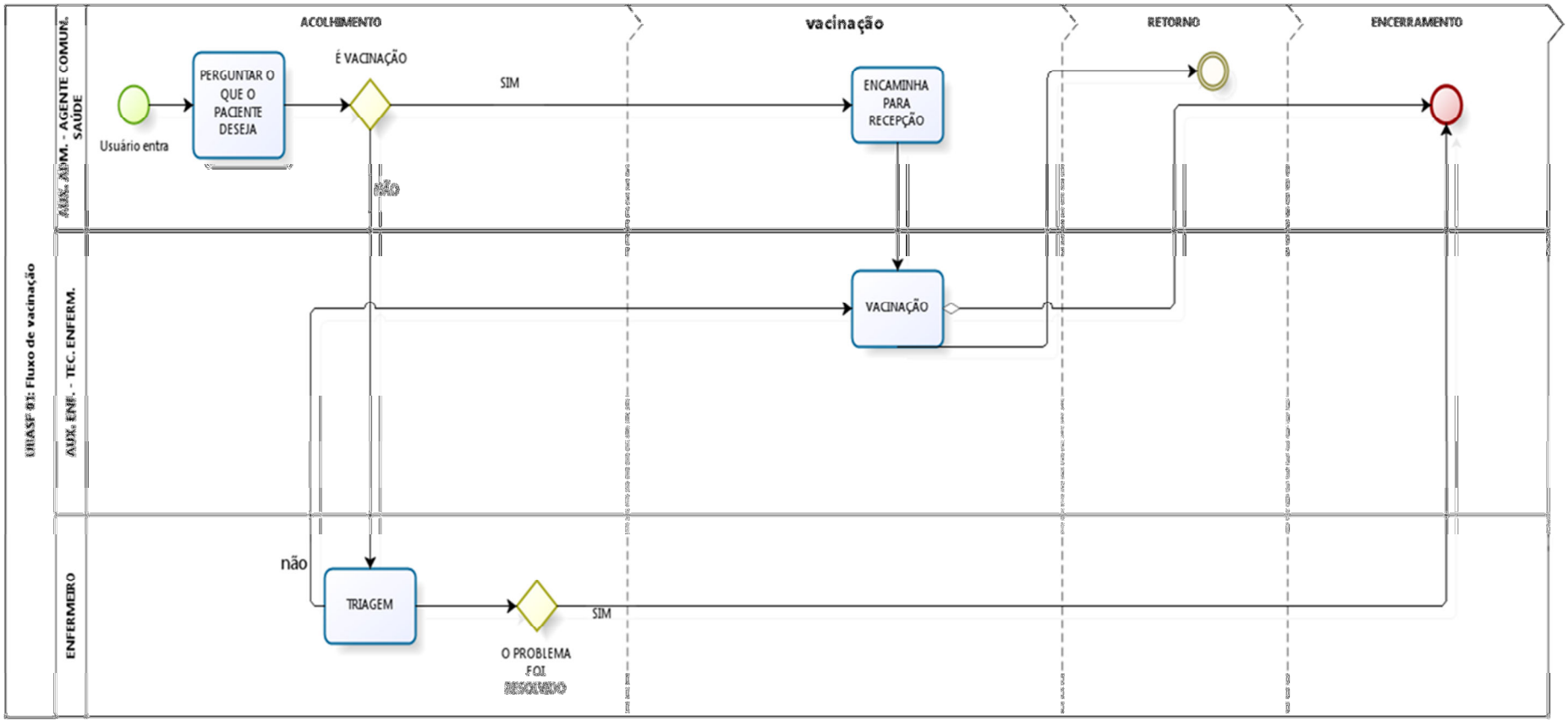
Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das equipes de saúde da família. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html. Acesso em: 16 mar. 2014.

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptce.def. Acesso em: 23 mar. 2014.

