





**A Residência
Multiprofissional:
ações indutoras de mudanças**



GESSI CARVALHO DE ARAÚJO SANTOS
MARIA ZOREIDE BRITTO MAIA
(Organizadoras)

A Residência Multiprofissional: ações indutoras de mudanças



Palmas-TO
2015



Reitor

Márcio Antônio da Silveira

Vice-reitora

Isabel Cristina Auler Pereira

Pró-reitor de Pesquisa e pós-graduação

Waldecy Rodrigues

Diretora de Divulgação Científica

Michelle Araújo Luz Cilli

Conselho Editorial

Airton Cardoso Cançado (Presidente)

Christian José Quintana Pinedo

Dernival Venâncio Ramos Junior

Etiene Fabbrin Pires

Gessiel Newton Scheidt

João Batista de Jesus Felix

Jocyleia Santana dos Santos

Salmo Moreira Sidel

Temis Gomes Parente

Projeto Gráfico, Revisão de Texto & Impressão

ICQ Editora Gráfica e Pré-Impressão Ltda.

Designer Responsável

Gisele Skroch

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins - SISBIB

S237r

A Residência Multiprofissional: ações indutoras de mudanças/ Organizadoras:
Gessi Carvalho de Araújo Santos, Maria Zoreide Britto Maia – Palmas, TO: Universidade
Federal do Tocantins / EDUFT, 2015

230 p. il.

ISBN 978-85-63526-62-5

1. Residência Médica. 2. Formação profissional. 3. Educação médica – Palmas (TO).

I. Título. II. Maia, Maria Zoreide Britto. III Santos, Gessi Carvalho de Araújo.

CDD 610.7

APRESENTAÇÃO

O livro *A Residência Multiprofissional: ações indutoras de mudanças* é resultado das experiências e do trabalho realizado pela primeira turma de residentes em Saúde da Família e Comunidade, docentes e colaboradores, que teve como instituição formadora a Universidade Federal do Tocantins (UFT) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde do Tocantins (SESAU) e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS). O curso aconteceu entre novembro de 2009 a janeiro de 2012, com o objetivo de formar profissionais especialistas (modalidade residência) em Saúde da Família e Comunidade, através de metodologias ativas de aprendizagem a partir das vivências de serviço, para o desempenho de ações de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade teve como princípio as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que fomenta o processo de mudanças nas práticas profissionais e na organização do trabalho, sendo esta pensada a partir da problematização do processo; da realidade socioepidemiológica e cultural

do estado do Tocantins (um estado da região Norte do Brasil, integrante da Amazônia Legal); e da melhoria (com foco na excelência) da organização do trabalho dos profissionais que integram os serviços de saúde do Tocantins, instrumentalizando-os para responder às demandas de cuidados à saúde humana de modo coerente com os princípios do SUS e diretrizes curriculares dos cursos da área da Saúde.

A experiência da Residência revelou-se de extrema importância, uma vez que as mudanças decorrentes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implantadas no Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, contribuíram com uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, visando à articulação das necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Nesse contexto, como o Ministério da Saúde se articula e pactua com o sistema educacional dos processos formativos, de acordo com as necessidades de desenvolvimento dos serviços de saúde? Como a equipe da ESF avaliou a efetividade dos processos educativos realizados, tendo como referência mudanças no processo de trabalho baseado na resolutividade e integralidade dos serviços prestados? Para modificar a dinâmica da cultura médico-hospitalar-centrada que opera no caso da saúde, e provocar mudanças nesse contexto, é necessário que se reorganize o processo de trabalho? As propostas apresentadas pelos residentes provocaram nas equipes ou unidades participantes mudanças no processo de trabalho, que pudessem repercutir nas relações interpessoais e na assistência prestada aos usuários? Quais são os desafios para a interdisciplinaridade na ESF? Quais são as dificuldades que os residentes encontraram na implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização – PNH, nas USFs? Estas e outras reflexões integram a presente coletânea, descritas por residentes e preceptores.

O livro está organizado em três partes. A Introdução aborda o processo de implantação das Residências Multiprofissionais

no Brasil como espaço de formação centrada nas necessidades do serviço, com práticas indutoras de mudanças nas atividades profissionais, gerenciais e políticas. Esse capítulo enfatiza a efetiva inovação do desenvolvimento da formação em saúde, externo ao ambiente hospitalar, o que permite outros olhares e saberes, conforme vem sendo preconizado insistentemente pelo Ministério da Saúde e adotado pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidades no Tocantins.

A parte I do livro intitulada “Ações desenvolvidas pelos residentes junto às equipes da Estratégia Saúde da Família em Palmas – Tocantins” apresenta artigos que têm como objetivo discutir os modelos da assistência prestada, frente aos índices aumentados de gravidez na adolescência, entre outros agravos; desafios não superados e necessidade de novas abordagens, bem como, comportamentos profissionais e suas contribuições para a prevenção, acompanhamentos, classificação de risco e acolhimento na atenção básica.

Na parte II “Avaliação das ações, cuidado e nas relações interpessoais” os artigos tratam da avaliação das ações propostas pelos residentes, centradas na política nacional de humanização, assim como, a necessidade de inclusão de profissionais na ampliação da equipe.

Integram a parte III “Percepção dos residentes frente aos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família”, os artigos que têm como centralidade a discussão sobre a percepção dos trabalhadores da saúde a partir da vivência com os residentes e da reorganização do processo de trabalho.

Nesse livro, o leitor encontrará uma análise crítica de temas que tem sido centrais na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que pode contribuir para a melhoria de um trabalho integrado da equipe de saúde, sobretudo na perspectiva da atenção à família e à comunidade. Essa obra servirá, também, de referência e instrumento de trabalho para todas as pessoas que, de alguma maneira, envolvem-se com a gestão da educação na saúde nos diferentes âmbitos e usos do SUS.

Acreditamos que, os aspectos que os diferentes autores analisaram, contribuirão para que sejam realizados debates

cuidadosos sobre a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, às necessidades socioepidemiológicas da população e ao desenvolvimento do SUS. Tal compreensão permitirá, certamente, fazer uma discussão mais profunda sobre as estratégias e políticas que orientam os princípios e diretrizes do SUS, além de oferecer cenários de ensino-aprendizagem e proposta pedagógica que coadunam com esses princípios, centrando-se na humanização da assistência à saúde. Nessa direção, contribuir-se-á para o aprimoramento dos Princípios e Diretrizes dos Programas de Residência em Saúde, quanto às mudanças dos modelos de gestão e atenção; a concepção de saúde ampliada; na garantia da pedagogia problematizadora; na rede enquanto espaço de aprendizagem, sob a perspectiva de linhas e áreas de cuidado; na formação e na integração ensino-serviço, integração de saberes, integração com instituições de ensino superior; e a promoção de parceria institucional.

Palmas, junho de 2015.

Gessi Carvalho de Araújo Santos
Maria Zoreide Britto Maia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	vii
INTRODUÇÃO	13
PARTE I	
AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS RESIDENTES JUNTO ÀS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PALMAS – TOCANTINS	25
1. Um olhar a gravidez juvenil pela assistência	27
Maria Zoreide Britto Maia Raylon Mendes Maciel	
2. Prevenção em saúde: desafios para três equipes	63
Ana Clébia de Araújo Sandra Maria Botelho Pinheiro Jeanny da Silva Fonseca	
3. Atenção à saúde bucal: contribuição do ACS	93
Karina Maschietto de Lima Assis Rejane Maria de Sousa Pereira Oliveira José Fiel de Oliveira Filho	
4. Classificação de risco: acolhimento e intervenção	115
Pâmela Eva Teixeira de Aguiar Rejane Maria de Sousa Pereira Oliveira Sandra Maria Botelho Pinheiro	
PARTE II	
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES, CUIDADO E NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	129
5. Proposição dos residentes: dificuldades e facilidades na execução	131
Maria Zoreide Britto Maia Maria DilceWânia R. A. do Nascimento	

6. Vivência na implementação da Política Nacional de Humanização..	145
José Gerley Díaz Castro	
Soraya Viana da Silva	
7. Inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família	171
Dayelly Borges do Nascimento	
Maria Zoreide Britto Maia	
Rafaella Catani Cardoso Arantes	
PARTE III	
PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES FRENTE AOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	197
8. Percepção dos trabalhadores: vivência com os residentes	199
Maria Zoreide Britto Maia	
Maria DilceWânia R. A. do Nascimento	
Socorro Ribeiro Albuquerque	
9. Análise coletiva dos processos de trabalho: relato de experiência..	215
Ana Clébia de Araújo	
Cidia Silva Costa	
Jeanny da Silva Fonseca	

INTRODUÇÃO

Residências multiprofissionais em saúde: possibilidades de carreiras focadas no cotidiano profissional

As residências multiprofissionais são espaços de formação pós-graduada em serviço, que se destacam como locais efetivos para as possibilidades de desenvolvimento e de práticas de um processo de formação centrada nas necessidades dos serviços de saúde.

As características da formação em serviço no formato de residências visam uma especialização de profissionais que atuam nos serviços de saúde, comprometidos e aptos a reconhecer as necessidades do meio onde desenvolvem suas atividades profissionais, gerenciais e políticas, e que suscitem instigar, bem como, provocar mudanças necessárias nesses cenários de prática laborativa, objetivando uma saúde construída pelos profissionais que atuam nestes serviços.

As possibilidades que esta oportunidade desenvolve são o trabalho em equipe, o acolhimento, a comunicação e articulação nas relações profissionais, políticas e gerenciais que estabelecem pactos de um aprendizado coletivo, evidenciando, assim, as relações interpessoais.

Essa construção pedagógica aponta possibilidades de uma formação diferenciada, procurando estar distante dos

paradigmas tecnicista e cartesiano, mas focados na integralidade, no Sistema Único de Saúde, no acolhimento e participação dos sujeitos coletivos em um novo cenário, por vezes, distante daquele constituído nas graduações em saúde com as quais convivemos.

Assim, expressamos que a formação multiprofissional na área de saúde tornou-se um tema recorrente, enquanto política pública, na formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde. Essa recorrência torna crucial a discussão, a expressão dos envolvidos e o desenvolvimento dessa possibilidade de construção de carreiras em cenários profissionais. Portanto, podemos expor que o governo tem assegurado o incentivo e fomento necessários para esta construção, na medida em que estas se tornaram de interesse da sociedade brasileira.

Merecem destaque as trajetórias das residências em vários cenários do Brasil, pois em suas histórias podemos apreender as (de)formações e inovações decorrentes de décadas desta formação. A ênfase que queremos dar é a efetiva inovação de desenvolvermos as formações em saúde na modalidade residência fora do ambiente hospitalar. Essa possibilidade permite outros olhares e saberes, a partir das visões que os profissionais têm da saúde, bem como, de suas atuações no âmbito da saúde mental fora das instituições nosocomiais, da disseminação forte nos cenários da atenção primária em saúde ou, ainda, em espaços de convivência. Essa prática, por nós referida, está sendo desenvolvida no Brasil na última década.

Residências multiprofissionais em saúde no país

Nos anos 80, com o início do SUS, dois projetos foram criados mediante auxílio financeiro da Fundação W.K. Kellogg, resultando em mudanças nos cursos de graduação em saúde, sendo o principal deles o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), o qual visava, como estratégia metodológica, realizar a aproximação entre as instituições de educação e os

serviços de saúde com a participação da comunidade. O intuito era trabalhar ensino-aprendizagem com base nas vivências do serviço (MARSIGLIA, 1995).

Outras maneiras de buscar mudanças no processo de formação para os profissionais foram criadas, entre elas, a nova iniciativa para a Formação dos Profissionais da Saúde, caracterizada pela continuidade das experiências do IDA, visando suprir as dificuldades e limitações anteriores.

Diante do novo paradigma assistencial em saúde, a formação e qualificação desse profissional apresentam-se mediante a interação humanizada das relações e da prática em cuidar, administrar, ensinar e pesquisar (SAUPE R., *et al.*, 2005; SAUPE R., *et al.*, 2007). Prerrogativa para observar o disposto na Constituição Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo nº 200, que estabelece o ordenamento para a formação de recursos humanos a saúde (BRASIL, 1988).

O Estado, com intuito de lidar com os novos fenômenos sociais, apropriou-se de uma política pública nacional em saúde, cuja concepção baseia-se na lógica cartesiana pertinente ao modelo biológico e hegemônico, determinado pela dissonância entre saúde e doença. Esse processo expressa a relação de poder entre Estado e sociedade. Portanto, a formação profissional pauta-se nesse modelo por longos anos, durante os quais o usuário, denominado “paciente”, é externo ao próprio processo, assumindo uma função secundária de espectador; conduta neutralizada e instituída pela cultura do conhecimento tecnológico (FEUERWERKER, 2005; CAMPOS, 2009).

Atualmente, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde passa a ser uma política do SUS, que adere à implantação de uma rede-escola, incentivando as Instituições de Ensino Superior a criar dispositivos, objetivando a estruturação do SUS, transformando-se, dessa forma, em um local de ensino que valorize a equidade e a qualidade da assistência, reafirmando a eficiência e relevância do trabalho em equipe (ROSA; LOPES, 2011).

A oficialização nacional das residências multiprofissionais em saúde e suas normativas

Pensando na formação profissional, o Ministério da Saúde, em parceria com o de Educação, propôs a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005), que pressupõe o ensino direcionado ao serviço, vindo a se constituir em um programa de cooperação intersetorial, incentivando os jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho a priorizarem o SUS como cenário de atuação.

A Resolução nº 3, de 12 de abril de 2012, no art. 3º, refere-se aos Programas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional que abrangem: “integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvida por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS”.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pode ser visto enquanto estratégia para o Estado que busca modificar as práticas atuais, criando uma nova cultura de intervenção para atender às necessidades locais, além do entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS (ROSA; LOPES, 2011). Isso implica no desenvolvimento de ações para a atenção integral à saúde, em serviços assistenciais da rede de atenção à saúde.

Segundo o disposto na Resolução de nº 3 de 2012 da CNRMS, art. 6º, a estrutura e funções envolvidas na implementação do Projeto Político (PP) dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são constituídas pela Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), Coordenação de Programa, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes (BRASIL, 2012).

Considerações feitas por Seiffert (2005) enfatizam a necessidade de uma formação em saúde que priorize não apenas a dimensão técnica, mas contemple a dimensão social do processo saúde-doença e o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade como prioridade de atenção na formação e qualificação dos jovens profissionais. Importante também enfatizar a relevância da interação entre as várias profissões, permitindo a construção e desconstrução de conhecimento, considerando os princípios éticos e respeito entre ambos (MENDONÇA; MENDES, 2005; LANDIM, 2009).

Programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade do Tocantins

O I Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvido no Estado do Tocantins foi elaborado coletivamente a partir de discussões e articulações interinstitucionais pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAU), através da Diretoria de Gestão e Educação na Saúde (DGES) com os seguintes parceiros: Ministério da Saúde (MS); Centros de Ciências da Saúde, Socioeconômico e de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; Fundação de Medicina Tropical (FMT) do Tocantins; Universidade Federal do Tocantins (UFT); conselhos estaduais de categorias profissionais; Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) e áreas técnicas da SESAU.

Esse grupo propôs o desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) pautado nas discussões que considerou as características locais e as necessidades de saúde do Estado, bem como, as propostas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que priorizou as ações da atenção básica por entender que poderiam tornar o sistema de saúde mais eficiente, consolidando vínculo entre os serviços e a população, bem como, contribuindo para a universalização do acesso e garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1999).

A realização do programa foi possível mediante convênio firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e Ministério da Saúde, sendo este último o financiador do projeto. Para desenvolvimento do programa, foi firmado um termo de cooperação técnica com a UFT, que foi responsável pela coordenação pedagógica e certificação do curso, a SEMUS de Palmas, que disponibilizou o espaço físico (unidades de saúde) para desenvolvimento das atividades práticas, e a SESAU, responsável pela coordenação administrativa do curso e gestão do recurso do convênio.

O programa de RMSF foi desenvolvido entre novembro de 2009 a janeiro de 2012 e teve como objetivo principal:

Formar profissionais especialistas (modalidade residência) em saúde da família e comunidade, através de metodologias ativas de aprendizagem a partir das vivências de serviço, para o desempenho de ações de cuidado no âmbito do SUS, tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família e pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) – HumanizaSUS (UFT, 2009).

A RMSFC do Tocantins previa, em seu projeto, a formação de vinte e quatro residentes, nas seguintes áreas de formação: Enfermagem, Odontologia, Serviço Social e Psicologia. Esperava-se que o egresso do curso se tornasse um profissional especialista, com formação humanista, crítica e reflexiva. Estar qualificado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, e pautado em princípios éticos legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. O profissional deveria ainda ser capacitado para

atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

O desenvolvimento do curso e a construção do conhecimento foram possíveis por meio das atividades teóricas e práticas. As primeiras foram desenvolvidas nos encontros disciplinares e/ou interdisciplinares de produção coletiva de conhecimento, no formato de oficinas, seminários, laboratórios, apresentação de temas pelos preceptores e/ou residentes, seminário com participação de convidados; e por meio da participação ou desenvolvimento de eventos científicos (congressos, simpósios, amostras, entre outros), produção e publicação de artigos e outras formas de trabalhos científicos. A segunda foi desenvolvida com base na vivência em serviço (educação em serviço), em diferentes pontos da atenção (atenção primária, atenção secundária e gestão).

O programa pedagógico do curso apresentava as disciplinas agrupadas em três grandes eixos temáticos: Estado, saúde e sociedade; Saúde e o processo de viver humano individual, social e coletivo; e Construção do conhecimento e do processo de trabalho em saúde. A organização curricular foi articulada segundo temas centrais que agrupam componentes disciplinares similares filosoficamente e no que diz respeito às linhas de ação na tentativa de evitar a fragmentação ou a superposição entre os diversos assuntos pertinentes ao universo da saúde da família e comunidade (UFT, 2009).

Como instrumento de avaliação, foi utilizado o portfólio construído ao longo do curso pela compilação das experiências de aprendizagem vividas pelos residentes. As principais atividades desenvolvidas foram: registro das atividades realizadas no campo prático, por meio do diário de campo, resumo, fichamento e resenha de textos, projetos de educação em saúde, projetos terapêuticos singulares, projetos de intervenção, relatório das vivências e dos projetos realizados. Como trabalho de conclusão do curso, foi realizada uma pesquisa apresentada no formato de artigo científico.

Percebemos que a proposta pedagógica do curso foi baseada na educação permanente que é entendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004). Também que “a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” e a própria organização do trabalho sendo desenvolvida “[...] a partir dos problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem” (BRASIL, 2009a, p. 20).

Para nortear as ações e estratégias vivenciadas pelos residentes, tutores e preceptores foi utilizada, também, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) – HumanizaSUS. Esta política define-se enquanto uma política transversal, que busca propiciar e articular mudanças para a melhoria do SUS, sendo um de seus pontos fundamentais o aumento do grau de corresponsabilidade e o protagonismo social dos diferentes atores que fazem parte do SUS (BRASIL, 2009b).