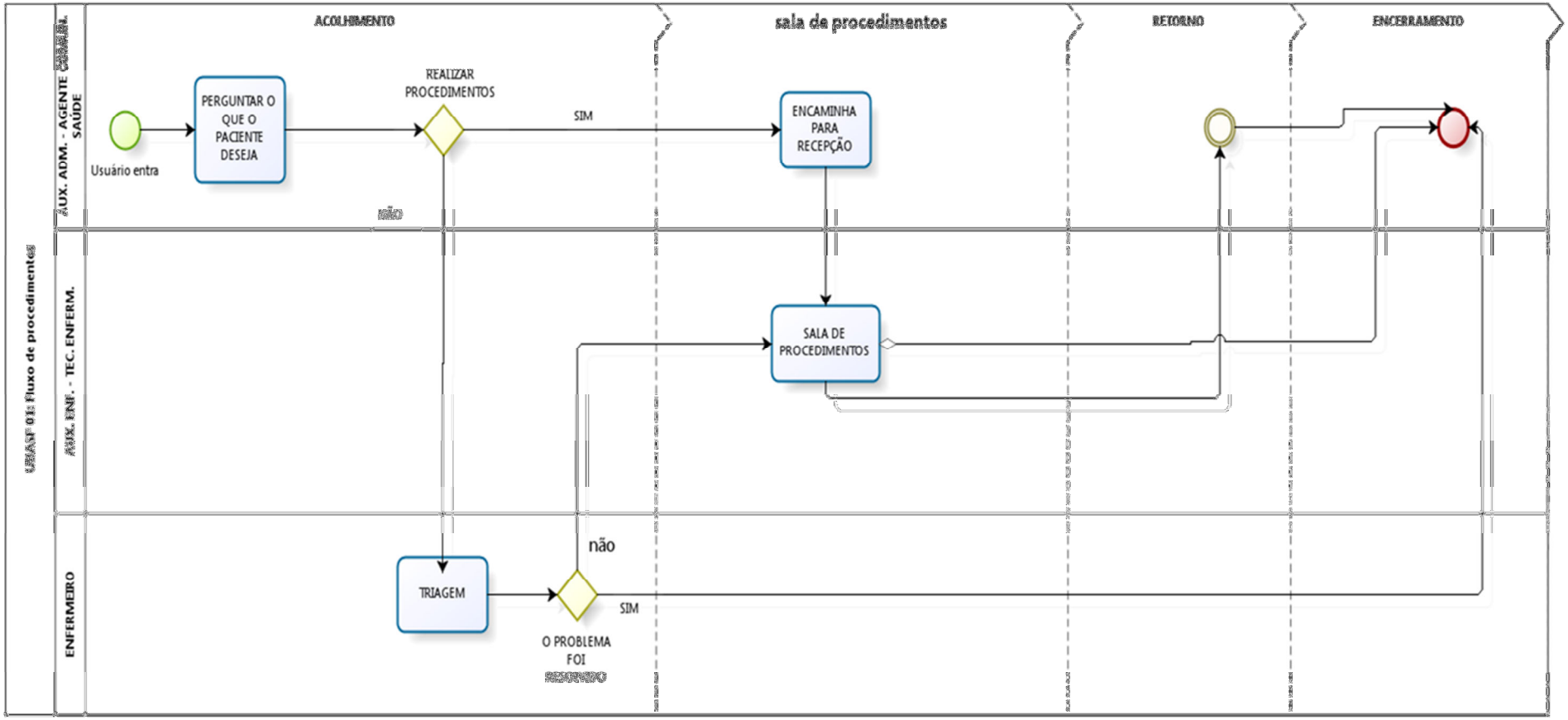
APÊNDICE E – Fluxograma de Acolhimento da EqSF 1.