Segundo Cruz *et al* (2013, p. 164), a utilização da PNH foi importante, pois,

Os parceiros responsáveis pela execução da proposta (SESAU-TO, SEMUS-Palmas e UFT) entenderam que, ao transversalizar a PNH em todos os momentos do Curso, estariam potencializando outras formas de conviver, resgatando-se o caráter instituinte, criativo, coerente com cada realidade local, com mudanças na cultura de atenção à saúde dos usuários do SUS, assim como nos processos de gestão do trabalho em saúde. Em última instância, o grupo partiu do pressuposto de que todos são protagonistas de seus processos de saúde e constroem o SUS de maneira

ativa, repensando coletivamente o processo de trabalho e recriando novas práticas de saúde.

Assim, todo o curso foi montado utilizando esta lógica de pensamento, sempre partindo da experiência profissional dos atores envolvidos no processo, desde os profissionais que integram os serviços de saúde aos docentes (UFT, 2009).

Percebe-se então que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família possibilita um aprendizado bastante significativo ao profissional residente, através da vivência do fazer no serviço e a troca de saberes com outros profissionais, proporcionando, assim, habilidades e competências para atuar na Estratégia de Saúde da Família, direcionados para atender à demanda do SUS. Assim, esses profissionais projetam um perfil profissional diferenciado, o que contribui com a proposta de reorganização dos serviços de saúde, conforme princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2010.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

_____. Poder executivo. Portaria Interministerial nº 1.111/GM/MS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. 1ª edição, Brasília: DF, 2009b.

_____. RESOLUÇÃO MEC/SESU/CNRM Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012. (Diário Oficial da União nº 73, de 16 de Abril de 2012 (segunda-feira) – Seção 1 P. 24_25 Resolução de nº e n 2 de abril de 2012).

CAMPOS, F.E. et al. **O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde**. Rev. Bras. Educ. Med., v.33, n.4, p.513-4, 2009

CRUZ, L. M. da *et al.* Educação em saúde e adolescência – relato de experiência de residentes do curso de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade do município de Palmas/Tocantins. In: SILVA, G. T. R. da (Org.). **Residência Multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2013. p.161-174.

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

LANDIM, Simone Alves.; SILVA, Gilberto Tadeu Reis da.; BATISTA, Nildo Alves. A Vivência Clínica Hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. **Rev.bras.Enferm.** vol. 63 no.6 Brasília Nov./Dec. 2010.

LANDIM, Simone Alves.; SILVA, Gilberto Tadeu Reis da.; BATISTA, Nildo Alves. A vivência clínica na formação do enfermeiro. **RevBrasEnferm.** Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 558-62.

MARSIGLIA, RG **Relação ensino/serviços**: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995. 118p. (Saúde em Debate, 90).

MENDONÇA, H.; MENDES, AM. **Experiências de injustiça, sofrimento e retaliação no contexto de uma organização pública do estado de Goiás**. *Psicol. Estud.* 2005; 10: 489-98.

ROSA, SD; LOPES, RE. **Políticas de Formação Profissional**: O Caso Da Residência Multiprofissional Em Saúde. *QUAESTIO*, Sorocaba, SP, v. 13, p. 13-23, maio 2011.

SAUPE, R; CUTOLO, LRA; WENDHAUSEN, ALP; BENITO, GAV **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. *Interface: Comum Saúde Educ* 2005; 9(18): 521-36.

SAUPE, R; WENDHAUSEN, ALP; BENITO, GAV; CUTOLO, LRA. **Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4): 654-61.

SEIFFERT, OMLB. **A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica** (2001-2005). *TrabEduc e Saúde*, 2005; 3(2): 331-50.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT). Resolução n°. 25, de 25 de jul. 2009. Dispõe sobre a criação do Curso de Especialização *Lato Sensu* – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no *Campus* de Palmas. Palmas, 2009.



PARTE 1

Ações desenvolvidas pelos residentes
junto às equipes da Estratégia Saúde
da Família em Palmas – Tocantins



1.

Um olhar a gravidez juvenil pela assistência

**Maria Zoreide Britto Maia
Raylon Mendes Maciel**

A estratégia de saúde da família foi preconizada como forma de organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criada no ano de 1994, para viabilizar as ações de saúde coletiva voltadas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. O advento da ESF traz consigo, ainda a missão de ser um modelo contra-hegemônico aos modos tradicionais de produzir saúde – voltado para doença. Segundo Corbo *et al.* (2007), na ESF a atenção está voltada para a família, que deve ser percebida na sua complexidade física, social e territorial; o que permitiria uma concepção ampliada do processo saúde-doença possibilitando intervenções que superam as práticas curativas.

O modelo de assistência biomédico é descrito por Cecim (2005, p. 167), quando ele critica a conduta padronizada dos profissionais de saúde, pois segundo o autor trata-se de condutas “confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora” em detrimento dos determinantes psicológicos, sociais e culturais. Esse modo de produzir saúde, onde a saúde

passa a ser entendida como a ausência de doença, é deficitária no nexo das condições de saúde da população com os fatores que influenciam no bem-estar (qualidade de vida).

O exemplo de assistência à saúde que se apresenta como proposta substitutiva ao tradicional (biomédico) é o biopsicossocial. Esta abordagem conserva sinergia com os postulados da estratégia de saúde da família do Ministério da Saúde (MS), é o que aludem Silva Júnior e Alves (2007). Este modelo oferece uma visão mais sistêmica do que é saúde e reconhece o caráter social da doença com influência dos determinantes e condicionantes sobre os aspectos biológicos do humano. Segundo Puschel *et al.* (2006), o modelo psicossocial tem como objetivo considerar o ser humano na sua multidimensionalidade. Portanto, produz um olhar mais holístico sobre saúde como uma experiência subjetiva do cotidiano.

A adolescência é uma das fases do desenvolvimento humano que demonstra com clara evidência, essa “multidimensionalidade”. Todavia, o indivíduo nesta fase, além de estar exposto às mesmas condições de todas as pessoas alheias a essa fase (adultos ou não), ainda encara os conflitos típicos do período (adolescência), tais como: mudanças no corpo, maturação mental e sexualidade. De acordo com Abramovay *et al.* (2004), a relação dos profissionais de saúde com os adolescentes pode se tornar mais complexa com a ocorrência da “gravidez juvenil”.

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizar o conceito de “gravidez na adolescência”, há críticas contundentes a respeito dessa denominação, pois na avaliação de Abramovay *et al.* (2004, *apud* CABRAL, 2002, p. 180) o tema gravidez na adolescência precisa ser contextualizado, uma vez que, “em alguns cenários nem mesmo faz sentido”. Isso se dá porque em algumas culturas é esperado que uma jovem mulher demonstre fertilidade muito cedo ou em outros casos isso se torna comum no contexto familiar, reafirma o autor. Será adotado neste estudo o conceito de “gravidez juvenil” por atender de maneira mais ampla, abrangendo os adolescentes e os jovens, não delimitando de forma preconceituosa a ocorrência

da gravidez em uma faixa etária específica sem considerar o contexto em que se dá o fato.

A partir disso, o que já pode inferir-se é que o modelo biomédico possivelmente não abarcaria a complexa análise. Portanto, caso seja constatada a adesão dos profissionais de saúde (alvo dessa pesquisa) à abordagem médico-centrada, é possível que tal modo de enfrentamento tenha sido insuficiente.

O aprofundamento pode trazer novos elementos, que ajudem a romper com possíveis resistências de profissionais e instituições formadoras, que são adeptos a modos de produção de saúde: reducionistas, mecanicistas e ineficazes. Dessa forma, essa pesquisa se faz relevante por se propor a estudar as formas de enfrentamento do alto índice de gravidez juvenil, de 31% (PALMAS, 2009), no setor Santa Bárbara de Palmas/TO. A dinâmica dos modos dos enfrentamentos, bem como, o índice supracitado foram percebidos durante o estágio da disciplina Clínica da Família I e II, do programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, realizado no âmbito da ESF, nesse setor, no ano de 2010.

A inovação nesse trabalho pode ser o foco nas possibilidades de diminuição da distância entre o que se propõe como eficiente e o arcabouço de tecnologias que se tem para deflagrar uma estratégia para lidar com as causas que são determinantes para questão de saúde coletiva aqui levantada (gravidez juvenil). O ideário tende a ser o de uma expectativa acerca das potencialidades culturais e históricas que cada território oferece, e que antes de tudo, deve ser considerado na busca por transformações de alguns determinantes da realidade social.

O artigo foi organizado em tópicos para dar sustentação teórica ao tema: Estratégica Saúde da Família: promoção e prevenção como prioridade; Modelo biomédico: obsoleto ou atual? Um modelo que atenda o bio, o psico, e o social de uma população e Gravidez Juvenil: há remédio? O texto apresenta ainda uma breve exposição dos métodos utilizados na pesquisa, os resultados e as discussões destes.

Estratégica saúde da família: promoção e prevenção como prioridade

A partir de 1978, por meio da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Alma Ata, no Cazaquistão, começou-se a enfatizar a adoção da promoção da saúde como prática no campo da saúde coletiva e individual. Uma vez que a promoção da saúde constitui-se uma abordagem mais ampla do conceito de saúde, no que tange aos seus muitos aspectos determinantes, ou seja, enfoca a dinamicidade do homem em contato com o meio ambiente e suas relações sociais (BRASIL, 2003).

No Brasil, iniciou com as discussões advindas dos movimentos sociais agregados ao movimento sanitarista, e nas necessidades emergentes em saúde pública, tais como: epidemias fora de controle, situação sanitária precarizada, acesso restrito aos trabalhadores de carteira assinada, modelo de assistência privatista. Acrescenta-se ainda a essa conjuntura as mudanças no contexto político e econômico do país. Esses são alguns fatos históricos relevantes que levaram à compreensão da necessidade de instituir novas maneiras de organizar o sistema único de saúde. Porém, até começo dos anos 80, essas mudanças se deram de maneira paliativa e equivocada (BRASIL, 2006).

Em função das posteriores manifestações internacionais, nas conferências a respeito da saúde coletiva, condições internas do país (política e economicamente) e a pressão dos movimentos sociais organizados por um sistema de saúde que desse acessibilidade e resolubilidade aos problemas de saúde do povo brasileiro; o SUS é conquistado, por meio da luta do “movimento sanitário” (sociedade-civil-organizada e profissionais de saúde), na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1988, e passa a ter como uma das suas principais portas de entrada a atenção primária à saúde (APS).

Sucessivamente e em consonância com a lógica da APS, cria-se o programa de Saúde da Família em 1994, que logo em

seguida passa a se denominar Estratégia em Saúde da Família. Isso porque programa é estabelecido em caráter provisório, enquanto a estratégia foi institucionalizada pela política nacional de atenção básica via Portaria nº 648 GM/MS, de 28 de março de 2006. De acordo com Campos (2007), ESF foi proposta como modelo de atenção básica que enfoca a unidade familiar, que se constitui no contexto comunitário, que preconiza o trabalho em equipe, na perspectiva territorial, com conduta voltada para a promoção e a prevenção da saúde da comunidade.

O surgimento da ESF foi um avanço do programa de agentes comunitários de saúde (PACS). O PACS foi lançado como projeto-piloto na atenção básica como uma forma de aproximar a saúde da população por meio da territorialização da assistência à saúde (BRASIL, 2003). A ESF busca, além da proximidade com comunidades adscritas, a efetividade dos princípios do SUS, tais como: universalidade, integralidade e equidade.

A integralidade como um dos princípios mais relevantes da ESF, pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde¹ (BRASIL, 2011), as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção e o tratamento são fatores integrativos na conduta clínica e comunitária. A integralidade colabora bastante com a diminuição das iniquidades, pois um sistema de saúde que busca efetivar uma atenção integral à sua população esmera-se, no que tange à equidade. Estes são dois princípios (integralidade e equidade) que se retroalimentam, pois só atendendo a complexa diretriz da integralidade é que o SUS diminuirá as desigualdades sociais nos territórios, e para isso não pode responsabilizar apenas o setor saúde. É

¹ O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega os Secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal, no Brasil. Sua trajetória iniciou em 3 de fevereiro de 1982 pela percepção de importantes autoridades sanitárias brasileiras que discutiram e formularam ideias e se organizaram em uma instituição forte e representativa dos estados, com participação efetiva nas discussões e decisões sobre a política e as ações da área da saúde no Brasil. Desde a sua fundação, o CONASS participa diretamente de todos os momentos da criação e implementação das políticas públicas de saúde. Apontou novos caminhos para a construção do SUS, constituindo-se em um espaço permanente de debate da reforma sanitária brasileira.

recomendável desenvolver ações de maneira articulada com a rede pública de serviços para se trabalhar na perspectiva da promoção em saúde.

Segundo o CONASS, a promoção da saúde extrapola o que se pode chamar de cuidado em saúde, busca valorizar os aspectos ambientais, hábitos de vida, questões sociais, culturais; além dos fatores da biologia humana. Nesta lógica, estar saudável não implica apenas não estar doente, estar com saúde indica o gozo do acesso digno – com qualidade – destes espaços e dimensões supracitadas (BRASIL, 2011).

Portanto, a partir deste entendimento pode-se perceber que a população pode ascender nos níveis de qualidade de vida, de forma tal, que alcance altos índices de sua saúde global. Evoluindo dessa forma de uma dimensão de saúde como ausência de doença, para saúde como escala ascendente na qualidade de vida. Ascensão esta que deve ser produzida conjuntamente com a coletividade, em um movimento de corresponsabilização, conforme Brasil (2011, p. 31).

A proposta a que se aplica à Estratégia Saúde da Família por meio da promoção da saúde, constitui-se em uma opção substitutiva ao modelo biomédico. Na realidade trabalhar na conjuntura sistêmica a que se propõe a ESF é fomentar um movimento contra-hegemônico às bases privatistas, hospitalocêntricas, médico-centradas, reducionistas que não atende às necessidades complexas da população no cotidiano. Porém, um dos questionamentos que surge no cerne deste estudo é exatamente sobre a efetivação de um movimento assim no dia a dia da produção de saúde.

Modelo biomédico: obsoleto ou atual?

Estudos realizados por Silva Júnior e Alves (2007), na década de 70, demonstraram de maneira evidente as limitações da biomedicina (modelo biomédico) no trato da saúde

coletiva. Uma dessas evidências ficou clara na insuficiência da assistência à saúde no período de grande expansão urbana que se deu nessa época. Apareceram doenças psicossomáticas, neoplasias, infecciosas, doenças crônico-degenerativas que extrapolavam a capacidade de resolução da visão reducionista da abordagem centrada nos aspectos individuais e biológicos. Isso se deu devido a não associação dos múltiplos fatores que influenciavam a saúde da população, por parte dos profissionais de saúde atuantes nesse período. Ou seja, o sujeito era visto como o doente e não como indivíduo que atua sobre o meio e afeto nessa relação, também, e que tão pouco se restringe a um ser biológico.

Nesse período o sistema de saúde se organizava com uma estrutura que valorizava a doença e o indivíduo como objeto de trabalho. A organização do sistema tinha como objetivo o diagnóstico e o tratamento, muitas vezes medicamentoso. Coelho (2008) analisando esse período, constatou que havia um abuso dos equipamentos tecnológicos e arsenal medicamentoso em detrimento da associação das condições de saúde da população com a pobreza, insalubridade, saneamento básico, emprego, etc.; como forma de desenvolver uma melhor assistência à saúde da coletividade e não somente de indivíduos isolados.

Pelo que contextualiza Silva (1983), a história do SUS aponta também algumas questões que influenciam até os dias de hoje, a lógica de assistência praticada em boa parte dos serviços de saúde pública. Um dos aspectos que colaboram para a manutenção de um modelo biomédico seria o entrelaçamento da assistência à saúde ao sistema econômico vigente nas décadas anteriores a criação do SUS. Silva (1983) explana sobre o caráter privatista e individualista no modelo assistencial que perpassou o surgimento do SUS:

O modelo médico assistencial privatista teve as seguintes características: a extensão da co-

bertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; o privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico-industrial; e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos (SILVA, 1983, p. 29).

Silva Júnior e Alves (2007) apontam que, no século XXI, pode-se ver claramente a propagação da chamada “inflação médica”, chegando a ser maior que nos demais setores da economia. Os autores apontam ainda que os procedimentos médicos passam a ser cada vez mais especializados e o desenvolvimento tecnológico que vem acontecendo não ocorre de maneira isolada; ele exige profissionais, médicos especializados para lidar com os novos equipamentos.

Isso tudo acaba refletindo na organização do sistema de saúde, pois passa a existir a cultura de que a boa assistência é feita com articulação minimista entre médico e equipamento tecnológico. De acordo Silva Júnior e Alves (2007), tal concepção exacerba o uso de tecnologia dura e denota a tênue valorização das tecnologias leves (relacional entre usuário/profissional). Esta influência da lógica assistencial na organização do sistema de saúde fica clara a partir da noção piramidal e hierárquica que se instituiu no SUS, dando a noção de cuidado em graus crescentes de complexidade e ordenada em: primário, secundário e terciário.

Nesse contexto, a questão deficitária se dá pela falta de articulação na rede, pois a ideia de pensar o sistema em graus de complexidade crescente era para ordenar o fluxo dos usuários na rede (referência e contra referência). No entanto, o apontamento de Silva Júnior e Alves (2007) é de que o fluxo seja meramente prescritivo e de uma racionalidade formal que não atende as reais necessidades dos indivíduos ao estabelecer os fluxos via rede.

Outra preocupação na atualidade é se encontrar em uma situação epidemiológica que exige uma resposta, que o modelo de assistência praticado no presente não tem conseguido dar, ou seja, o mapa epidemiológico retrata com maior taxa de morbimortalidade as causas crônicas e a assistência à saúde hoje é voltada para causas agudas. É o que afirma Brasil (2006):

O modelo de atenção à saúde do SUS caracteriza-se, à semelhança de quase todos os sistemas de saúde universais, por ser **voltado para o atendimento às condições agudas**. Esse modelo de atenção à saúde não se presta para responder, com eficiência e efetividade, a uma **situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas** (BRASIL, 2006, grifos do autor).

Segundo os estudos que abordam os modelos de assistência à saúde exposto no caderno do CONASS (BRASIL, 2006), o modelo de assistência à saúde que tem provocado uma crise no SUS é de abordagem biomédica, centrada principalmente na doença em condições agudas. Essa lógica pode indicar ações curativistas em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção da doença.

Na observação direta dos serviços (estágio na ESF) que desenvolvem práticas influenciadas pelo modelo de assistência biomédico, a impressão é que se trata de uma abordagem fragilizada, frente aos múltiplos fatores que determinam a saúde do indivíduo. Situações pontuais de problemas na saúde pública como o alto índice de gravidez na adolescência, exigem uma conduta abrangente e, pautada na transdisciplinariedade, na aceitação do outro, na promoção da autonomia, na transversalidade, na indissociabilidade (cuidar e gerir) e na relevante articulação intersetorial, tal qual, se propõe o modelo de assistência biopsicossocial.

Um modelo que atenda o bio, o psico e o social de uma população

A proposta de um modelo biopsicossocial tem tido uma evolução progressiva no século XX, pois é a proposta que visa a atender o indivíduo de maneira integral. É uma visão voltada pra o “ser” e do “adoecer”, compreendendo os aspectos físicos, psicológicos e sociais, como afirmou De Marco (2006).