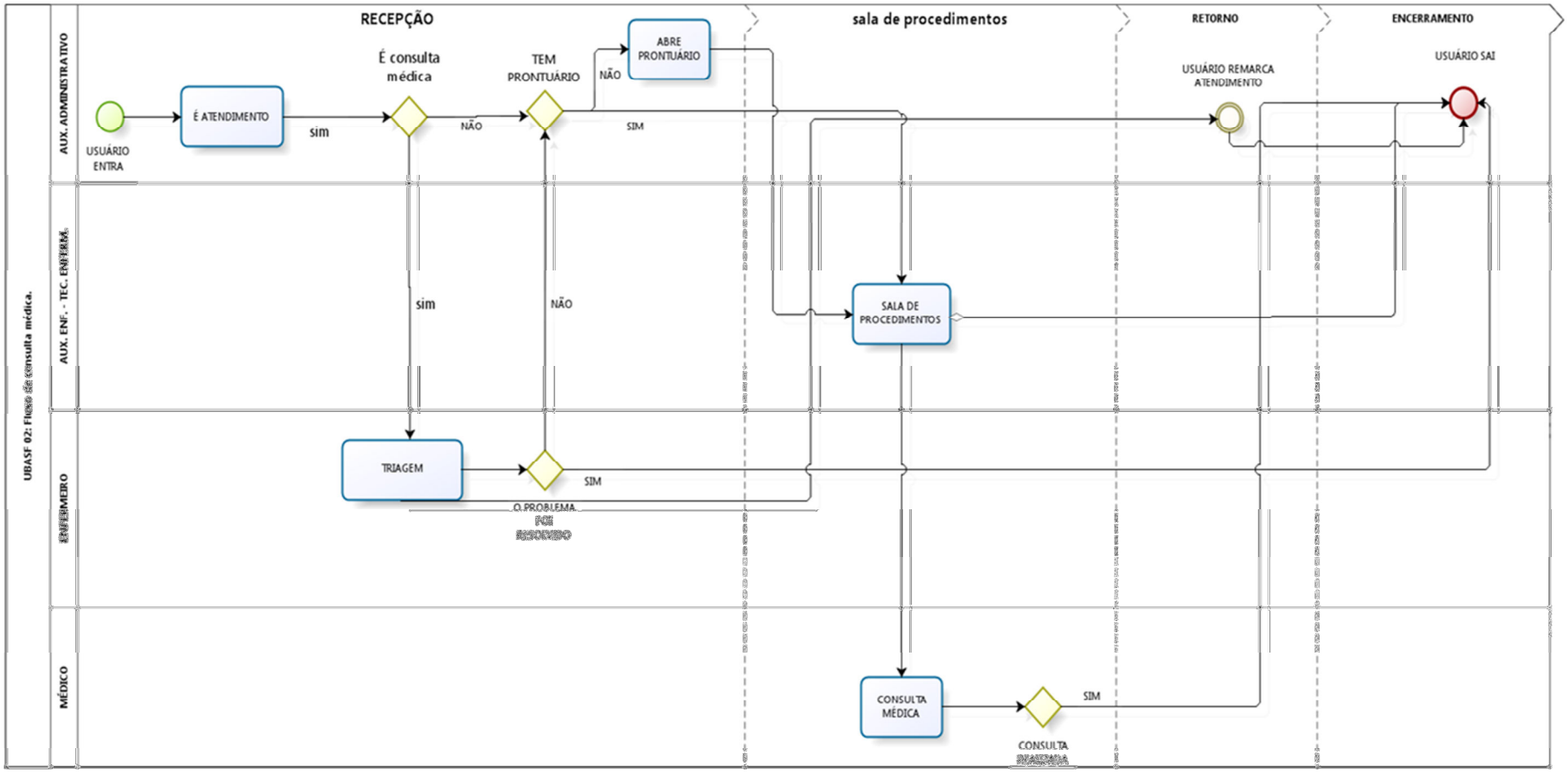
APÊNDICE F – Fluxograma de vacinação da EqSF1.



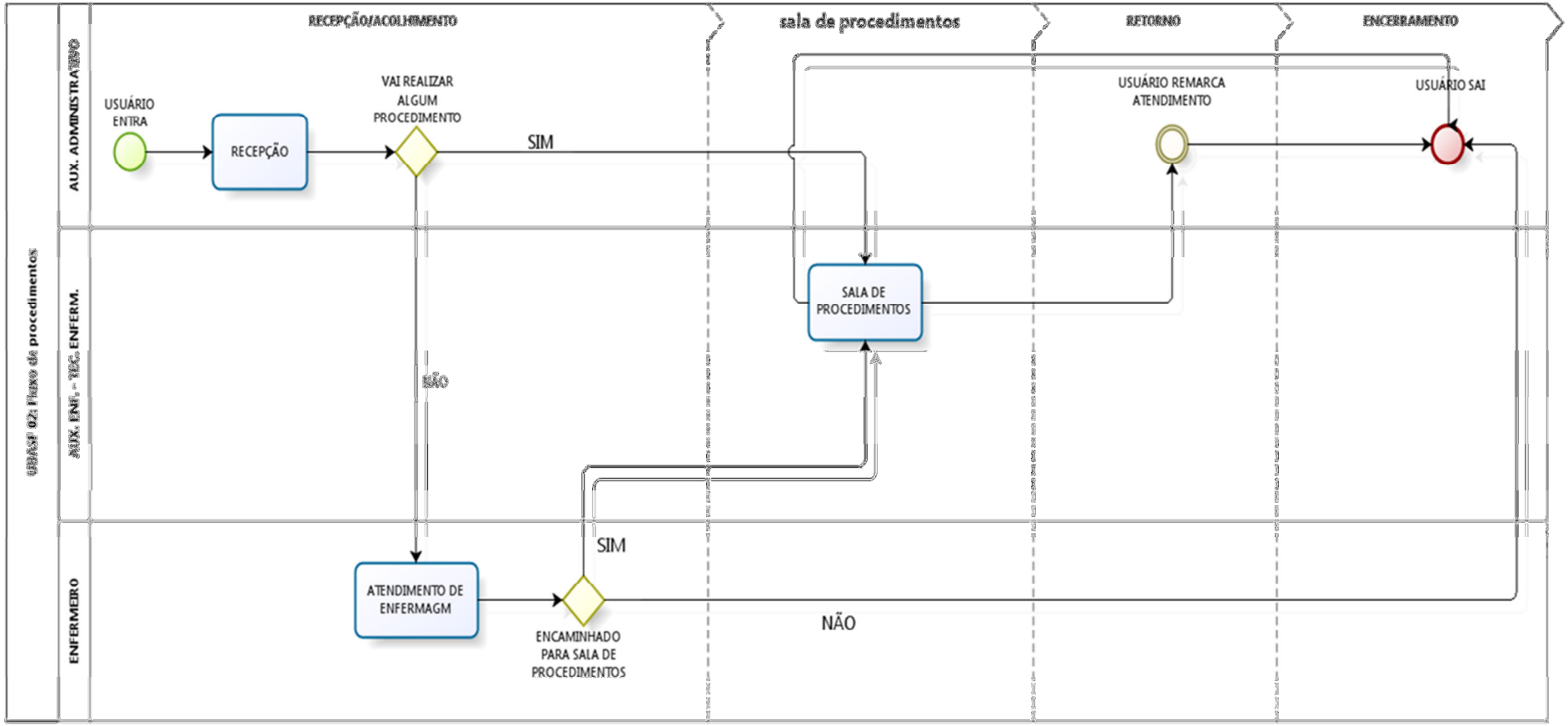
APÊNDICE G – Fluxograma dos procedimentos de enfermagem da EqSF 1.