À medida que as discussões do setor saúde evoluem, percebe-se a busca por um modelo biopsicossocial, que não esteja necessariamente esgotado em si, mas que altere não só o modelo pelo modelo e sim os modos de produção de saúde. No movimento contra-hegemônico, almeja-se a quebra de um paradigma e não a criação de outro. Neste sentido, Coelho (2008) arremata que um dos problemas dos modelos teóricos é conclamar a si a categoria de “verdades eternas e incontestáveis”. Ainda segundo esse autor, quer esgotar o diálogo sobre outras possibilidades e engessar uma padronização pela qual o sistema de saúde ou trabalho das equipes de saúde deve ser avaliado.

Assim, a referência que se tem como objetivo não é exatamente o de um modelo, mas sim de “novos modos de fazer”, como bem ressalta Campos (2007); o que não implica exclusivamente em uma receita perfeita, mas a construção do caminho no próprio caminhar. Tal tema, já se encontrava no cerne do debate (PLATÃO; ARISTÓTELES, 1993 *apud* COELHO, 2008) ao discutir sobre o modelo que orientasse as ações e a aprendizagem. Ainda segundo esses autores, o primeiro defendia a ideia de que a referência para as nossas ações e aprendizado deveria ser os modelos idealizados (teóricos), frutos de construtos mentais; pois, de acordo com Platão, seriam mais efetivos. Já Aristóteles, valorizou o real, as experiências exitosas, a singularidade de cada pessoa e situação, ele postulou que inspirar-se “nas melhores constituições (experiências) existentes, adequar ou construir na nossa própria constituição”, seria o caminho para um melhor resultado.

Neste ideário de construir um sistema de saúde que atenda de forma integral e equânime a população, Morin (2002 *apud* SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 177) destaca a interação entre o ser biológico, o ser psíquico e o ser sociocultural:

O que há de mais biológico – o sexo, o nascimento, a morte – é, também, o que há de mais impregnado de cultura. Nossas atividades biológicas mais elementares – comer, beber, defecar – estão estreitamente ligadas a normas, proibições, valores, símbolos, mitos, ritos, ou seja, o que há de cantar, dançar, amar, meditar – põem em movimento nossos corpos, nossos órgãos; portanto, o cérebro.

Morin (2002) é adepto ao pensamento complexo que está em harmonia com os pressupostos do que vem a ser um sistema que preza por uma visão focada nos aspectos biopsicossocial. Este pensamento admite o sujeito a partir de uma dinâmica equilibrada entre as suas condições físicas, psíquicas e de suas relações com o meio ambiente. Admitir o homem como um ser incontestavelmente interacionista e que se constitui neste processo como um sujeito é a essência do pensamento de Edgar Morin.

O entendimento da lógica biopsicossocial não parte do pressuposto de que o trabalhador da saúde, e tão pouco o SUS, tenha que dar conta sozinho da árdua tarefa. Na realidade, faz-se necessário que a rede de serviços seja identificada e usada, na perspectiva da intersectorialidade; bem como é pertinente o dispêndio das tecnologias de relações, que seria as tecnologias leves como enfatizadas por Coelho (2008 *apud* MERHY, 2009).

Nesta perspectiva de cuidado mais articulado – biopsicossocial – as diversas possibilidades de estratégias podem oferecer uma ação mais eficaz, eficiente e efetiva; pois, ao tratar-se

de gravidez juvenil, têm-se múltiplos aspectos a serem afetados como maneira de preveni-la. Isso porque: “prevenir é melhor que remediar”.

Gravidez juvenil: há remédio?

Na visão de Morin (2002 *apud* SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007), a partir do pensamento complexo da interação dos determinantes e condicionantes sociais com os fatores biológicos e psicológicos, compreende-se que os problemas de saúde não se dão de maneira isolada, não acontecem ao acaso. Existem sempre várias questões influenciando um fenômeno que se apresenta no universo da condição humana. Um exemplo disso foi evidenciado nos estudos realizados por Garayeb, Neto e Bugliani (2003), apontando que a gravidez juvenil pode ser motivada por diversos fatores, dentre eles, a precoce iniciação da vida sexual, a não utilização de métodos contraceptivos, prostituição, falta de perspectiva de vida, a vulnerabilidade social, compensação por outras faltas ou exclusão.

A preterição no uso do termo “gravidez na adolescência” por “gravidez juvenil”, deu-se pelo fato de a segunda trazer uma visão mais ampliada da ocorrência da gravidez no período da juventude, pois, segundo Abramovay *et al.*(2004), há restrições tanto acerca da idade delimitada (10 a 19 anos) para estabelecer esse período da vida (a adolescência), bem como, pela padronização de características das pessoas neste ciclo de vida. Os autores ressaltam ainda para a questão do que chamaram de descontextualização do conceito de gravidez na adolescência, pois de acordo com o que falam sobre a gravidez na adolescência, em alguns cenários não faz sentido. Há que se avaliar o contexto: cultural, social e histórico, que se desencadeia tal situação (gravidez juvenil), pois são aspectos que dão outro significado para o fato de uma jovem estar grávida. Castro, Abramovay e Silva (2004) consideram que a condição de ter filhos pode representar para muitas dessas jovens a expressão

de poder, de virilidade, uma compensação por outras faltas e exclusões cometidas no decorrer de suas vidas.

Dessa forma, os enfrentamentos às dificuldades advindas da juventude devem atender a amplitude e dinamicidade peculiar deste momento de vida, tão conflituoso e vulnerável para os sujeitos que o vivenciam. Para tanto, Gorayeb, Cunha Neto e Bugliani (2003) acreditam que ações específicas dificilmente lograram êxito, no que tange aos problemas que podem acometer o indivíduo nesta situação de maturação, no mínimo vulnerável: a adolescência.

O que estes autores sugerem é o desenvolvimento de um trabalho voltado para esse público (adolescentes), que abarque aspectos gerais do comportamento, o que deve promover uma maior resistência aos fatores de risco, tais como: beber, fumar, usar drogas, iniciação sexual precoce (gravidez juvenil), etc. Segundo Viana e Assis (2010), o sistema de saúde deve ter condições de oferecer, de maneira permanente, um cuidado que se aproxime mais dos indivíduos, tornando a produção de saúde uma empreitada mais humanizada, solidária e, principalmente, que seja um serviço que preze pela integralidade e resolubilidade. Esta é entendida como a resposta adequada às necessidades dos usuários e resulta da confluência das demais dimensões da integralidade: acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização.

Métodos

Na busca por resultados optou-se por coletar dados nas fontes documentais, em campo e bibliográfica. O que motivou a múltipla escolha de fontes foi o escopo de alcançar informações de nível confiável. Os documentos analisados na área técnica do adolescente pouco poderão oferecer dados quanto ao assunto. A metodologia utilizada em campo – entrevista – rendeu a essência do estudo que se apresenta. A literatura, por sua vez, traz ricas colaborações sobre o tema.

A seguir serão expostos os resultados, os quais foram trabalhados a partir dos seguintes métodos: os dados encontrados em documentos foram quantificados e tabulados para em seguida serem submetidos à análise qualitativa; A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo que é “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2002, p.38).

O trabalho de análise dos dados obtidos nas entrevistas foi feito de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002), que esclarece que essa metodologia constitui-se em um conjunto de técnicas que visa a analisar a comunicação contida em documentos (exemplo: entrevistas transcritas), com o objetivo de interpretar informações, sejam elas explícitas ou implícitas.

Seguindo a proposta de Bardin (2002), foram cumpridas as três etapas propostas por ela: as quais sejam: a pré-análise, a exploração do material coletado e tratamento dos dados coletados. Na pré-análise foi feita a leitura flutuante (primeiro contato com o texto), a associação com as hipóteses e objetivos (proposta da investigação) e o preparo do material. Na exploração do material, foi realizado o desmembramento do conteúdo essencial no texto e discriminado em unidades semânticas: unidade de contexto (UC), unidade de registro (UR) e unidade de numeração (UN). A autora explica que a UR é um pequeno recorte de ordem semântica, apesar do caráter variável, pode ser a palavra-chave. A UC deve fazer compreender a UR. Neste sentido, a UC está para UR, assim como a frase está para a palavra. Por fim, a UN, tem o objetivo de demonstrar a frequência das UCs e URs, para assim facilitar a interpretação objetiva de expressões subjetivas que se configuram na etapa final do trabalho de preparo do material.

Resultado e Discussão

Por meio da imersão feita no universo pesquisado foi possível ter acesso a dados e informações relevantes para cumprir com os objetivos da pesquisa e conseqüentemente as hipóteses levantadas. Neste sentido, a partir de um contato primário com a área técnica de saúde do adolescente da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), não foi possível identificar nenhuma ação de promoção na saúde no ano de 2009; o que se conseguiu foi apenas um relatório que dá conta da “quantificação do atendimento clínico”.

A partir deste dado foi possível localizar no livro de atendimento do adolescente, na Unidade de Saúde, um quantitativo de 505 atendimentos aos adolescentes em 2009; dos quais 22 adolescentes grávidas compartilhavam alguns destes atendimentos (ver tabela 1).

Tabela 1: Atendimentos aos adolescentes em 2009

Idade	Nº de Adolescentes	Atendimento
13	2	Pré-natal
15	2	Pré-natal
16	6	Pré-natal
17	7	Pré-natal
19	5	Pré-natal
Total		22

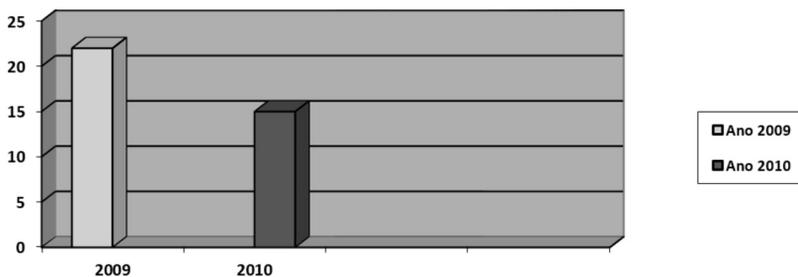
Fonte: Livro de registro de pré-natal da unidade pesquisada.

Estes dados surgiram de uma intensa investigação que buscou identificar ações voltadas ao adolescente, as quais fossem: promoção, prevenção, assistência, etc. Porém, não surgiu um documento que indicasse ações de promoção da saúde ou de prevenção, ou seja, o que se apresentou foi exatamente uma conduta centrada na pós-ocorrência, neste caso a gravidez

das jovens da comunidade, o que dá indicativos de que modos operantes estariam em sintonia com o modelo biomédico. Na perspectiva de Silva Júnior e Alves (2007) esse é um modelo de assistência à saúde onde se reconhece como válidos para solucionar problemas de saúde, aqueles conhecimentos que são centrados no corpo biológico, em detrimento da dimensão social e subjetiva do adoecer.

Pesquisando os arquivos do sistema de informação da atenção básica (SIAB), na Coordenação da ESF, os dados encontrados indicavam que em 2009 foram 71 grávidas, dessas, 22 eram adolescentes entre 13 e 19 anos, ou seja, 31%; e que em 2010, no universo de 62 grávidas no setor Santa Bárbara, 15 eram adolescentes, o que representou em torno de 24,4% das gestantes do quantitativo geral.

Gráfico 1: Número de adolescentes grávidas no SIAB em 2009



Fonte: SIAB (2011).

O gráfico indica uma diminuição de 7,4% na quantidade de gestantes da comunidade da área geográfica da unidade pesquisada. Não houve, porém, nenhuma ação que tenha sido desenvolvida com este objetivo por parte da unidade ou da Secretaria Municipal de Saúde. É o que afirmou a responsável pela área técnica do adolescente e, o que confirmaram, as entrevistadas. Buscando informações que deem mais consistência a esta análise, em seguida serão apresentados os resultados das entrevistas.

Além dos dados já expostos foram feitas também algumas entrevistas. A amostra inicial proposta era de oito profissionais de saúde entrevistados em um universo de 26, ou seja, um profissional de cada categoria, das duas equipes da unidade; porém os dois profissionais médicos caíram nos critérios de exclusão. Um por estar há apenas dois meses inserido na equipe e o outro por estar a menos de dois anos na ESF. Assim, foram entrevistadas 6 profissionais, as quais foram: 2 odontólogas, 1 enfermeira, 2 agentes de saúde e 1 técnica de enfermagem (todas mulheres).

O roteiro de entrevista foi elaborado com oito perguntas, as quais estarão representadas na categoria da análise realizada. As entrevistas foram todas gravadas em áudio e transcritas, em seguida, com conservação rigorosa da semântica das falas e expressões originais. O processo de entrevista se deu no horário de trabalho dos profissionais na Unidade Básica de Saúde e duraram em média 20 minutos cada.

Na tabela a seguir esta o resultado deste trabalho, onde se procurou evidenciar de maneira mais objetiva aquilo que foi respondido na oportunidade das entrevistas realizadas. A tabela está organizada em categoria de respostas para facilitar a orientação da interpretação das informações.

44 **Tabela 2:** A questão nº 01 do questionário aplicado

Categoria 1		Modos de enfrentamento a gravidez juvenil		
Subcategorias	<p><u>UC²⁴</u>- <u>Planejamento familiar</u> UR⁷: Baixa adesão</p>	<p><u>UC²³</u>- <u>Métodos contraceptivos</u> UR²³: camisinha UR²³: comprimido UR²³: injeção UR²³: DIU</p>	<p><u>UC²²</u>- <u>Visita domiciliar</u> UR²: puerpério UR⁶: orientar elas</p>	
Subcategorias	<p><u>UC²⁵</u>- <u>Trabalho com adolescentes</u> UR⁸: grupos de adolescentes <u>UC¹⁰</u>- <u>Parcerias</u> UR¹⁰: com as escolas UR¹⁰: com as igrejas UR¹¹: fazer promoção da saúde UR¹²: com a família</p>	<p><u>UC⁵</u>- <u>Maioria dos casos</u> UR¹³: já é fato consumado UR¹³: já ta grávida</p>	<p><u>UC¹⁵</u>- <u>Gravidez juvenil</u> UR¹⁵: alta incidência UR¹⁵: recorrente UR¹⁵: um problema grande UR¹⁵: tem tido muita</p>	
Frequência		UN: 15=6	UN: 23=5	UN: 10=3 UN: 13=2

Fonte: Elaboração própria.

Na categoria 1, a UN 15 se apresenta seis vezes, dando o indicativo de que os profissionais sujeitos da pesquisa têm ciência da questão levantada (alta incidência da gravidez juvenil) e reconhece essa situação como “um grande problema”. A outra UN que mais se apresenta nesta categoria (1) é a 23, na qual os profissionais assumem os métodos contraceptivos com uma das formas escolhidas para o enfrentamento da gravidez juvenil.

Tabela 3: A questão nº 02 do questionário aplicado

Categoria 2		As ações desenvolvidas pela unidade hoje		
		UC ²⁴ -Planejamento familiar	UC ²² -Métodos contraceptivos	UC ⁸ -Grupo
Subcategorias	UR ¹⁶ : incipiente esse trabalho UR ⁷ : baixa procura	UR ²³ : camisinha UR ²³ : comprimido UR ²³ : injeção UR ²³ : DIU	UR ¹⁷ : não temos UR ⁸ : tentar fazer grupo UR ¹⁹ : não houve êxito UR ²⁰ : frustrou	
Subcategorias	UC ²⁶ -Projetos UR ¹⁷ : não tá tendo UR ¹⁷ : não tem nada UR ²¹ : montar um	UC ²⁷ -Orientações UR ²² : visitas domiciliares UR ²⁸ : quando eles perguntam UR ²⁸ : não chego falando UR ¹³ : depois que já esta grávida	UC ²⁵ -Trabalho UR ¹⁶ : trabalho muito superficial UR ¹⁶ : muito incipiente UR ¹² : não esta dentro das famílias	
Frequência		UN: 23=5	UN: 17=3	UN: 16=3 UN: 8=2

Fonte: Elaboração própria.

Na categoria 2, onde se busca saber sobre as ações desenvolvidas hoje no enfrentamento da gravidez juvenil, os entrevistados colocam o método contraceptivo como a ação mais usual. É o que indica a UN 23 com frequência 5 nesta categoria. Ocorre, ainda, que os profissionais de saúde afirmam não ter projetos para desenvolver essas ações e fazer ainda ressalvas quanto ao que existe de trabalho realizado hoje (ver UNs 17 e 16 com frequência 3).

Tabela 4: A questão nº 03 do questionário aplicado

Categoria 3		Causas do alto índice de gravidez juvenil					
	<p><u>UC³¹</u>—Conhecimento</p> <p>UR²³: sobre contraceptivos UR³¹: TV, internet, ACS UR³⁴: não é falta UR³¹: nem procura</p>	<p><u>UC³²</u>—Cultural</p> <p>UR³²: queria tá grávida UR³²: repetição da história dos pais UR³²: colega teve filhos UR³²: mãe engravidou cedo</p> <p><u>UC³³</u>—Perspectiva</p> <p>UR³³: falta UR³³: mudar de vida UR³³: estudar UR³³: ter profissão UR³³: casa própria UR³³: melhorar a vida socioeconômica</p>	<p><u>UC²⁶</u>—Projetos</p> <p>UR¹⁷: falta projetos UR⁶: pra essas meninas</p>	UN: 33=7	UN: 32=5	UN: 31=3	UN: 34=2
	<p><u>UC²⁷</u>—Orientações</p> <p>UR³⁴: tem tanta UR¹⁶: falta UR³⁵: falta orientação da família UR¹³: depois que já esta grávida</p>						
Subcategorias							
Frequência							

Fonte: Elaboração própria.

Nesta categoria 3, há uma evidenciação do aspecto cultural como causa da gravidez juvenil na área de abrangência. Situação representada pela frequência da UN 33 e UN 32, que indicam as perspectivas de vida e a cultura, respectivamente, como causa da gravidez juvenil.

Tabela 5: A questão nº 04 do questionário aplicado

Categoria 4		Papel da Saúde frente à gravidez juvenil mais uma vez a resposta dos		
Subcategorias	<p><u>UC²¹</u>: Montar estratégia UR⁹: outras formas UR¹⁷: tá faltando UR⁴¹: palestra UR³⁶: uniformização do atendimento UR³⁶: dia só pra o adolescente</p>	<p><u>UC²⁶</u>: Projetos UR¹⁷: falta UR²⁶: planejamento UR²¹: montar um</p>	<p><u>UC</u>: Acolher UR⁶: essas gestantes UC³⁹: Melhorar a autoestima UR⁶: dessas gestantes</p>	
Subcategorias	<p><u>UC¹¹</u>: Promoção UR¹¹: intensificar mais UR⁸: formar grupos UR⁴²: fazer prevenção UR¹⁷: tá faltando</p>	<p><u>UC¹⁰</u>: Parcerias UR¹⁰: com as escolas UR¹⁰: com as igrejas</p>	<p><u>UC²⁵</u>: Trabalho UR³⁷: só estamos tratando a ferida <u>UC³²</u>: Cultural UR³⁸: não tem como solucionar UR⁴³: acompanhar</p>	
Frequência		UN: 10=3	UN: 36=2	UN: 26=2 UN: 11=2

Fonte: Elaboração própria.