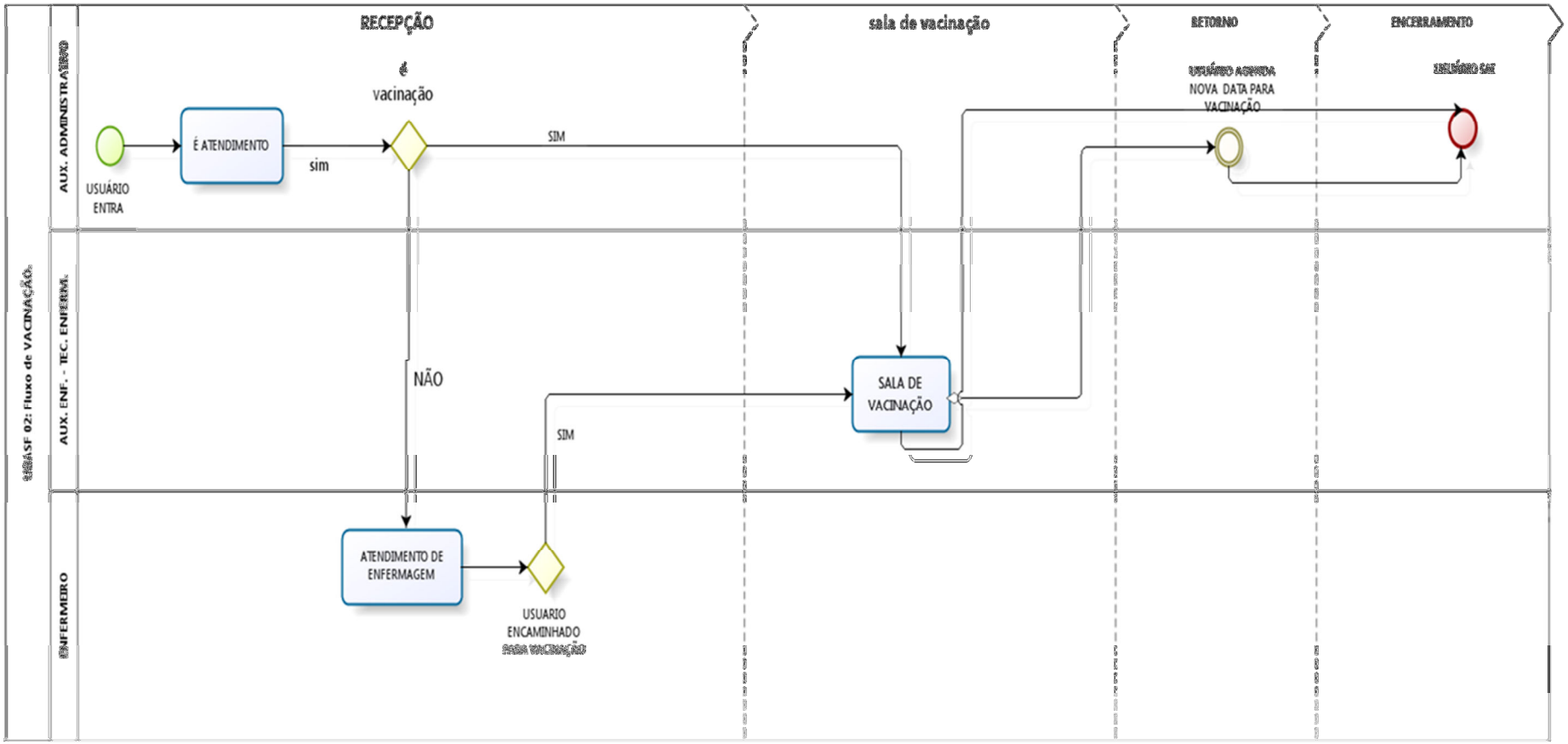
APÊNDICE H – Fluxograma de Acolhimento da EqSF 2.