No que tange ao papel do setor saúde, os profissionais de saúde parecem ter ideias do que deveria ser feito, pois nesta categoria 4 indicam a parceria com escolas e igrejas como uma das maneiras de abarcar a questão. Indicam ainda a necessidade de uma especificidade no tratamento dessa questão (gravidez juvenil). É o que se apresenta por meio da frequência das UNs 10 e 36.

Tabela 6: A questão nº 05 do questionário aplicado

Categoria 5		Quanto às ações de promoção na saúde:		
	<p><u>UC¹¹</u> - Promover saúde UR⁴⁴: tenho muita dificuldade <u>UC⁴⁵</u> - Pessoas envolvidas UR⁴⁵: programa do adolescente <u>UC⁴⁵</u> - Adolescentes UR³¹: não tem interesse</p>	<p><u>UC⁹</u> - Atrair UR⁶: as adolescente <u>UC⁹</u> - Esporte UR⁹: vejo o esporte como a saída <u>UC²⁶</u> - Projetos UR¹⁷: não ta tendo UR⁴: muitas ideias UR¹⁷: não tem nenhum</p>	<p><u>UC⁴²</u> - Prevenção UR⁵: gravidez juvenil UR¹¹: falando sobre saúde <u>UC⁴⁶</u> - Consulta individual UR²⁴: planejamento familiar UR⁴⁶: agendamento UR¹³: depois que pega barriga</p>	
	<p><u>UC¹¹</u> - Promoção UR¹⁷: nada é desenvolvido UR¹⁷: não vejo ação de promoção <u>UC⁸</u> - Grupo UR⁸: já teve UR²⁰: foi frustrante UR²⁰: se sente derrotado</p>	<p><u>UC²²</u> - Orientações UR²⁷: poucos têm UR: só quando vem no posto <u>UC¹⁸</u> - Vida sexual ativa UR³¹: elas não procuram UR¹⁸: se sentem envergonhadas</p>	<p><u>UC²³</u> - Métodos UR²³: anticoncepcional UR²³: usar injeção <u>UC²³</u> - Distribuir UR²³: preservativo UR²³: anticoncepcional</p>	
	<p>Frequência</p>	<p>UN: 23=6</p>	<p>UN: 17=3</p>	<p>UN: 9=3</p>

Fonte: Elaboração própria.

A categoria 5 é o resultado da interpelação sobre as possíveis ações de promoção da saúde realizadas na unidade pelas equipes. De acordo com a frequência das UN apresentadas, o foco é na medicalização, os quais sejam os métodos contraceptivos com a UN 23, com frequência de 6 repetições. Apresenta-se, ainda, como outras possibilidades de um trabalho de promoção na saúde as UNs 11 e 17, ambas com 3 aparições no contexto de respostas; e que indicam, no caso da associação das UNs 11 e 17 expressões que apontam a questão da promoção da saúde como algo necessário; porém que não vem sendo realizado. E a UN 9, que também tem a mesma frequência das duas últimas, indica o ideal que os trabalhadores almejam.

Tabela 7: A questão nº 06 do questionário aplicado

Quanto às ações de prevenção na saúde:			
Categoria 6			
Subcategorias	<p><u>UC²⁶</u>– Grupos UR¹⁷: não temos UR¹⁷: não montamos UR⁸: grupos específicos</p> <p><u>UC²⁶</u>– Projetos UR⁴⁹: ta tudo no papel</p>	<p><u>UC²⁴</u>– Evitar UR¹³: nova gravidez UR¹³: que engravide de novo <u>UC²⁴</u>– Planejamento familiar UR²³: prescrição do medicamento UR⁵: visita do RN UR⁵: puerpério</p>	<p><u>UC²⁴</u>– Prevenção UR²⁶: não procuramos eles UR²⁶: através da procura deles UR¹⁷: não tem prevenção <u>UC¹³</u>– Depois de consumado a gravidez UR¹³: é o nosso erro UR¹³: aí a gente trabalha UR¹³: depois que pega barriga</p>
Subcategorias	<p><u>UC²²</u>– Visita domiciliar UR²²: do ACS <u>UC²²</u>– Orientações UR²⁶: quando eles pergunta UR²⁶: tem alguma duvida</p>	<p><u>UC²³</u>– Métodos contraceptivos UR²³: é oferecido UR⁶: elas não usa UR²³: DIU UR²³: oral UR²³: injetável</p>	<p><u>UC¹⁰</u>– Escolas UR¹⁷: não vai UR²⁷: orientando</p>
Frequência		UN: 23=7	UN: 13=6
		UN: 28=4	UN: 17=4

Fonte: Elaboração própria.

A categoria 6 traz indicadores de preferência de uma conduta prescritiva e tardia no que se refere ao trabalho de prevenção; pois mais uma vez a UN 23 (métodos contraceptivos) alcança maior frequência em detrimento de outras abordagens. A UN 13 remete à tardia intervenção dos profissionais de saúde, pois segundo eles o trabalho começa geralmente após “o fato consumado”, ou seja, depois de a gravidez já ser uma realidade. A UN 28 indica a abordagem passiva do problema, por parte dos profissionais de saúde, uma vez que eles afirmam não procurar os adolescentes para tratar da questão de sexualidade e gravidez juvenil.

Tabela 8: A questão nº 07 do questionário aplicado

Categoria 7		O ideal das ações de promoção:		
	<u>UC² - Atraindo</u> UR ⁶ : essas adolescentes UR: criar metodologia <u>UC² - Amizade</u> UR ⁹ : confiabilidade UR ⁹ : afinidade UR ⁹ : interação <u>UC¹¹ - Atenção</u> UR: mais	<u>UC²⁷ - Orientando</u> UR ²³ : métodos contraceptivo UR ²⁷ : riscos <u>UC - Palestra</u> UR ⁵ : gravidez na adolescência UR ¹¹ : mostrar mais profundo	<u>UC⁹ - Grupo de adolescente</u> UR ⁴⁴ : complicado UR ⁹ : dinâmico UR ⁹ : bem lúdico UR ⁹ : chamar a atenção <u>UC² - Preparar</u> UR ⁹ : profissionais UR ⁹ : pra trabalhar UR ⁹ : com os adolescentes	
	<u>UC¹¹ - Promoção</u> UR ²⁶ : projeto <u>UC¹⁰ - Parcerias</u> UR ¹⁰ : com as escolas UR ¹⁰ : com os pais UR ¹⁰ : com igrejas <u>UC³² - Questão cultural</u> UR ³² : envolver	<u>UC⁴⁴ - Dificuldades</u> UR ⁴⁴ : não é fácil UR ²⁰ : acaba derrotando UR ²⁰ : até desmotivados <u>UC - Cansa</u> UR: de tanto falar <u>UC⁴⁴ - Transferência</u> UR ⁴⁴ : de profissional (enfermeiro) UR ²⁰ : desmotiva UR ⁴⁴ : para antigos projetos	<u>UC¹² - Trabalhar nas famílias</u> UR ¹² : todos da família UR ³² : é um tabu UR ¹² : não só o Adolescente UR ³² : questão cultural <u>UC¹² - Família</u> UR ³² : Não veem como prevenção <u>UC¹² - Mãe fica escandalizada</u> UR ¹⁸ : vida sexual ativa UR ²³ : tomar anticoncepcional	
	Frequência	UN: 9=12	UN: 44=6	UN: 32=5 UN: 12=5

Fonte: Elaboração própria.

Nesta categoria 7 que quis saber do ideário de um trabalho de promoção na saúde, ocorreu uma maior frequência da UN 9, o que indica que os profissionais tem o entendimento de que um bom trabalho deve levar em consideração um bom vínculo com os adolescentes, deve oferecer algum diferencial, ser dinâmico, etc. A UN 44 denuncia as dificuldades encontradas pelos atores da produção de saúde. A UN 32 reafirma a necessidade de haver uma intervenção na dimensão cultural desse público (adolescentes).

Tabela 9: A questão nº 08 do questionário aplicado

Categoria 8	Conceito de saúde:			
	Subcategorias	<p><u>UC³—Bem-estar</u> UR³: físico UR³: mental UR³: psicossocial UR³: pessoal UR³: o corpo <u>UC³—Conjunto de termos</u> UR¹⁰: vários setores UR³: bem mais amplo</p>	<p><u>UC¹—Ausência da doença</u> UR¹: não é só isso UR¹: UR¹: só responde isso ai</p>	<p><u>UC²—Qualidade de vida</u> UR²: casinha limpa UR²: moradia UR²: boa escola UR²: emprego UR²: saneamento básico UR²: não se preocupar UR²: bem consigo mesmo</p>
Frequência	UN: 2=8	UN: 3=8	UN: 1=4	UN: 10=1
Frequência geral	UN: 23=23	UN: 9=15	UN: 32=10	UN: 17=10

Fonte: Elaboração própria.

Na categoria 8, a UN 2 é a que mais se apresenta, demonstrando um discurso afinado com o conceito de saúde da OMS, pois a UN 2 indica qualidade de vida, englobando vários fatores, tais como: emprego, moradia, educação, saneamento básico; como aspectos importantes para a saúde. A UN 3, que tem uma boa frequência (8 vezes) nesta categoria, aponta para concepção de bem-estar: físico, mental, psicossocial, etc.; por parte dos entrevistados. Ocorre que, das 6 entrevistadas, 2 relatam posicionamentos que possibilitam a entender que esse é um discurso pronto. A UM 1, com frequência 6, possui duas URs que dão conta de falas que sucinta a possibilidade de existir um discurso pronto sobre o conceito de saúde; a saber: “achei bonito isso” e “só responde: isso aí”. Essas expressões se referem à frase: “saúde não é só a ausência de doença”.

A frequência geral da análise realizada demonstra as unidades de numeração de maior frequência, as quais sejam: UN 23, que apareceu 23 vezes na amostra; UN 9, que apareceu 15 vezes; UN 32, que apareceu 10 e, por fim, a UN 17, que se apresentou 10 vezes também. Optou-se em analisar apenas as quatro UNs de maior frequência por entender que já se pode chegar a uma resposta satisfatória frente ao que foi lançado como objetivo.

Um estudo sobre a abordagem dos profissionais da saúde frente à gravidez juvenil que aponta os métodos contraceptivos como a estratégia mais ressaltada, e quiçá usada; no enfrentamento à questão, certamente se configura como um modelo de assistência biomédico. É o que apontam os estudos realizados por Barros (2001), este afirma que a conduta de medicalização se configura como consequência e estímulo para a hegemonia do modelo biomédico. Trata-se da mera relação queixa-conduta, onde os aspectos multifatoriais: determinantes sociais, cultural, território, etc.; são ignorados.

Mas por outro lado, os atores na produção de saúde parecem saber o caminho de um modelo que se aproxime mais da necessidade da comunidade à qual eles estão inseridos. É o que indica a frequência da UN 9 e UN 32, que respectivamente

suscitam a necessidade de um trabalho diferenciado que busque um vínculo de amizade, afinidade e interação com os adolescentes; enquanto observam ainda a cultura como um fator a ser trabalhado, com o objetivo de mudar a realidade atual (alto índice de gravidez juvenil). É o que se apresenta a seguir nas falas captadas:

“... é pela amizade que a gente consegue as coisas com a adolescente...”

“... tem que ser algo bem dinâmico... pra chamar a atenção deles...”

“... o negócio é cultural!” “ a questão aqui é cultural”.

“... o trabalho aqui tinha que ser algo que mexesse com a questão cultural.” (Trabalhadora de Saúde da unidade pesquisada).

Em seguida apresenta-se com maior frequência a UN 17, que reafirma a não realização daquilo que os trabalhadores de saúde julgam ser o ideal para um trabalho de promoção e prevenção eficaz no combate à problemática em questão. E, assim, resta-nos torcer para que tal ideário se efetive no intuito de uma produção de saúde que produza, acima de tudo, vida.

Considerações finais

O artigo em questão buscou investigar o modelo de assistência utilizado como técnica de enfrentamento ao alto índice de gravidez na adolescência na Estratégia de Saúde da Família do setor Santa Bárbara em Palmas/TO. Com o intuito de esclarecer o impacto deste modelo, se existe uma adesão ao modelo bio-médico e, ainda, se havia equívoco por parte dos profissionais de saúde quanto às ações de prevenção e promoção da saúde.

O que se percebeu, a partir dos resultados encontrados, é que ações de saúde vêm se desenvolvendo em uma perspectiva biomédica, pois tem combatido a questão da gravidez juvenil à base de métodos contraceptivos, planejamento familiar e incipientes orientações nas visitas domiciliares. Estes modos operantes denunciam uma conduta prescritiva, em que o profissional tenta resolver uma questão que traz em seu bojo aspectos subjetivos, culturais e sociais; com ações isoladas, tais como as citadas acima.

Tal conduta demonstra a insuficiência do modelo de assistência praticado na unidade pesquisada, pois mesmo havendo uma pequena diminuição na ocorrência da gravidez juvenil, o modelo adotado nas práticas dificilmente tenha influenciado para tal queda nos números. É notória a fragilidade da prevenção quando observamos algumas falas colhidas durante as entrevistas. São relatos de trabalhadores que aprenderam a lidar mais com os procedimentos técnicos orientados para queixa-conduta, e não antes disso. Nesse contexto, se faz necessário um deslocamento dos padrões de subjetividade, em um movimento contra-hegemônico como uma forma de romper com essa abordagem de procedimento centrada e medicalizadora, pois não é evidente que os trabalhadores de saúde desenvolvem seus trabalhos pautados nesta lógica por ‘dolo’.

A partir desse movimento proposto, acredita-se que este estudo possa colaborar com algumas iniciativas em busca de transformações na relação trabalhadores de saúde e usuários, para que os indicadores futuros demonstrem uma melhor situação de saúde. Até porque a unidade em questão representa bem as demais unidades da cidade, pois conserva em seu perfil a maioria dos aspectos encontrados nas outras unidades: equipe, estrutura física, logística, modos operantes. De maneira que o trabalho realizado pode ser uma inquietante amostra de mensuração diagnóstica para a Secretaria de Saúde.

Assim, pode se considerar que o estudo possibilitou o alcance dos objetivos propostos e que deles foram extraídas relevantes informações acerca do trabalho realizado em um

dos núcleos da estratégia de Saúde da Família em Palmas/TO – unidade do setor Santa Bárbara. Vale lembrar que, em se tratando de objetivos; não foi objetivo dessa pesquisa oferecer um modelo perfeito que promovesse a mudança necessária ao cenário apresentado. Na verdade, o que se tencionou foi diminuir a distância entre o que é proposto no arsenal tecnológico e teórico e o que se encontra na realidade do contexto social, onde a cena do dia a dia se desenrola. Conclui-se que a ênfase nas condições da equipe e nos determinantes sociais como elementos potencializados parece ser a mais indicada para o êxito da ressignificação do processo de produção de saúde.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMOVAY, M. *et al.* **Juventudes e sexualidade** – Brasília: UNESCO, Brasil, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília-DF: CONASS, 2003.

_____. _____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília-DF: CONASS, 2006.

_____. _____. Sistema Único de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília-DF: CONASS, 2011.

CAMPOS, G. W. de S. Papel da rede atenção básica em saúde na formação médica. **Cadernos ABEM**, volume 3, Campinas-SP, out. 2007.

CASTRO, M.G.C., ABRAMOVAY, M. SILVA, L.B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, Brasil, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, **Revista Interface, Saúde, Educação**, v.9, nº16, set.2004/fev. 2005, p.161-167.

COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 96-131.

CORBO, A. *et al.* **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde**. Modelos de Atenção e a Saúde da Família, 69-106, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

DE MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 30, nº 1º, jan/abril, 2006.

GORAYEB, R.; CUNHA NETTO, J. R.; BUGLIANI, M. A. P. Promoção de saúde na adolescência: experiência com programas de ensino de habilidades de vida. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, N. A. (Orgs.). **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 89-100.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico Situacional**. Palmas, 2009.

PÜSCHEL, V.A.A., *et al.* Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. **Rev. Escola Enfermagem**, USP, 40(2): 261-8. São Paulo, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. **Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas**. Modelos de Atenção e a Saúde da Família, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVA P.L.B. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. **Caderno FUNDAP**, 1983. p 27-50.

VIANA, P. N.; ASSIS, M. M. A. Produção do cuidado no programa saúde da família e a busca da resolubilidade em Feira de Santana-BA. In: XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana. **Anais...** Feira de Santana, 18 a 22 de out. 2010.



2. Prevenção em saúde: desafios para três equipes

Ana Clébia de Araújo
Sandra Maria Botelho Pinheiro
Jeanny da Silva Fonseca

A seguridade social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal (CF) de 1988, sendo composto pelo tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. A partir da Reforma Sanitária da década de 80, a Saúde foi uma das áreas que mais se destacou com significativos avanços constitucionais e com a regulamentação do SUS em 1990. Esses avanços se devem à força dos movimentos populares iniciados nas periferias dos grandes centros urbanos, que sofriam com a precarização da saúde, levando-os a unirem forças e lutar por um Sistema Único de Saúde que atendesse suas reais necessidades (CFESS, 2010).

Considerando a evidente necessidade de transformações na efetivação da política de saúde no Brasil, além das expressões de confronto entre seguimentos, estabelecida no interior da sociedade, como a reforma sanitária, apresenta-se como resultado vários mecanismos de viabilização das transformações, dentre estas, o surgimento de subsídios legais que legitimam a realidade vigente.

Neste contexto, as alterações ou reformas necessárias às novas demandas apresentadas pela população e as dificuldades encontradas para transformação da Saúde influíram na formulação da Política do Ministério da Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), participação esta que imprimia à referida Estratégia um polo preventivo pragmático.

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família, caracterizado como uma estratégia para reorganização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando efetivar práticas de atenção à saúde mais próximas da família. Para tal, passam a ofertar ações de prevenção, promoção, recuperação da saúde de forma integral e contínua, melhorando as condições de vida da comunidade (BRASIL, 2008).

A Atenção Básica é entendida como medida deliberada de indução a uma maior organização ou reorganização da porta de entrada preferencial aos serviços de saúde, cujo pressuposto envolve uma alteração no modelo de assistência, como predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade hospitalar (CUNHA, 2010).

A Portaria nº 2.488/GM, de 21 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011), dispõe sobre a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica e afirma que este nível de atenção à saúde é o ambiente apropriado para se concretizar um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos ou diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Em conjunto, tais ações têm como objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Esta Portaria se orienta pelos princípios de territorialidade, universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A literatura específica da área apresenta a Atenção Primária à saúde como os cuidados primários de saúde com cobertura básica, prestação de assistência nos serviços básicos e essenciais garantidos pelo Estado. No entanto, a Atenção Básica surge como organização e administração de serviços de saúde. Apesar de mostrarem-se distintos historicamente, após a aprovação da Política de Atenção Básica, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde passaram a ser considerados termos equivalentes.