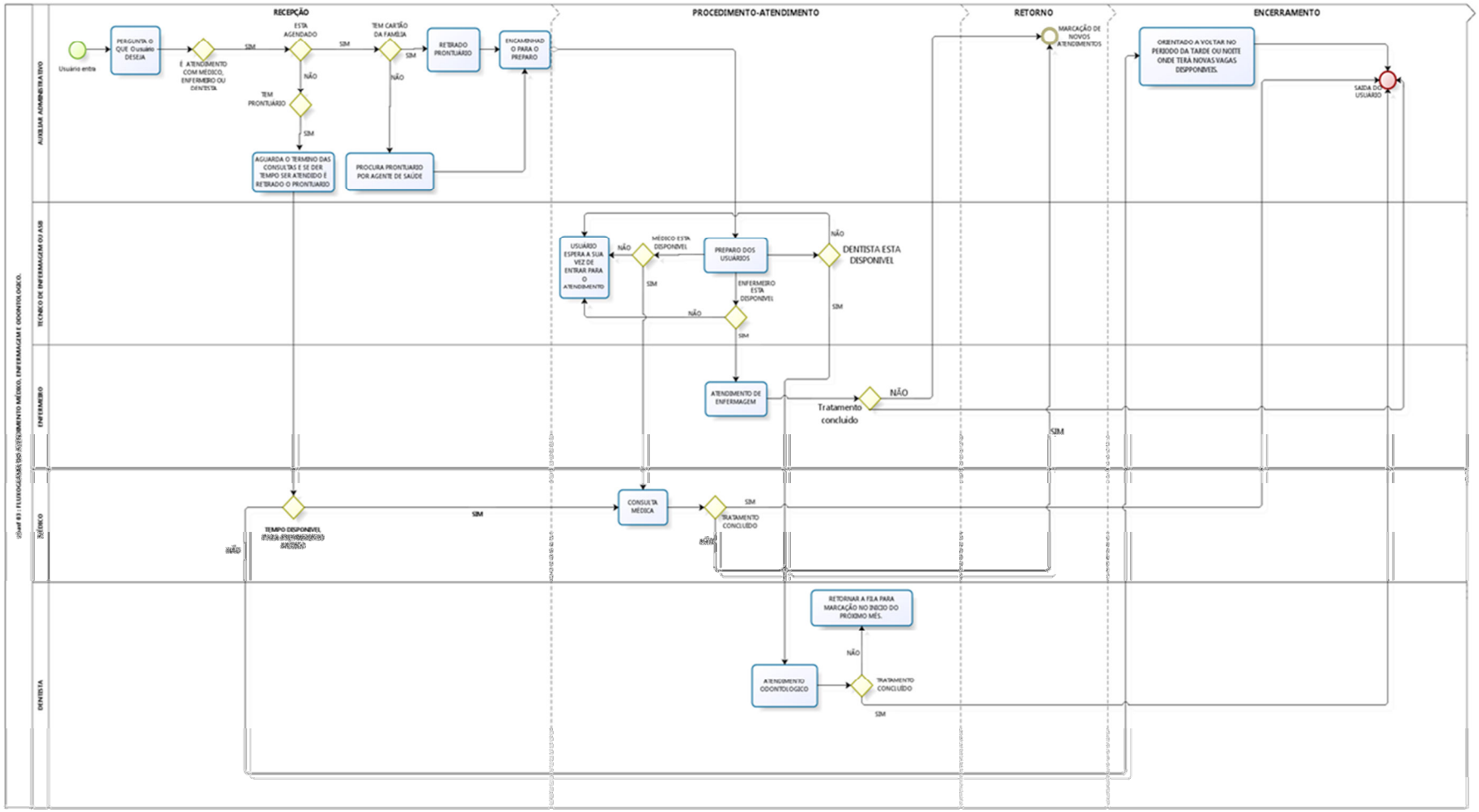
APÊNDICE I – Fluxograma de procedimentos da EqSF2.