Após a criação e o desenvolvimento de seus mecanismos operacionais, o conceito da Atenção Básica como referência aos serviços de saúde tem sido usado com maior frequência. Nesse sentido, a ESF enquanto serviço responsável pela organização do cuidado à saúde das famílias ao longo de suas vidas atua na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando o modelo de saúde centrado em hospitais.

Em Palmas, capital do Tocantins, o programa teve início em 1997 com a primeira equipe-piloto no Bairro Jardim Aurenny III, denominada USF Liberdade. No ano seguinte, houve a consolidação da ESF no município com a ampliação da rede municipal de saúde. Atualmente, a rede básica de Palmas é composta por 35 (trinta e cinco) Unidades de Saúde da Família, às quais comportam: 46 (quarenta e seis) equipes e 9 (nove) equipes são da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) (PREFEITURA DE PALMAS, 2011).

Conforme preconizado pela Portaria 2.488/2011, cada equipe multiprofissional da ESF é composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por

ACS e de 12 ACS por equipe. Por sua vez, cada equipe deve ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (BRASIL, 2011).

Considerando os comentários de Bravo (2009), a implantação da ESF em meio à diversidade de contextos, como em qualquer política de implantação, associa-se às características do Federalismo Brasileiro, representadas pelas novas responsabilidades na saúde, assumidas pelos municípios, bem como, pelas profundas diferenças sociais, econômicas, culturais e regionais que marcam o território nacional. Portanto, é de fundamental importância avaliar as práticas de prevenção das equipes das ESF pensando na melhoria da prestação de serviços aos usuários do SUS e, conseqüentemente, na melhoria da saúde do país.

Acredita-se que as ações de prevenção realizadas pela ESF podem contribuir para nortear atividades práticas junto aos usuários dos serviços de saúde, orientando o planejamento, minimizando as dificuldades enfrentadas pela atenção básica com suas práticas preventivas.

Como já referido, a forma de organização e de produção das ações de saúde vem sendo modificada ao longo dos últimos anos como resposta a certas circunstâncias inerentes às realidades encontradas.

No entanto, esse caminho de organização da atenção básica, não vem sendo percorrido com tanto sucesso, pois os serviços de saúde não estão conseguindo combinar novas práticas aos modelos de atenção adotados. Conforme registra Gil (2006), esse cenário nem sempre torna possível a produção do cuidado em saúde comprometido efetivamente com a prevenção e a promoção. Observa-se que a prática profissional não tem conseguido atender adequadamente às novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde, tais como: integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe. Princípios esses que se construíram historicamente através de lutas sociais em busca de qualidade nos serviços de saúde, num SUS Humanizado.

Percebe-se que as novas necessidades não trazem novos conteúdos desafiadores para a Atenção Básica. Contudo, apesar de serem conceitos discutidos há tempos, ainda se mostram como os principais desafios por ainda não terem sido superados. Há mudança na legislação e na organização dos serviços de saúde, como aponta a nova Portaria nº 2.488/2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, contudo, ainda não houve mudanças significativas nas práticas do cuidado e nas formações acadêmicas.

O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema que, atualmente, é gerido por uma lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contrarreferência (GIL, 2006). Logo, há interferência nas práticas dos profissionais de saúde, a qual se torna, muitas vezes, nociva e engessada, pois os profissionais não conseguem superar essa rigidez e burocracia da gestão, não permitindo que novas práticas sejam possíveis, dificultando a autonomia e o exercício da criatividade, levando à baixa qualidade dos serviços ofertados e colocando em risco a saúde dos trabalhadores.

A ESF, de acordo com Costa *et al.* (2009), não tem como objetivo disfarçar as contradições existentes nas políticas públicas de saúde e resolver todas as problemáticas. Ela é uma tática de reorganização dos processos de trabalho da Atenção Básica e, conseqüentemente, reduzindo as demandas nos serviços que estabelecem maior complexidade, prevenindo doenças e permitindo uma melhor adequação na distribuição de recursos.

Ao se pensar em novas práticas de saúde voltadas para a prevenção e a promoção de saúde, é fundamental a clareza e sentido desses termos para nossa realidade. Para Czeresnia (2003, p. 16), “prevenir” tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”, exigindo-se uma ação antecipada, com intervenções que venham evitar doenças específicas, por meio

do conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença e, com isso, diminuir sua incidência e prevalência. Por sua vez, o termo “promover” tem o significado de “dar impulso a; fomentar; originar; gerar”. Percebe-se que a promoção é um termo mais amplo do que a prevenção, pois não está focada apenas na doença e, sim, no bem-estar geral e na transformação das condições de vida e de trabalho que levam o indivíduo ao adoecimento, demandando assim uma abordagem intersetorial.

Nesse sentido, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Trata-se de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como, as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global do indivíduo (OMS, 1986).

A prevenção, como uma das ações prioritárias da ESF dentro da Política Nacional de Promoção da Saúde, e a efetivação dessa prática promovem mudanças nos modelos de atenção à saúde voltada a produção do cuidado integral ao usuário em longo prazo.

Refletindo em políticas públicas e transformações do pensar em saúde que contemplem novas práticas, pode-se remeter à Política Nacional de Humanização (PNH), publicada em 2003, a qual retrata uma aposta ético-estético-política². Os dispositivos, princípios e diretrizes da PNH implicam em: organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS, em mudanças de atitudes dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde que deverão estar comprometidos e corresponsáveis num processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas (BRASIL,

² Ético, porque implica a atitude do usuário, gestores e trabalhadores da saúde comprometidos e corresponsáveis. Estético, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (Brasil, 2010).

2010). Apesar do contexto apresentado, verifica-se que num debate sobre saúde é de fundamental importância a análise dos determinantes que formam a singularidade do sujeito e sua objetivação nas diversas franjas sociais.

No entanto, a produção de sujeitos está relacionada ao modo de constituição dos mesmos, que para Campos (2010) é tributária de três lógicas: a do determinismo, a do acaso e a do agir, como três faces incorporando e trazendo as outras duas dentro delas mesmas, mas, sempre atuando de dentro para modificar as outras duas. Ao transformar as outras, inevitavelmente, reformam seu próprio modo de operar.

A PNH gera uma transformação na operacionalização e construção de diferentes espaços onde o encontro entre sujeitos tem que desferir a troca e a construção de saberes, o fomento do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar sem deixar de lado a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, reconhecendo assim, os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde e da construção de redes solidárias, interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, o presente trabalho buscou promover uma reflexão acerca dos processos de trabalho inerentes às ações preventivas de saúde desenvolvidas por três equipes da ESF no município de Palmas-TO. Em resultado do estudo, acredita-se obter respostas significativas para a seguinte questão empírica: Quais os principais desafios enfrentados pelas respectivas equipes em relação às ações de prevenção, conforme preconizados pelos programas da Atenção Básica? Para tal, foram elaboradas diferentes estratégias metodológicas, as quais são apresentadas a seguir.

Percurso metodológico

O presente estudo adotou uma abordagem quantiquali-tativa que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser tão somente quantificado. Segundo Minayo *et al.* (1994), tal abordagem possibilita análise de regularidades e frequências, informando que é preciso documentar estatisticamente tudo o que pode ser mensurado; porém, a pesquisa também trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando os estudos das dinâmicas das relações sociais, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. Assim se coaduna a lógica de estabelecer uma relação de ações com uma reflexão sobre as mesmas.

A forma de investigação dessa pesquisa é de campo que, segundo Minayo *et al.* (1994), possibilita conseguir não só uma aproximação com o objeto de estudo, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

Em termos instrumentais, utilizou-se a técnica de entrevista adotando um roteiro semiestruturado, composto por onze questões abertas e dezessete fechadas abordando dados sociodemográficos, processos de trabalho, políticas públicas e, principalmente, questões sobre a atuação preventiva das equipes da ESF.

O universo da pesquisa foi representado por um total de 35 (trinta e cinco) unidades de ESF. Desse universo, obteve-se uma amostra aleatória por meio de sorteio tendo como premissa contemplar as três regiões geográficas de Palmas-TO, resultando em 3 (três) unidades de ESFs, sendo: região sul, com 6 (seis) profissionais, região central com 9 (nove) profissionais e região norte, também com 9 (nove) profissionais, perfazendo um total de vinte e quatro entrevistados. Dentre as profissões que fizeram parte da amostra, pode-se citar: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde,

agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais e coordenadores de unidade de saúde.

Adotou-se como critérios de inclusão: trabalhar na ESF há mais de 1 (um) ano; aceitar participar da pesquisa; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder individualmente a todas as perguntas da entrevista. A inadequação a qualquer um dos critérios mencionados foi considerada como único critério de exclusão. Ao aplicar os critérios de exclusão e inclusão, foram retirados três profissionais da composição da amostra.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com autorização dos participantes, sendo transcritas na íntegra. As transcrições das entrevistas foram submetidas a leituras exaustivas para apropriação do conteúdo, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (MINAYO *et al.*, 1994).

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, a qual permite tornar replicáveis e válidas as interpretações sobre os dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos (MINAYO *et al.*, 2007). Nesse sentido, foram focadas as informações sobre as ações preventivas e os procedimentos operacionalizados pelas equipes, relacionando-os com a bibliografia específica, principalmente com relação à Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), a qual normatiza o funcionamento da ESF e, também, com a PNH (BRASIL, 2006), por elencar as atribuições profissionais da equipe.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Luterano de Palmas-TO (CEULP/UBRA), sob o parecer nº 73/2011, obedecendo a todos os procedimentos preconizados na legislação brasileira sobre pesquisa com seres humanos.

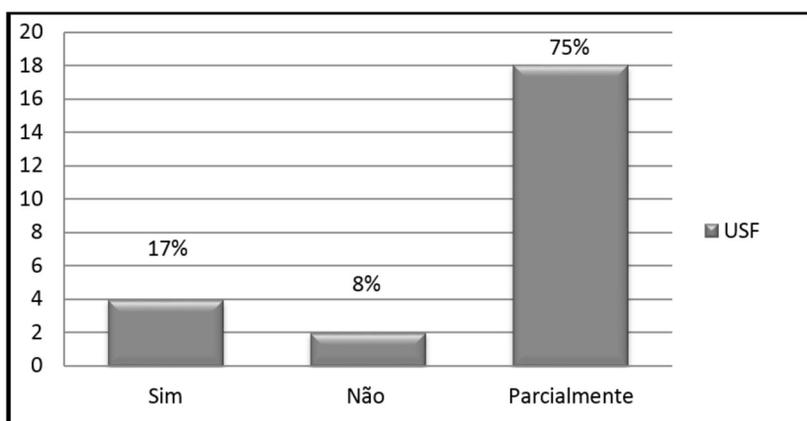
Com a efetivação do desenho de pesquisa anunciado, pode-se sistematizar e discutir os principais resultados do estudo, os quais são apresentados a seguir.

Resultados

Verificando os dados obtidos, percebeu-se que em relação ao tempo de trabalho dos profissionais das três equipes da ESF somente 4,1% estão na ESF há 2 anos, os demais, 33,4% entre 6 e 7 anos, 12,5% com 4 anos e 50% com mais de 8 anos. Deste modo, a média de tempo de trabalho na ESF foi de 7 anos.

No entanto, mesmo com um percentual significativo em relação ao tempo de trabalho na ESF, apenas 17% dos profissionais entrevistados apresentaram algum conhecimento teórico acerca dos principais programas preconizados para a Atenção Básica, representados por aqueles que possuem nível superior e/ou especialização em Saúde da Família. Dos demais entrevistados, 75% conheciam parcialmente esses programas e 8% afirmaram não conhecer, como demonstra o Gráfico 1.

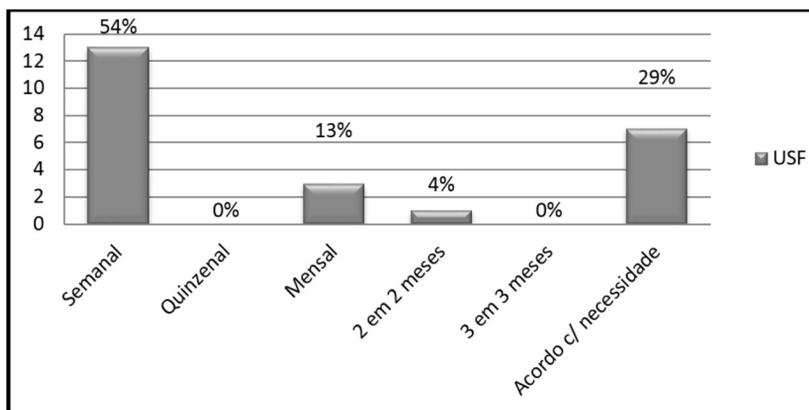
Gráfico 1: Conhecimento acerca dos principais programas preconizados aos cuidados da atenção básica



Fonte: Elaboração própria.

Dentre as atividades preventivas desenvolvidas pelos profissionais entrevistados, destaca-se que 54% das ações acontecem semanalmente e 29% acontecem de acordo com a necessidade da população e/ou dos profissionais, conforme dados apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2: Frequência das ações preventivas



Fonte: Elaboração própria.

Todavia, essas ações não são totalmente voltadas para a promoção, produção de cuidado, saúde e sujeitos, como pode ser observado nos dados do Gráfico 3, onde 50% dos profissionais julgam o próprio trabalho preventivo realizado como regular.

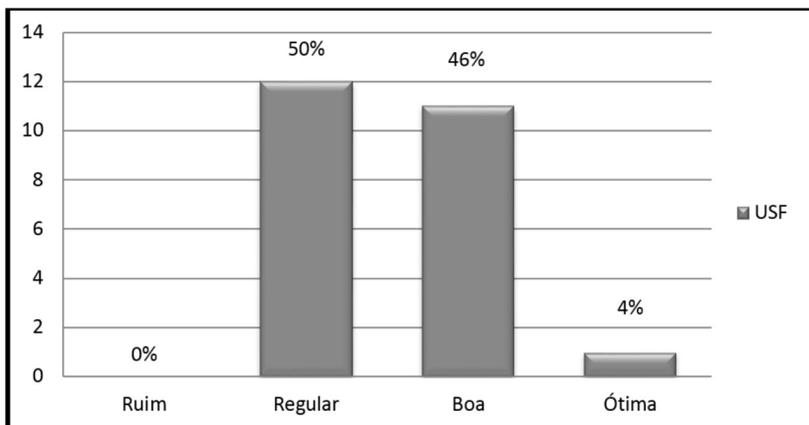
Tal entendimento pode ser reforçado com a análise das falas dos entrevistados ao darem exemplos de ações preventivas, conforme apresentadas abaixo:

Na hora que você tá fazendo a ação curativa você já tá conversando, explicando, se comunicando com o paciente [...] “Na hora que você entra em contato com o outro você já tem que fazer a prevenção na hora que você tá fazendo a ação curativa [...]. (Médico)

É a conscientização mesmo as palestra que a gente dá né? Tanto faz na escola com os meninos, a escovação [...]. (Auxiliar de Consultório Dentário)

Aqui, assim, as atividades preventivas dos programas, a gente faz aqui a educação em saúde tanto é, individual nas consultas como as atividades coletivas que a gente faz nesses grupos. (Enfermeira)

Gráfico 3: Avaliação das ações preventivas realizadas nas USF



Fonte: Elaboração própria.

Das equipes entrevistadas, 75% dos funcionários demonstraram realizar ações intersetoriais e 25% não realizam, dados que apontam um progresso nas práticas de saúde se levar em consideração as dificuldades ainda enfrentadas no trabalho em rede. Contudo, as ações intersetoriais ainda se encontram de forma limitada, sendo realizadas com algumas instituições que integram sua área de abrangência, como é o caso do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), das escolas e das creches.

Esse dado aponta para ações pontuais das equipes apresentadas nas falas.

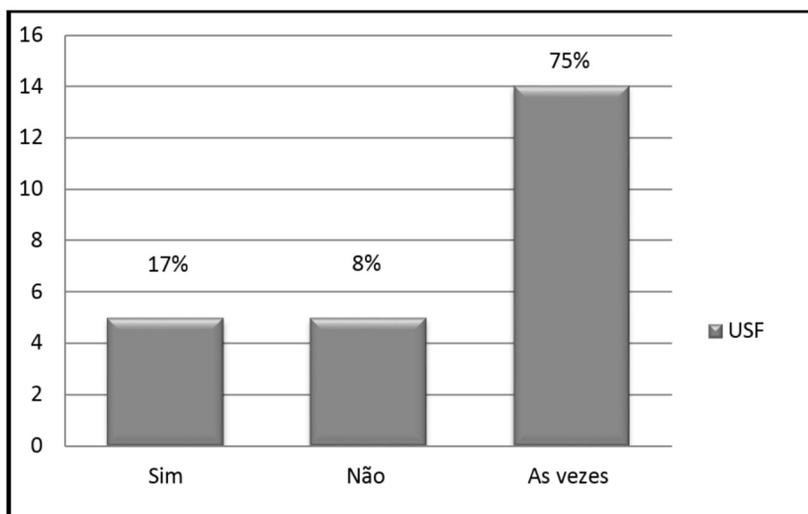
Temos parceria com as escolas, nós fazemos o trabalho de prevenção nas escolas, palestras e depois colocamos a escovação dental supervisionada [...]”. (Cirurgião Dentista)

Pouco, mas realiza quando a gente tem aqui com o CRAS, com a escola né, mas assim, seria mais interessante buscar mais parcerias né, ...assim, dentro da medida do possível mais ainda fica muito a desejar né, que a gente sabe que hoje tudo é rede né, ninguém faz nada sozinho sem as redes de apoio [...].(Médico)

Nós fazemos mais parceria com o pessoal da vigilância epidemiológica com o CCZ nos trabalhos em cima da dengue. (Técnico de Enfermagem)

As ações pontuais refletem a relação das avaliações periódicas das ações preventivas representadas por 17% das equipes que afirmam avaliar suas ações, 8% não avaliam e 75% avaliam às vezes, conforme dados apresentados no Gráfico 4.

Gráfico 4: A avaliação das ações preventivas após o término



Fonte: Elaboração própria.

Com isso, há uma necessidade de monitoramento e avaliação das ações preventivas das ESF, pois como demonstrado nas ações preventivas e na responsabilidade dos profissionais com os programas preconizados pela Atenção Básica, 75% destes reconhecem como responsável o profissional de enfermagem e 25% não souberam responder. Tal entendimento pode ser reforçado com a análise das falas dos entrevistados.

Responsável pelo atendimento do programa, todo mundo da unidade, aí cada um dentro da sua atribuição, mas assim a parte de toda organização dos relatórios de, de, por exemplo, de cadastramento, essa questão aí tem uma pessoa que é responsável, na maioria das vezes sou eu. (Enfermeira)

Todos, todos né porque assim, no atendimento tem coisas que só cabe ao médico mas, ta dando assistência, é, organizando, ta repassando esses dados pra secretaria é a enfermeira, a equipe em si de enfermagem né, que é sobre minha coordenação que eu tenho que ta passando esses dados [...]. (Enfermeira)

Na unidade, o médico e a enfermeira devem trabalhar juntos, em todos os programas porque faz mais a prevenção e a outra mais a, a parte, que cura né, que é a médica [...]. (Técnica de Enfermagem)

A partir das falas transcritas acima, fica evidente a falta de planejamento coletivo e trabalho em equipe. O mesmo ocorre com o programa de Saúde Bucal, onde 100% dos profissionais reconhecem que é responsabilidade somente do cirurgião dentista. Os dados mostram que o programa Saúde Bucal mesmo estando dentro da ESF, aparece como um apêndice, pois falta interação com a equipe no que diz respeito a outros fatores que não seja da Saúde Bucal. Mas esse dado, se comparado às atribuições específicas do Cirurgião na Portaria 2488/2011, é legitimado, ao descrever que as atribuições são dirigidas a assuntos específicos da Saúde Bucal.

No entanto, uma das equipes, onde passaram residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade que fizeram parte da equipe por 11 meses, cumprindo carga horária prática da especialização, mostra que esse trabalho pode ser diferente, no sentido de esses profissionais estarem mais envolvidos com os outros programas e temáticas que não sejam apenas abordagem de saúde bucal como ilustradas nas falas dos entrevistados.

Eu faço palestras sobre escovação, saúde, higiene pessoal os que elas pedirem... a gente

não prioriza só escovação, se eu puder falar se for sobre minha área ou se eu tiver domínio eu vou, senão a enfermeira faz também ou a equipe toda né? [...] a gente fala de família, a gente fala de violência, a gente fala de respeito [...] cada um fala de uma coisa são vários temas desde amamentação, atividade sexual [...]. (Cirurgião Dentista)

[...] a cirurgiã dentista daqui, acho até difícil toda equipe ser assim, a nossa ela é muito inteirada com a equipe né? Isso que eu tô te falando, ela vai atender um paciente, aí ela vê que ta cheia de feridinha na pele, não sei o que, ela vem aqui me pedi pra encaixar e atender aquela criança né? (Médica)

No universo analisado, 55% dos profissionais entrevistados não souberam o que é a Política Nacional de Humanização de forma conceitual, sendo que 45% demonstraram conhecimento do senso comum, produzido a partir da prática. Tais falas são expressões da Humanização e não conceitos da Política.

Humanização é acompanhar melhor, dar um tratamento melhor. (Agente Comunitária de Saúde).

[...] saber tratar as pessoas, saber ouvir [...]. (Auxiliar de Consultório Dentário).

[...] eu entendo que é o acolhimento desde a porta de entrada mais todos tem que participar [...]. (Cirurgiã Dentista).

A falta do entendimento da PNH e da importância do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) mostra que 50% das equipes realizam reuniões mensais, 4% semanais, 25% quinzenais e 21% de trimestrais, com o intuito de discutir as metas

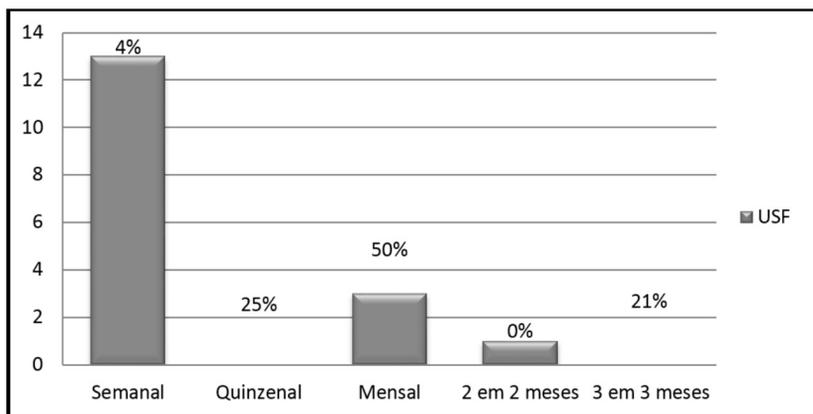
não alcançadas e traçar novas estratégias, conforme ilustrado no Gráfico 5 e, também, expressos nas falas dos entrevistados.

Geralmente essa reunião geral é aquela que faz o levantamento da, da ficha D, a gente faz o fechamento da ficha D né, essa ficha D ta com a secretaria de saúde, e ali ta todo levantamento, como foi que foi a vacinação, o índice de vacinação, quantas visitas retas odontológicas, se alcançou os índices, não alcançou, se interno, quantos internou, as causas da internação, pra pode ta discutindo pra fazer algum programa diferente então, essa reunião ai, ela é feita uma vez por mês na sexta-feira com todo mundo (Médico).

[...] a gerente vai para reunião na SEMUS ai ela tinha que reunir todo mundo para passar o que ela viu lá... ou então quando o povo da secretaria de Saúde liga convocado uma reunião[...].(Administrativo).

Discutir fato novo...por exemplo eu passo algum tempo sem vê esses agentes, eu chego aqui e eles está reunidos ou já saíram e às vezes eles tem algum fato novo ou alguma coisa que chega La da secretaria... alguma incidência, um óbito (Médico).

Discuti o planejamento né, são feito o planejamento das ações desenvolvida ...]. o que que podemos melhorar e o fechamento também do relatório que é feito sempre dia 20, então na semana seguida é realizada reunião para discuti as metas alcançada o que tem pra melhorar[...]. (Técnico de enfermagem).

Gráfico 5: Frequência de reunião com toda equipe

Fonte: Elaboração própria.

O GTH é composto por pessoas interessadas em resgatar os princípios do SUS, discutir os serviços prestados, o processo de trabalho e as relações estabelecidas entre gestores, trabalhadores e usuários que acontece de forma colegiada, identificando e discutindo os pontos críticos do funcionamento do serviço, como dificuldades do trabalho e tensões do cotidiano, por meio de análise e negociação. O GTH potencializa propostas coletivas (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, os profissionais de uma das equipes têm uma compreensão mais aproximada com o propósito do GTH representada nas falas.

Tudo que você pensar, a gente é, discuti desde da, dos problemas que a gente tem na unidade, do relacionamento é, os novos os novos programas que a gente planeja, as atividades mensais que a gente sempre tem é, a gente traz as novidades dos cursos dessas reuniões que a gente faz fora, comemorar aniversário, faz algumas atividades de treinamento também,

treinamento nosso mesmo aqui e fala sobre assuntos mesmos, é, treinamento entre a equipe entendeu, e às vezes vem algumas pessoas de fora, tem o pessoal da UFT que às vezes vem fazer junto com a gente aqui”. (Enfermeira).

Com relação ao Conselho Local de Saúde, apenas uma das equipes possui esse grupo em funcionamento, pois os profissionais não acreditam no potencial dos Conselhos, não sabem como se organizam e demonstram isso nas falas transcritas abaixo.

“Eu acho que é a falta de interesse eu acredito que seja dos próprio trabalhadores... o conselho se funcionasse resolveria muita coisa, mas aqui não funciona” (Técnico de Enfermagem).

“[...] Não funciona bem porque a comunidade não participa, entendeu, você convida vem um, dois, no máximo [...]” (Técnica de enfermagem).

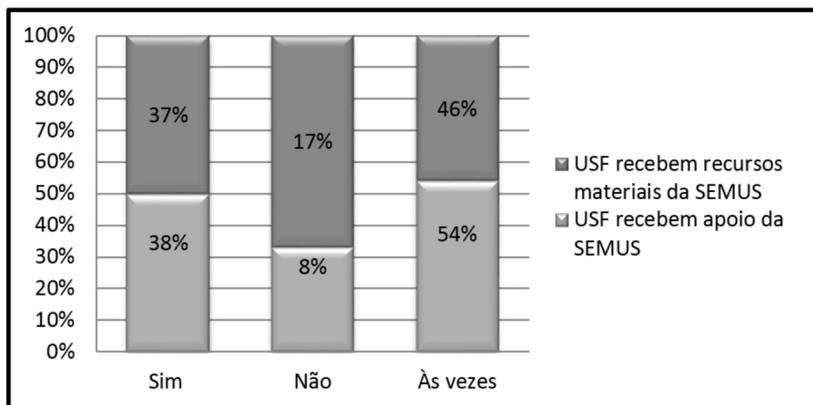
“[...] já tem uns três anos que já tem esse conselho né, assim, não é aquele que se você chegar aqui não enche esse salão né, tem sempre aquelas que a gente diz os gato pingado, aquelas que são firmes mesmo que não larga, ...as meninas da residência quando tiveram aqui a fomentaram né, e aí elas ficaram fazendo, reunião do conselho, mas ficaram um pouco triste porque tinha pouca gente né, ... as pessoas e não sei, elas só tem interesse a vir procurar um negocio se tiver um problema quando não tem um problema não tem aquele entendimento de vim ajudar e participar né [...]” (Médico).

Para tanto, é necessário também compreender qual o suporte que existe para que as equipes desenvolvam os processos de trabalho, onde 46% das equipes afirmam que recebem às vezes recursos materiais, 37% recebem e 17% não recebem. Por sua vez, 54% às vezes recebem apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) quando solicitam com antecedência recursos materiais, insumos; 38% afirmam que recebem apoio da SEMUS e 8% não recebem esse apoio. Sobre tais dados, as falas abaixo contribuem para melhor compreensão.

Às vezes, porque, nem todos às vezes, se você quer fazer uma coisa diferente que a secretaria não, não padronizou aquilo, então você, praticamente não consegue [...]. (Enfermeiro).

Até que recebe em questão, assim de programar, sempre eles manda, os folder de divulgação, se for uma questão assim que nem, no dia do idoso, eles manda, sempre que pede com, pede programado né, com antecedência eles mandam sim, realiza sim. (Administração).

Gráfico 6: Apoio da SEMUS para execução das ações preventivas. E recursos necessários para execução das ações preventivas



Fonte: Elaboração própria.

Discussões dos dados

A partir dos resultados obtidos em relação ao tempo de trabalho na ESF, pode-se entender que a longa jornada deveria evidenciar uma vasta experiência e consequente familiaridade com o que está preconizado pela Portaria nº 2.488/2011. Faz-se tal afirmação por entender que são preceitos fundamentais de tal legislação: conhecer seu território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem cada território.

Neste sentido, dominando os argumentos previstos na legislação, os trabalhadores da atenção básica estariam aptos a agir em consonância com o princípio da equidade, possibilitando, dessa forma, o acesso universal, contínuo e resolutivo.

Tais princípios são necessários para a devida caracterização de uma porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e co-responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, como processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2011).

A partir dos dados sobre o conhecimento das equipes referentes aos principais programas, pode-se acreditar que a falta de suporte teórico acarreta ações e práticas mecanicistas de prevenção. Por outro lado, entende-se que a atuação respaldada teoricamente possibilita a postura crítica e a reflexão do fazer e do cuidar.

Nesse sentido, é relevante analisar que a ação se mostrou desconectada das referências teóricas e legais, visto que, embora algumas atividades registrassem consonância com a política, elas não eram compreendidas por toda a equipe, denotando talvez a tecnificação e o desenvolvimento dos processos de trabalho em uma estrutura de compartimentalização e conceituação de paradigmas minimalistas de reflexão da realidade.

Esses dados trazem uma reflexão significativa no que refere ao processo de geração de conhecimento, inclusive das Políticas Públicas, como instrumento básico de orientação do cotidiano dos serviços das equipes da ESF. A Política Nacional de Educação Permanente, implementada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, embasa-se num processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, a partir das práticas definidas por múltiplos fatores e que considera os elementos que façam sentido para os atores envolvidos.

Acredita-se que através da Educação Permanente é possível a aquisição/atualização do conhecimento que possibilite sintonizar e mediar as ofertas de cursos e capacitações que atendam o momento e o contexto das equipes. Logo, tais ações educativas teriam mais sentido e, portanto, maior valor de uso e efetividade em um processo de dimensão pedagógica problematizadora e potencializadora das mudanças no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2011).

A educação em saúde tem um grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2011).

Com relação às atividades preventivas, percebe-se que as ações consideradas pelas equipes como preventivas, na verdade representam ações pontuais e técnicas onde não há uma sistematização dos assuntos que deveriam ser abordados constantemente, um envolvimento da equipe e da comunidade. Essas ações demandam criatividade, disponibilidade, enfrentamentos e compromisso, o que muitas vezes se perde pelo excesso de demandas e pouco recurso humano.

Sobre esse assunto, Merhy (1999) afirma que as equipes de saúde não estão comprometidas efetivamente com esses objetos, pois geralmente as ações em saúde não são integralizadas e unificadas em torno do usuário ou a clínica e os

procedimentos são restritos e centralizados na figura do médico, o que gera uma subordinação clara da dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar.

O mesmo ocorre com as ações intersetoriais que acabam não expandindo suas atividades para ordenar as redes, reconhecendo e organizando as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade em relação a outros pontos de atenção ao cuidado.

No que tange às avaliações das ações preventivas, pode-se aludir que as equipes não costumam avaliá-las após a conclusão das mesmas, não permitindo com isso que possam refletir sobre as dificuldades e avanços das ações. Assim, acabam não fazendo o monitoramento e a avaliação em longo prazo e, conseqüentemente, desconhecem quais das ações desenvolvidas realmente tiveram impacto positivo na saúde da população.

Os resultados obtidos em relação à responsabilidade pelo programa apontam o enfermeiro como único profissional a realizar as atividades burocráticas, enquanto o médico se responsabiliza pela parte assistencial centrada no atendimento individual. Apontam, também, uma sobrecarga de trabalho, na qual o enfermeiro torna-se o centro e a referência do serviço, respondendo pelas ações da equipe que são atribuições comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família, tais como: garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informações da Atenção Básica, realizar busca ativa, notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais, realizar ações de educação em saúde da população adstrita.

No que tange a PNH, política com um potencial transformador fundamentada na produção de saúde e produção dos sujeitos e que pode ser fomentada em todas as políticas do SUS e em qualquer serviço de saúde, aumentando o grau de comunicação entre os grupos e dentro desses grupos, mas depende de decisões políticas de adesão de trabalhadores e gestores (BRASIL, 2007).

As equipes desconhecem os dispositivos dessa Política, pois mesmo falando-se em ouvir e acolher, não se trabalha o acolhimento com classificação de risco e a clínica ampliada. Quando mencionado sobre Projeto Terapêutico Singular, 100% das equipes não trabalham com esse objetivo e, somente três profissionais da unidade por onde passaram os residentes sabiam do que se tratava.

Isso demonstra pouca integração entre os profissionais, saberes e destes com a comunidade. Projeto Terapêutico Singular nomeia uma mediação possível entre saberes e garante o princípio da diversidade e criatividade como ferramenta que permite à equipe a expansão e troca na tomada de decisões em espaços de democratização e cooperação entre saberes.

Neste caso, só é possível realizar na medida em que a inserção epistemológica crie pontes com a prática concreta, permitindo um trabalho inter/transdisciplinar relacionado com o compromisso com a resolutividade e integralidade das ações de saúde, aumentando assim o grau de colaboração profissional, diminuindo a autonomia individual e aumentando a da equipe (FURTADO, 2007).

Logo, pode-se entender que os espaços de discussões são incipientes e, apesar de realizarem reuniões periódicas, as equipes ainda não têm desenvolvido a cultura de realizar reuniões como um momento de encontro de todos os trabalhadores para coordenar, articular, integrar pessoas e trabalho, bem como, discutir os pontos críticos do funcionamento dos serviços prestados, as dificuldades do trabalho e as tensões do cotidiano, potencializando a cogestão e a inclusão de novos sujeitos.

Conforme expresso na PNH (BRASIL, 2007), tais espaços coletivos são ricos para a reflexão das relações estabelecidas entre gestores, trabalhadores e usuários, através da análise e das negociações para obtenção de fins, metas e objetivos comuns, potencializando as propostas coletivas. Apesar da falta do entendimento por parte da maioria dos

profissionais, o GTH é um dispositivo da PNH e acontecia na unidade em que os residentes passaram.

De forma semelhante, o Conselho Local de Saúde é um espaço que a população tem para participar de discussões e intervir em decisões públicas, permitindo assim que as ações de saúde sejam deliberadas sobre a ótica da coletividade, da cogestão (CORREIA, 2007).

Por fim, os dados referentes ao apoio da SEMUS apontam para o entendimento de apoio a partir da disponibilização de material para eventos ou manutenção de equipamentos. Observou-se que os entrevistados não mencionaram o apoio no sentido de educação em saúde, cobrando aproximação com a educação permanente, em sua dimensão pedagógica, que deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”. Também não foi verbalizado o apoio no sentido de pensar propostas de melhoria do serviço do sistema de saúde através da sociedade civil organizada.

Observou-se que as incipiências das ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família podem ser compreendidas pela falta de recursos humanos e também pela cobertura da população de referência. Tal afirmação fundamenta-se no fato de que, na época da pesquisa, o número de ACS, por exemplo, mostrava-se substancialmente menor do que preconizado pela Portaria 2.844. Outro fator agravante estava relacionado a real cobertura da área de abrangência, a qual não atingia 100% da população e aumentava o número de pessoas sob responsabilidade das equipes, ultrapassando o valor estipulado de até 3.000 mil pessoas/equipe. Em conjunto, tal cenário contribui para um déficit dos serviços ofertados pelos profissionais de saúde.

Com a análise dos dados obtidos, fica perceptível a importância e a necessidade de implantação dos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) que vêm contribuir com a ESF no sentido de aumentar a integralidade do cuidado aos usuários do SUS com inserção de um número maior de profissionais da saúde.

Com isso, fortalecer a Clínica Ampliada, a análise de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde clínica e sanitária, a discussão de casos e de processos de trabalho em equipe, interconsultas, construção coletiva de projetos terapêuticos, educação permanente e ações de prevenção e promoção da saúde. Ações essas que são desenvolvidas pelos profissionais dos NASFs.

Considerações finais

Com este estudo, foi possível compreender que o processo de mudança das práticas ainda é um desafio para as equipes da ESF no que tange ao trabalho em equipe. Acredita-se que é preciso ter clara a divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos devam participar com suas especificidades, contribuindo para a qualidade das ações de saúde numa abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, do enfermeiro ou mesmo do Cirurgião Dentista.

Percebe-se, ainda, a necessidade de aprimoramento das práticas de avaliação e monitoramento que pode ser viabilizada pela Educação Permanente em Saúde, e pelas equipes dos NASFs a qual requer investimentos orientados para o desempenho dos serviços e a vulnerabilidade social dos problemas de saúde, direcionando as práticas das equipes para o monitoramento e acompanhamento criterioso de indivíduos mais vulneráveis.

As mudanças nos modelos de ensino-aprendizagem também aparecem como desafios, pois se deve favorecer a criação e manutenção de espaços coletivos para discussões das Políticas Públicas, objetivando assim, desenvolver nos profissionais uma nova postura centrada no atendimento das reais necessidades do serviço, do usuário do SUS e do trabalho em equipe e intersetorial.

Nesse sentido, o suporte teórico e a geração de conhecimento a partir da própria equipe e a realidade da população

que assistem, possibilitam o incentivo à postura crítica e reflexiva do fazer e do cuidar de forma compartilhada e corresponsável entre sujeitos e serviços, no sentido de reconhecer e organizar as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade em relação a outros pontos de atenção ao cuidado.

As equipes da ESF têm o desafio do enfrentamento de novas práticas a partir do desenvolvimento dos dispositivos da PNH, da cogestão e do Controle Social, fomentando a participação dos trabalhadores e da comunidade, provocando transformações nos serviços de saúde e na inclusão de todos os sujeitos envolvidos no processo.