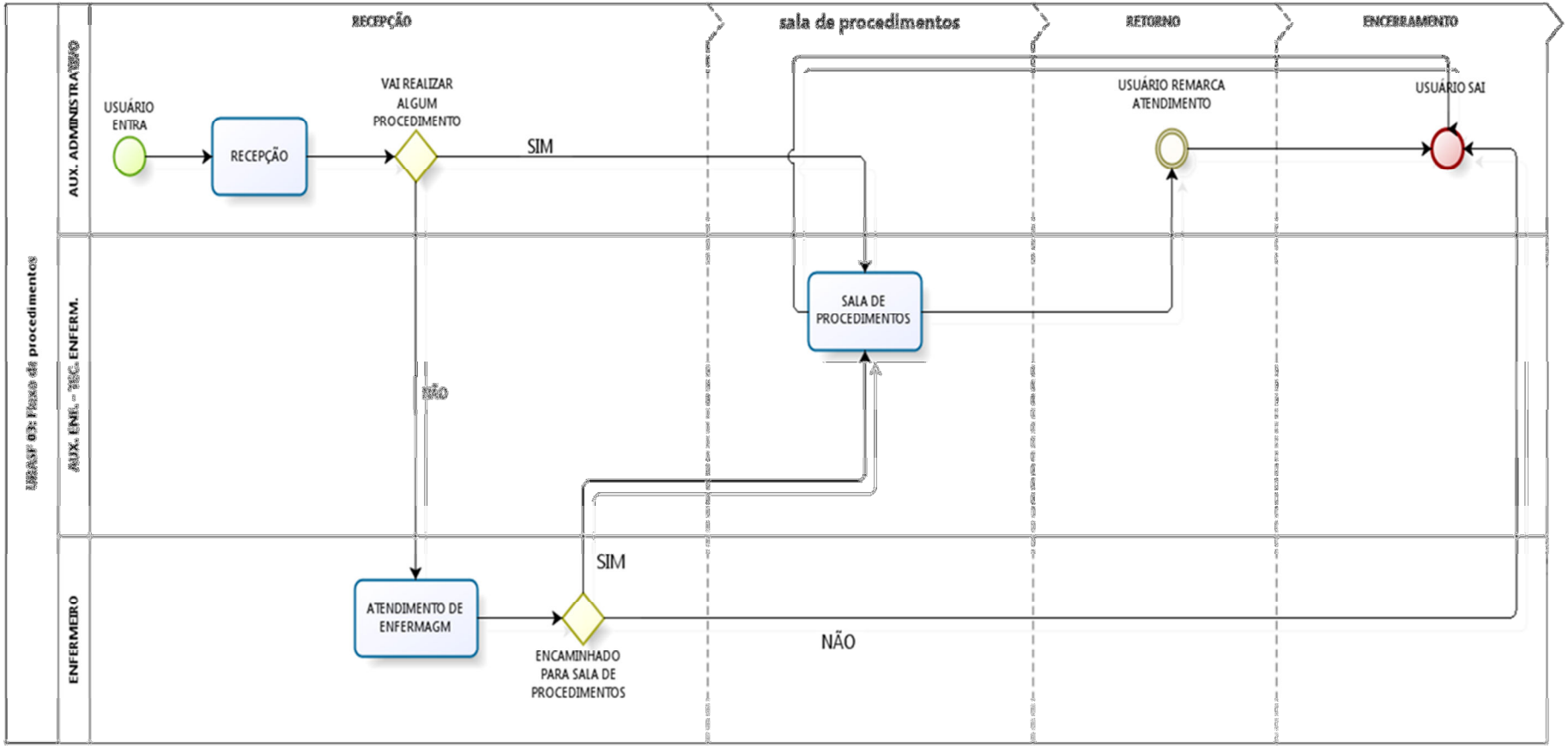
APÊNDICE J – Fluxograma e vacinação da EqSF 2.