Enfim, as ações de prevenção da saúde hoje se demonstram limitadas, pois as responsabilidades dos trabalhadores e suas ações não são compartilhadas, dificultando a promoção de um modelo de atenção conforme os princípios do SUS, reafirmados pelas Políticas de Saúde.

Para trabalhos futuros, sugere-se investigar a relação entre as ações do PACS e da ESF, bem como, destas com as unidades da Atenção Especializada, como os CAPSs e as Policlínicas. Acredita-se que tais estudos em muito contribuiriam para o melhor funcionamento da rede de atenção à saúde, refletindo na qualidade dos serviços ofertados à população que tanto necessita do SUS.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: O que é e como implementar?** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sergio Aurora de gestão participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos.** Brasília: Ministério da saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, M. I. S. *et al* (Orgs). **Saúde e serviço social.** 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na prática de saúde.** Brasília: CFESS, 2010. (Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, nº 2).

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, E. et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

COSTA, E. M. A. *et al.* **Saúde da Família: Uma abordagem multidisciplinar.** 2ªed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n°22, p.239-5, 2007.

GIL, C. R. R. Atenção primária, Atenção Básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X200600060000&script=sci_arttext. Acesso em: 18 mai. 2011.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp; 1999.

MINAYO. M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade.17., ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitc, 2007.

OMS. Promoção da Saúde em Países Industrializados. In: OMS. Carta de Ottawa. Portal de Saúde Pública. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, 1986. Disponível em: http://www.saude publica. web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm. Acesso em: 30 jan. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. 1º rev. Palmas, 2011.



3.

Atenção à saúde bucal: contribuição do ACS

Karina Maschietto de Lima Assis
Rejane Maria de Sousa Pereira Oliveira
José Fiel de Oliveira Filho

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do processo de redemocratização do Estado brasileiro na década de oitenta, foi regulamentado pela Constituição de 1988. Traz no capítulo da Ordem Social, a definição de saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A política de saúde é fruto de sucessivas mudanças na conjuntura brasileira. A partir do movimento de Reforma Sanitária, incorporaram-se novos elementos ao conceito de saúde acrescentando o cuidado, boas condições de moradia, trabalho, transporte, lazer, educação e acesso às ações integrais de saúde na busca da manutenção da qualidade de vida (BRASIL, 2007b).

Nesse contexto, Bornstein e Stoltz (2008) relatam que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a existir, “empiricamente” a partir de uma “frente de trabalho” em um período de seca, em que um grupo formado principalmente

por mulheres passou a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense. Essa ação contribuiu para a implantação, em 1992, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS) que em seguida passa a ser chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Posteriormente, em 1994, com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, marcado pela “ineficiência do setor”, “insatisfação da população”, e “desqualificação profissional”, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008). Assim, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos ACSs, que passaram a ter sua função legitimada como profissão a partir da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002.

De acordo com Martins, Garcia e Passos (2008), o PSF veio com a proposta de reestruturação da atenção primária, tendo como foco a família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social. Para Araújo e Lima (2009), o PSF é um programa que tem sido bem aceito pela população e pelos profissionais, porém se faz necessário rever a forma como este se encontra estruturado pelo Ministério da Saúde. Para que a transformação na saúde ocorra verdadeiramente, é preciso firmá-la em bases sólidas, reciclar os profissionais para assim incorporar elementos transformadores.

Desde 2002 o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), propondo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e promovendo intervenções que vão além das práticas curativas. Pois o novo conceito de saúde assumido pelo SUS, almeja ir para além do biológico humano ou da simples referência de um problema em um corpo, propondo então, a compreensão do binômio saúde-doença como acontecimentos históricos, que ocorrem num dado local e momento, decorrente da qualidade de vida das pessoas em uma sociedade (CALDEIRA, 2010).

Assim, Rodrigues *et al.* (2009) enfatizam que inicialmente, as equipes de saúde da família eram compostas por um

médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, recentemente pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal como: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Essa inclusão da Saúde Bucal (ESB) é um dos grandes avanços da ESF na perspectiva da integralidade da atenção.

Ao falar de saúde bucal é importante lembrar como esse campo da saúde humana vem se desenvolvendo ao longo da história, mudando paradigmas, adquirindo uma nova roupagem até se estabelecer na ESF.

Inicialmente, a prática de cuidar de dentes, denominada em seus primórdios como “Arte Dentária”, nasceu na Pré-História e seus registros mais antigos datam de 3500 a.C.. Na Mesopotâmia, há uma menção do que seria o verme responsável pela destruição da estrutura dentária, o gusano dentário. Assim como na Medicina, as afecções de competência da odontologia eram tratadas por meio da religião e da magia, sendo utilizadas orações e fórmulas para destruir tal verme (SILVA; PERES, 2007).

Conforme relata Cunha (1952, *apud* Silva e Peres, 2007), no Brasil em 1859, o termo dentista ainda não era presente, havendo menção, na época, apenas ao termo barbeiro que, referia-se como: “Barbeiro, o que faz barba – (antigo) sangrador, cirurgião pouco instruído que sangrava, deitava ventosas, sarjas, punha cáusticos e fazia operações cirúrgicas pouco importantes”.

Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Recentemente, essa tendência vem sendo revertida observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral (BRASIL, 2008a).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), almejando melhorar os indicadores epidemiológicos de saúde bucal e promover o acesso da população às ações de saúde bucal, promove via Portaria nº 1.444 GM, de 28 de Dezembro de 2000

(BRASIL, 2000), a inserção de equipes de saúde bucal na ESF. Assim, o MS define o incentivo financeiro para as equipes de SB, sendo que o foco central passou ser a mudança nos processos de trabalho, de modo que a família seja prioritária e que haja consideração das suas especificidades pelas equipes de SB.

Nessa lógica, somam-se as atividades realizadas pelo ACS e as ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal para a população atendida pelo SUS no âmbito da ESF. Vasconcelos, Cardoso e Abreu (2010) descrevem que a evolução das responsabilidades dos ACS pode ser dividida em três momentos distintos.

Numa primeira instância, o ACS participava do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tinha de orientar a população sobre os cuidados com a saúde e ações de prevenção de doenças. Porém, não tinha uma ligação efetiva com os profissionais que poderiam colaborar com as soluções dos problemas de saúde da comunidade. A ligação foi conseguida com a criação do PSF, que instituiu uma equipe multiprofissional de trabalho, na qual o ACS tem como “parceiros” médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Nessa segunda perspectiva, as atribuições dos ACS aumentaram, já que, além de orientar as pessoas da comunidade sobre a promoção e prevenção em saúde, eles ainda encaminhavam os casos específicos aos profissionais determinados e transmitiam conhecimentos biomédicos em suas visitas, que poderiam ser legitimados pelos outros profissionais da equipe.

Com a inserção dessa nova equipe de saúde na ESF, o ACS adquire a responsabilidade de levar aos usuários as “estratégias pautadas na promoção da saúde bucal”, tais como estímulos às atividades educativas e preventivas, orientação sobre os tipos alimentares mais comumente associados a problemas bucais, execução de ações como promoção de atividades em grupos, principalmente em escolas e com mães, identificação de fatores de risco nas famílias para doenças bucais e encaminhamento de tais pacientes, e para tratamento na unidade básica de saúde (VASCONCELOS; CARDOSO; ABREU, 2010).

Tendo em vista o relato, realizou-se esta pesquisa, com o objetivo de conhecer as contribuições do Agente Comunitário de Saúde, por meio do usuário, na efetividade do Programa Saúde Bucal de Unidades de Saúde da Família no Município de Palmas-TO. Além disso, buscou-se averiguar o perfil dos usuários atendidos pelas Unidades de Saúde da Família, identificar as mudanças decorrentes das ações praticadas pelo ACS na atenção a saúde bucal e identificar a participação dos usuários em ações de educação em saúde bucal.

Metodologia

Este estudo tem caráter exploratório descritivo e a análise dos dados é de natureza quantitativa. O Método quantitativo segundo Brevidelli (2006) identifica os dados, quantificando-os numericamente e os tabula por meio de uma escala objetiva.

Nas ponderações de Gil (2006), pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relação entre variáveis. Sendo que uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Dessa forma, fez parte da amostra 8 Unidades de Saúde das 35 existentes que contam com uma margem de 1.035 famílias cadastradas e formadas por uma média de 3.332 pessoas. Foram entrevistados 8 usuários em 7 unidades e 7 em uma dessas, compondo, assim, amostra de 63 usuários escolhidos de forma aleatória. Cada categoria foi considerada um extrato o tipo de amostragem por conveniência não proporcionalmente. Para fim de seleção de amostra, foi usado o programa estatístico Bioestat 5.0 (AYRES *et al.*, 2007).

O critério utilizado para a inclusão das unidades foi o sorteio de 8 USFs das 35 existentes em Palmas. Em relação ao

universo de usuários, a amostra foi de 63 que estavam presentes nas unidades escolhidas, no dia da entrevista, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo - I) com todas as informações necessárias a respeito da ética na pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas Tocantins (CEULP/ULBRA), parecer de nº 116/2011.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada composta por variáveis de caracterização dos sujeitos e perguntas relativas ao perfil do usuário, à assistência do ACS para com o usuário e participação do usuário em atividades na USF. A coleta ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2011.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do Programa Excel (*Microsoft Office*) e, posteriormente, foram importados para o programa *Epi Info 3.2.2 (Center For Disease Control and Prevention, 2002)* para determinar as frequências de todos os eventos (variáveis) na população estudada. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas construindo, para as variáveis quantitativas, tabelas e figuras, de acordo com o tipo de variável analisada, nominal ou ordinal (VIEIRA, 1981; MAROCO, 2010).

Resultados e Discussões

Os resultados a seguir dizem respeito aos dados obtidos na aplicação da entrevista semiestruturada com 63 usuários das 8 USFs de Palmas -TO, presentes no dia da entrevista. A partir da análise, constatou-se que a procura dos usuários de saúde das USFs são, em grande maioria, realizadas por pessoas do sexo feminino, no total de 67% eram mulheres.

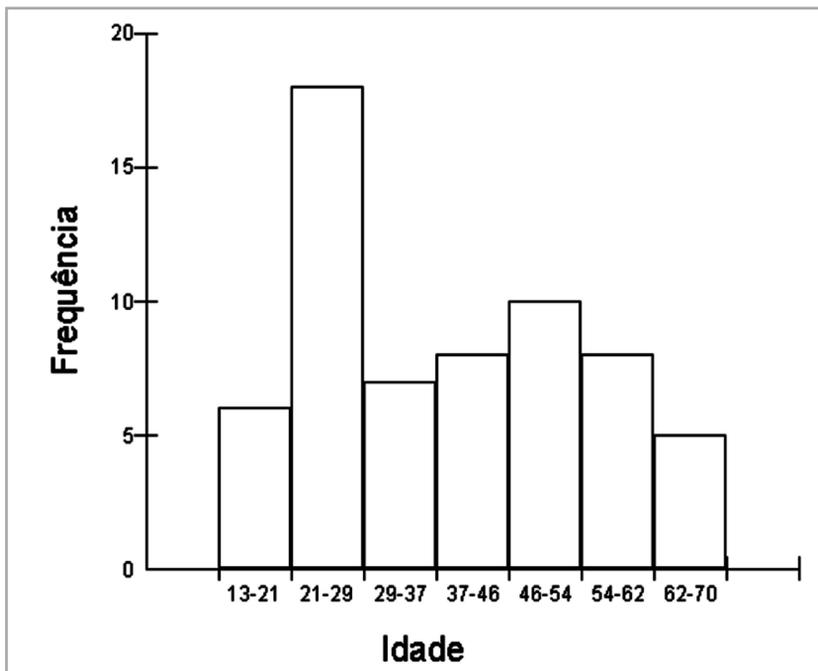
O cuidado com a saúde tornou-se, ao longo dos tempos, uma questão cultural. Porém, enquanto as mulheres

aprenderam que é importante consultar um médico quando surgem os problemas de saúde e depois, quando se tornam mães, que é preciso consultar os filhos com um especialista, os homens não cultivam este hábito.

Conforme Lins e Lourenço (2010), os homens procuram menos os serviços de saúde, em virtude do pressuposto de que no gênero masculino há uma desvalorização com o autocuidado e de uma precariedade nos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária. As alternativas verificadas na utilização de serviços de saúde pelos homens são a farmácia e os exames rotineiros exigidos pelas empresas empregadoras. Devido a esse comportamento, muitos homens sofrem com males que poderiam ser evitados, caso existisse a promoção de mais ações preventivas.

Em relação à faixa etária, houve uma variação entre 15 e 69 anos e verifica-se na Figura 1, que a faixa etária que mais teve usuários foi de 21 a 29 anos e a menor procura foi por indivíduos com idade acima de 60 anos. Segundo Bravo e Matos (2004), dentre os ideais da Reforma Sanitária estão: a democratização do acesso, na universalidade das ações e na descentralização com controle social que tem como premissa básica a compreensão de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Ou seja, os serviços de saúde ofertados pelo SUS devem estar disponíveis a todos, sem exceção de faixa etária.

Figura 1: Histograma da idade dos usuários de saúde de USF de Palmas – Tocantins



Fonte: Elaboração própria.

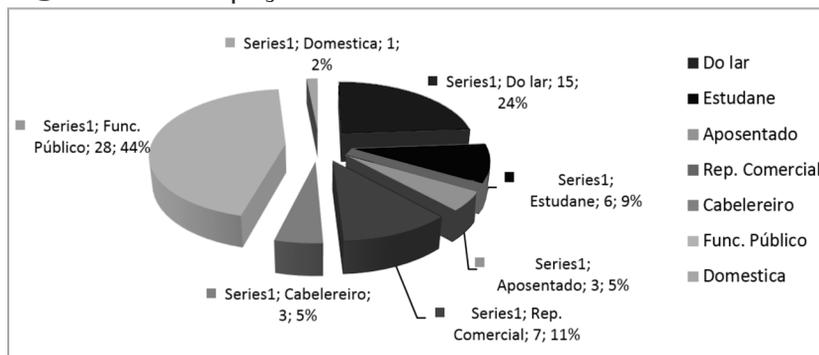
Quanto à escolaridade dos usuários, 2% se declararam não alfabetizados, 16% possuem ensino fundamental incompleto, 8% concluíram o ensino fundamental, 35% apresentam ensino médio incompleto, 32% concluíram o ensino médio, 6% iniciaram o ensino superior e 1% não declarou. Após a análise desta distribuição, pode-se constatar que a maior parcela da população entrevistada foi de usuários que possuem ensino médio incompleto, seguida daqueles que já concluíram o ensino médio. Infere-se que esta situação ocorreu devido ao maior grau de esclarecimento que estas pessoas possuem a respeito da saúde e a necessidade de cuidados.

Pesquisas revelam que em todas as regiões o comprometimento da renda familiar com a assistência à saúde decresce na medida em que aumenta a renda familiar, com exceção da região Nordeste. Em todas as situações, a maior parcela de gastos é com medicamento e se dá em proporção mais elevada nas classes com renda mais baixa. Entretanto, os gastos com planos e seguros de saúde aumentam conforme aumenta a renda familiar (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008, p. 253).

Nesse sentido, Pinelli, Silva e Loffredo (2007), discorrem que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se a “porta de entrada” de pacientes para o SUS e que sua importância está relacionada com a absorção de um contingente populacional que apresenta pouco ou nenhum acesso aos serviços odontológicos privados devido à situação econômica desfavorável.

Referente à ocupação dos usuários, como pode ser verificado na figura 2, 44% declararam ser funcionários públicos, 24% declararam ser do lar, 11% representantes comerciais, 9% estudantes, 5% aposentados, 5% cabeleireiros e 2% domésticas. Observou-se, neste item, que o vínculo de emprego da população pesquisada, em grande maioria se restringe ao funcionalismo público.

Figura 2: A ocupação do usuário de saúde



Fonte: Elaboração própria.

Quando os usuários foram questionados se conheciam o ACS de sua área de abrangência, 92% responderam que sim e apenas 8% falaram não conhecer. Esta situação vem evidenciar a boa interação existente entre as equipes de saúde estudadas e a população da sua área de abrangência, fator necessário para a eficácia das ações de saúde.

Como relatou-se anteriormente, a profissão de ACS passou a ser legalmente aceita a partir de 2002. E seu exercício deve ocorrer, excepcionalmente, no âmbito do SUS com atividades que busquem a prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal.

Nessa perspectiva, espera-se que o ACS por meio da interação com os usuários, dentro de sua realidade sociocultural, contribua para o bom direcionamento das ações de saúde ofertadas pelas USFs.

Em relação à frequência de visitas realizadas pelo ACS aos usuários, dentre os entrevistados, 92% afirmaram receber visitas mensalmente e 8% disseram que não recebem visitas. As visitas contribuem para a efetivação do trabalho da ESF, que tem a família como objeto central de partida para os afazeres do ACS na sociedade. Como uma das atividades essenciais do ACS, a visita domiciliar permite a inclusão do profissional da saúde no ambiente familiar, possibilitando identificar suas demandas e potenciais.

Para Drulla *et al.* (2009), a visita domiciliar é indicada como método adequado para iniciar o trabalho com indivíduos, família e comunidade, pois facilita para conhecer suas práticas, seus hábitos e costumes e as dinâmicas familiares, além disso:

A visita domiciliar pode ser realizada de duas formas: A primeira é denominada visita domiciliar Fim, com objetivos específicos de atuação na atenção domiciliar terapêutica e visita

a pacientes acamados. A segunda é a visita domiciliar Meio, na qual se realiza a busca ativa pela demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde mediante educação em saúde de maneira individualizada. Estas duas abordagens designam um processo dinâmico, possibilitando sua implementação na população-alvo despertando interesse por questões de saúde, orientações relacionadas às formas de organização do serviço, resolução de problemas e temas gerais de saúde (DRULLA, *et. al.* 2009, p. 668).

Tendo em vista que a visita domiciliar faz parte das atribuições cotidianas a serem realizadas pelo ACS no âmbito do Programa Saúde Bucal, o Ministério da Saúde coloca na dinâmica de trabalho desse profissional o dever dele estar acompanhando as famílias no sentido de:

Orientar a higienização da boca de forma correta; orientar a busca por serviços de saúde bucal regularmente para avaliação e tratamento conforme orientação do cirurgião-dentista; orientar sobre alimentação saudável; orientar para que evitem o uso de tabaco/derivados e demais drogas; evitar para que não abusem de bebidas alcoólicas; orientar para procurar o serviço de saúde bucal o mais rápido possível, quando a pessoa apresentar: dentes cariados, dentes quebrados, dentaduras frouxas, mal adaptadas ou quebradas, feridas nos lábios, língua, gengiva, bochechas que não cicatrizam há vários dias, dificuldade para falar, sorrir e comer, dor, inchaço e vermelhidão na boca ou no rosto (BRASIL, 2009a, p. 125).

Desta forma, percebe-se que a visita domiciliar é uma ferramenta essencial para a realização das atribuições do ACS, tendo em vista a necessidade da aproximação, criação e fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário para o pleno êxito das ações de saúde.