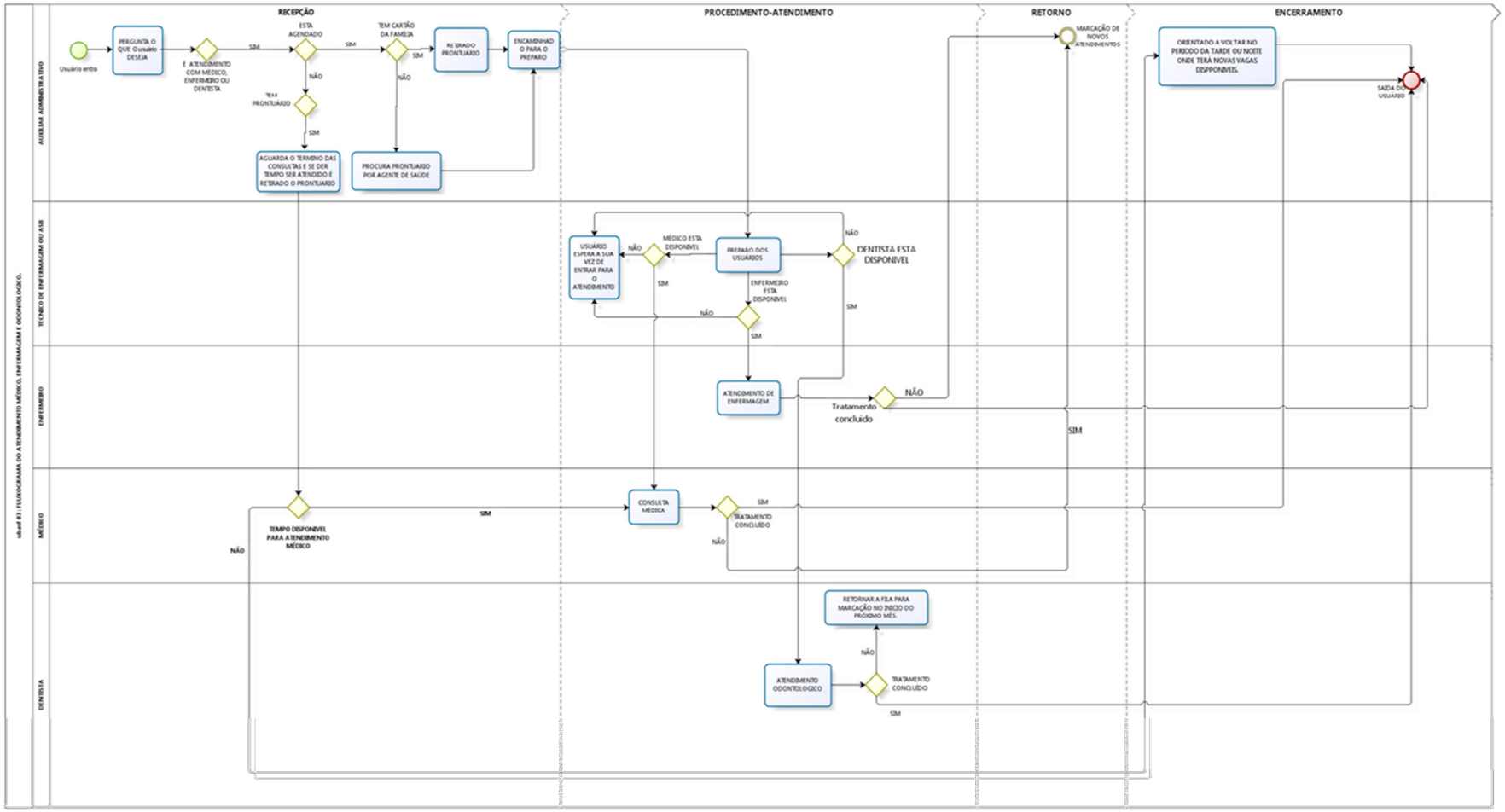
APÊNDICE L – Fluxograma de Acolhimento da EqSF 3.



APÊNDICE M – Fluxograma de procedimentos da EqSF 3.



APÊNDICE N – Fluxograma de consultas médicas e de enfermagem da EqSF 3.



ANEXO

ANEXO A- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

PlataForma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO.

Pesquisador: talyta Alves Chaves Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19633413.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.643

Data da Relatoria: 16/12/2013

Continuação do Parecer: 501.643

2-Riscos aos participantes identificados,
3-Benefícios informados
4-Cronograma adequado
5- TCLE- segue as instruções na Resolução CNS 466/12.
6-Apresenta termo de anuência em anexo.
7-Orçamento informado.

Recomendações:

Sempre que necessário rever Resolução CNS 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução CNS 466/12, as pendências foram resolvidas.
Encaminhar relatório ao término da pesquisa pela plataforma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)