Quando os entrevistados foram questionados se já haviam participado de palestras periódicas para orientação sobre saúde bucal, apenas 21% responderam que haviam participado. O aspecto educacional é um dos subsídios fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde.

O Ministério da Saúde sublinha que educar é um processo de construção permanente. As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. O trabalho em grupo reforça a ação educativa dos indivíduos e esta ação é responsabilidade de toda a equipe (BRASIL, 2009a).

Corroborando o governo federal por meio da Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011), quando coloca que uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica é desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

Nas atividades de educação em saúde, Frazão e Marques (2008) dizem que os ACSs podem, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população para o enfrentamento dos problemas de saúde. Ainda, segundo os autores, pode ajudar a equipe de saúde bucal na identificação de famílias mais vulneráveis e que necessitam de ações mais específicas, bem como, melhorar o acesso e a utilização dos serviços básicos de saúde para evitar a assistência odontológica tardia e reduzir a necessidade das consultas de urgência.

Ao se privilegiar a co-participação de vários sujeitos de diferentes realidades, em processos de busca por melhoria

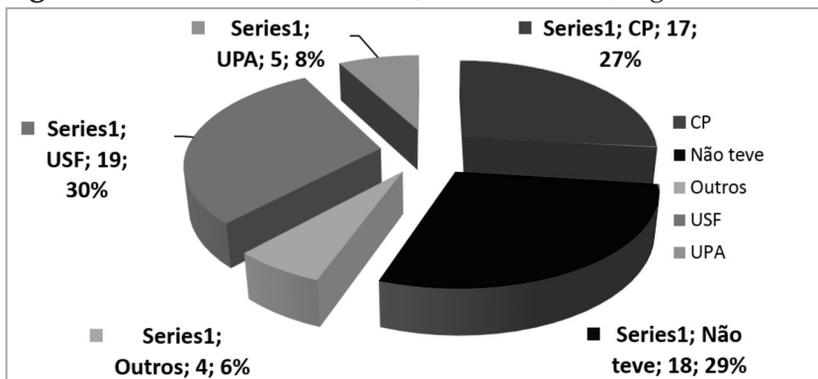
de vida e saúde, Koyashiki, Souza e Guaranhani (2008) falam que tem-se o fortalecimento do tecido social de forma a abrir possibilidades de escolhas aos diferentes indivíduos, deixando-os livres para optar por tudo aquilo que proporcione saúde. Nessa lógica, é de suma importância que se busque a participação dos sujeitos enquanto consumidores desses serviços, inclusive saúde bucal.

Quando os usuários foram questionados se haviam recebido atendimento odontológico no ano de 2011, 67% disseram que sim e 33% falaram que não. Dentre os que responderam negativamente, 8% justificaram como ausência de necessidade e os outros 25% por inacessibilidade aos serviços. Apesar de o SUS ser um sistema de saúde que visa a romper com modelos tradicionais de saúde, seja odontológico ou de outra natureza, por meio de equipes multiprofissionais que buscam a integralidade da atenção, o usuário demonstra que ainda não existem estratégias em número suficiente para atender a demanda reprimida.

Em Palmas, a Secretaria Municipal de Saúde vem inserindo, desde 2002, as equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Porém, até o ano de 2011, de acordo com indicadores fornecidos pela secretaria, existem 37 equipes de saúde bucal, com uma cobertura populacional de saúde bucal de 55,9% (PALMAS, 2011). Percebe-se que a cobertura ainda não abrange toda a população, fato que se deve, além de outros fenômenos, ao crescimento acelerado da capital.

Na tentativa de amenizar a falta de acesso aos serviços odontológicos no setor público alguns usuários recorreram a outras modalidades de serviços odontológicos no último ano como pode ser verificado na figura 3, que mostra que 30% das pessoas foram atendidas pelo serviço de saúde bucal da Unidade de Saúde da Família (USF), 27% foram atendidos em consultórios particulares (CP), 29% não tiveram atendimento odontológico, 8% tiveram atendimento em locais de trabalho e 6% tiveram apenas atendimento emergencial em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Figura 3: Locais de atendimento, no último ano, segundo os USF



Fonte: Elaboração própria.

Esse cenário corrobora claramente a necessidade da implantação de novas equipes de saúde bucal.

Quando se trata dos problemas relacionados à saúde bucal verifica-se que é importante esclarecer a população sobre o processo saúde-doença bucal, enfatizando ainda a possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde na boca. Estes poderiam ser evitados ou minimizados caso fossem utilizados tratamentos preventivos, restauradores e reabilitadores (LAWDER *et al.*, 2008).

Os motivos que levaram os pacientes a não realizarem o tratamento odontológico na rede pública de Palmas, de acordo com esta pesquisa, são os mais variados. No decorrer do ano, 40% dos entrevistados não procuraram o serviço nas USF, 24% relataram dificuldades no acesso ao serviço, 3% relataram demora no atendimento, 3% possuem convênios e 30% realizam o tratamento nas USF.

Quando questionados se o usuário já havia recebido as orientações do ACS para procurar o dentista, 54% do público entrevistado respondeu que sim, demonstrando que ainda há necessidade de aperfeiçoamento do sistema de comunicação como um todo.

No item que questiona se o ACS contribui para que os usuários de saúde procurem por tratamento odontológico, pode-se perceber a partir das respostas dadas (83% responderam que sim, 14% responderam que não, 3% não se manifestaram) que a maioria dos usuários de saúde entende ser importante a atuação do ACS na Estratégia de Família junto ao Programa de Saúde Bucal. Dentre todos os pronunciamentos foi possível captar que o ACS é considerado um elo que liga a comunidade à equipe. Assim como demonstrado pelas respostas dadas pelos usuários durante a entrevista:

“Ele contribui com orientações sobre a importância de cuidar dos dentes”

“Ele ensina o que nós não sabemos referente ao assunto”,

“Ele informa os dias certos de agendamento e consultas”,

“Eles fazem agendamentos de consultas odontológicas e orientam o retorno”,

“Eles fazem encaminhamentos que guia o paciente até a USF”.

Por outro lado, os 14% dos entrevistados falaram que o ACS não contribui, como pode ser constatado:

“Que eles fornecem poucas informações, sendo insuficientes”.

“Que eles colocam dificuldades/barreiras”.

“Que eles são difíceis de serem encontrados”.

“Que eles têm pouca vontade para contribuir com o usuário”.

“Que não dão importância ao caso e sempre alegam não ter vagas”.

Esse item da pesquisa mostrou que o ACS contribuiu com os usuários no tocante ao tratamento odontológico, porém, há uma parcela que demonstrou não estar satisfeita com os serviços desse profissional. Pode-se inferir que foi a falta de resolução do problema que levou o usuário a trazer à tona essa resposta. É um fato que estimula várias interpretações, dentre elas a insuficiência de capacitação desse profissional em relação à saúde bucal e a insuficiência de profissionais, o que vem causar a ineficiência na prestação dos serviços, dentre outros fatores.

Fica clara a necessidade de rever e avaliar a formação que está sendo ofertada ao profissional ACS, visto que nas respostas dos usuários é possível perceber que o ACS não está colocando em prática alguns princípios básicos do SUS como a universalidade, acessibilidade e acolhimento.

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Manual denominado "O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde", o qual contém instruções essenciais para o desenvolvimento das práticas de trabalho do ACS, além de apresentá-lo como um ator muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde e no fortalecimento da integração entre os serviços da Atenção Primária à Saúde e à comunidade. Assim, o ACS se constitui num profissional eficaz da estratégia, cuja função primeira é a busca da resolutividade dos problemas de saúde que são demandados pela comunidade (BRASIL, 2009b).

Considerações Finais

A Estratégia Saúde da Família tem como um dos seus objetivos reorganizar a atenção básica à saúde, ressaltando a importância do cuidado integral à saúde da população. Nesta perspectiva, a inclusão da atenção à saúde bucal, em 2001, além de representar um avanço para o sistema de saúde brasileiro trouxe outros profissionais para atuarem junto à ESF, o que propôs alteração no processo de trabalho da equipe.

Neste contexto, a atuação do ACS que já era fundamental foi ampliada por ser ele o elo entre a equipe de saúde da família e a comunidade.

Este estudo teve como proposta identificar a contribuição do ACS na efetividade do trabalho da equipe de Saúde Bucal (SB) das USF no Município de Palmas-TO. O resultado dessa pesquisa possibilitou que fosse traçado o perfil dos usuários de saúde, que em sua maioria foram pessoas adultas, com idade igual ou superior a 21 anos, do sexo feminino com grau de escolaridade mediano, considerando que 67% dos entrevistados possuem ensino médio incompleto ou já o concluíram.

A informação é um componente fundamental para o progresso da qualidade da saúde da população. Oportuniza aos usuários autonomia nos cuidados com a sua própria saúde e proporciona a corresponsabilização deste, junto aos serviços de saúde que lhe são ofertados. Garante ainda a ampliação de possibilidades de prevenção e cura no processo de saúde e doença de tais usuários.

Nesse sentido, o estudo expôs uma incipiência de participação dos usuários em ações de educação em saúde bucal, fazendo-se imprescindível que os profissionais operantes neste campo promovam o fortalecimento das ações no sentido de contemplar a realização de atividades voltadas para a educação e saúde e mobilização para fortalecer a participação dos usuários nessas atividades.

A inclusão da Saúde Bucal na ESF é avaliada como um fenômeno de expansão de equipes multiprofissionais e a adição de outros cuidados à saúde da população. Nessa lógica, o ACS, que já coopera nos serviços de promover outros modos de saúde, contrai o encargo de contribuir também na promoção de saúde bucal, levando até os usuários as táticas de promoção da saúde nessa área.

Diante do exposto, esta pesquisa alcançou o objetivo proposto, pois comprovou com o posicionamento da maioria dos usuários entrevistados que o desempenho do ACS, junto à equipe de saúde bucal, contribui sim com seu atendimento, tendo

em vista que os usuários consideraram que esses profissionais fornecem orientações relativas à saúde bucal suficientes, contribuindo assim para que eles possam ter atendimento e resolubilidade dos seus problemas de saúde bucal.

Além dos depoimentos dos usuários, os indicadores como a frequência com que o ACS realiza visitas, a popularidade dele com a população de sua área de abrangência, as orientações e encaminhamentos por ele realizados permitem a conclusão de que o ACS é um profissional essencial à efetividade das ações ofertadas pela equipe de saúde bucal.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, M.F.S.; LIMA G. D. **A Estratégia Saúde da Família Dentro do Sistema Único de Saúde.** Paraíba: **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Número 14, 2009.

AYRES, M. *et al.* **Bioestat 5.0.** São Paulo: USP, 2007.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Rio de Janeiro: **Rev.Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 259-268. ISSN 1413-8123.

BRASIL, **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Brasília, Diário Oficial da União, 2011.

_____. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Portaria nº 1.444 GM, de 28 de Dezembro de 2000.** Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

_____. **Constituição Federal, 1988.**

_____. **Resolução nº 196/1996. Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária. *In:* NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L. TEIXEIRA, M. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** FNEPAS, 2006.

BREVIDELLI, M.M. *et al.* **Trabalho de Conclusão de Curso Guia Prático para Docentes e Alunos.** São Paulo: Latria, 2006.

CALDEIRA, P. D. G. **A inserção da Saúde Bucal Estratégia Saúde da Família.** Montes Claros: UFMG, 2010.

DRULLA, A. G. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Paraná: **Cogitar e Enferm**, 2009.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D.; Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, 2008.

GIL, Antonio Carlos; **Como Elaborar projeto de Pesquisa:** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006

LAWDER, J. A. C *et al.* Conhecimento e Práticas em Saúde Bucal Entre Usuários de Serviços Odontológicos. João Pessoa: **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 2008.

LINS, R. G. Lins; LOURENÇO, R. A. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. Rio de Janeiro: **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 2010.

KOBAYASHI, G. A.; SOUZA, R. A. A.; GUARANHANI, M. L. O trabalho do agente comunitário de saúde em unidades de saúde da família. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 13, 2008.

MAROCO, J. **Análise Estatística com Utilização do SPSS.** Lisboa: Edições Silavo, 2010.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. B. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. Ipatinga: **Revista Enfermagem Integrada**, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde, **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações** - Ripsa – 2ª ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PALMAS, **Caderno de Saúde Bucal de Palmas.** Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

PINELLI, C.; SILVA, S. R. C.; LOFFREDO, L. C. M. Saúde Bucal no Contexto do Programa de Assistência Odontológica de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Araraquara, SP. Araraquara: **Revista de Odontologia da UNESP**, 2007.

RODRIGUES, A. A. O. *et. al.* Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. Salvador, BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2009.

SILVA, R. H. A.; PERES, A. S. **Odontologia: Um Breve Histórico**. Recife: Odontologia. Clín.-Científ., 2007.

VASCONCELOS, M.; CARDOSO, A. V. L.; ABREU, M. H. N. **Os Desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em Relação à Saúde Bucal em Município de Pequeno Porte**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.



4. Classificação de risco: acolhimento e intervenção

**Pâmela Eva Teixeira de Aguiar
Rejane Maria de Sousa Pereira Oliveira
Sandra Maria Botelho Pinheiro**

A Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (Alma-Ata) de 1978 teve suas discussões voltadas para a necessidade de criação de políticas de saúde a fim de efetivar o direito da população. Anos depois, esta proposta se consolidou na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), aonde se chegou à conclusão da necessidade de mudança no modelo de saúde vigente, que era assistencialista – excludente, centralizador, médico hegemônico, bem como a desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços e ausência de integralidade das ações de saúde (ALMA ATA, 1978).

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz como princípios norteadores a descentralização das ações, bem como, dos recursos de saúde, de forma a dar mais autonomia aos municípios; universalidade, tornando o SUS um sistema de saúde igual e disponível a todos os cidadãos, prestando atendimento em todos os níveis de atenção; equidade, tratando os usuários conforme suas necessidades de saúde. Sendo assim, a rede de

serviços deve estar atenta às necessidades reais da população, realizando os investimentos em áreas onde exista maior carência, pois “A equidade é o princípio de justiça social” e, por fim, a integralidade que considera o indivíduo como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Sendo importante a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2000).

A partir desses movimentos reformistas surgem políticas públicas para garantir a qualidade da assistência, dos serviços e da gestão do SUS. Destaca-se aqui a Política Nacional da Atenção Primária aprovada pela Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006 que fortalece a organização da atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo Atenção Primária como um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção, proteção a saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo assim, uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, bem como um elemento de um processo contínuo de atenção individual, familiar e comunitária (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o estudo teve por objetivo implantar o acolhimento com classificação de risco nas Unidades de Saúde da Família no município de Palmas –TO, para isso, a equipe de residentes junto à equipe da gerência de atenção básica, elaboraram um projeto de Intervenção.

Atenção Primária

O Programa Saúde da Família (PSF) foi desenvolvido em 1994, pelo Ministério da Saúde, na perspectiva de reorganizar a atenção primária e consolidar o SUS, serviço este que seria a porta de entrada para assistência à saúde, garantindo o atendimento das necessidades básicas da população de uma área de abrangência pré-determinada, através de uma equipe multiprofissional, tendo como característica trabalhar

a territorialidade com ampliação da acessibilidade tendo o indivíduo em sua integralidade (ROSA; LABATE, 2005).

Existem duas modalidades de assistência na atenção primária, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as equipes de Estratégia Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para saúde da família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro supervisor, lotado em uma unidade de saúde. Os ACS podem ser encontrados em duas situações, ligados a uma unidade de saúde que ainda não esteja organizada na lógica do saúde da família ou vinculados a uma unidade de saúde, como membro da equipe multiprofissional do Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde devem trabalhar de forma transversal, possibilitando a troca de experiências e conhecimento entre os diferentes integrantes. Estas equipes são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Sendo responsáveis pelo acompanhamento de até quatro mil habitantes, embora o ideal seja um número que não ultrapasse três mil habitantes por equipe, cada equipe será, portanto, responsável por uma área de abrangência previamente determinada, dividida em microáreas onde atuam os ACS. As equipes de saúde da família atuam principalmente nas USF, podendo ainda realizar atendimentos residenciais e comunitários (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritariamente a porta de entrada do sistema de rede assistencial à saúde que atua em um território definido, com uma população delimitada que é de sua responsabilidade, devendo, portanto, intervir nos condicionantes de saúde que ocasionem o adoecimento dessa população, prestando assistência integral e permanente por meio da realização atividades de educação e promoção de saúde. Esta deve ainda estabelecer vínculos de compromisso e de responsabilidade com a população, estimulando a organização das

comunidades para que esta exerça o controle social dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011, que revoga a portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção primária, Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo a atenção primária como um conjunto de ações individuais e coletivas, sendo uma estratégia de re-organização do sistema de serviços de saúde, tornando-se elemento de um processo contínuo de atenção individual, familiar e comunitária, que deve atuar através da prática de cuidado democrático e participativo (BRASIL, 2011).

Toda essa lógica conceitual de estruturação das ESF, de acordo com Campos *apud* Merhy (1998), não resolve todas as particularidades da assistência à saúde, nem garante a construção de um novo modelo, pois se assim fosse bastaria a ampliação do número desses serviços no país. No entanto, faz-se necessário a análise das ESF em desenvolvimento nos municípios, particularmente no que se refere aos processos de trabalho e às práticas de saúde, repensando concepções de novas racionalidades com uma equipe multiprofissional que trabalhe na ótica da interdisciplinaridade com objetivos comuns.

Seguindo uma nova lógica de atendimento a Portaria Nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011, destaca a importância de ordenar as redes de assistência à saúde de acordo com a necessidade da população, organizando o fluxo dos usuários a fim de garantir acesso aos serviços de referência e ações de saúde fora do âmbito da atenção primária, sendo atribuições comuns a todos os profissionais a participação no acolhimento dos usuários, fazendo a escuta qualificada das necessidades de saúde e realizando a primeira avaliação com classificação de risco onde deve ser levado em consideração o grau de vulnerabilidade e coletado informação dos sinais clínicos (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe uma nova forma de relação entre usuários, ges-

tores e profissionais por meio do trabalho coletivo e da ampliação do grau de comunicação entre estes, buscando favorecer a estruturação de um SUS mais acolhedor, resolutivo e equânime em suas ações. A PNH se estrutura através dos seguintes valores: transversalidade e indissociabilidade acontecem através da tríplice inclusão de todos os envolvidos na produção de saúde, (usuários, trabalhadores e gestão), buscando desenvolver ações integradas através de uma comunicação horizontal (as relações são transversais, mas não impedem que a comunicação seja horizontal, ou seja, sem barreiras); protagonismo dos sujeitos envolvidos, principalmente trabalhadores e usuários, por estarem ligados diretamente ao processo de produção de saúde, sendo os usuários os sujeitos da ação, não para quem se desenvolve, mas com quem desenvolvem ações de saúde, é fazer com o usuário e não para ele. Isso favorece a co-responsabilidade e oferece autonomia aos sujeitos e coletivos envolvidos na produção de saúde. O acolhimento é uma das diretrizes da PNH, sendo o acolhimento com classificação de risco um dispositivo desta (BRASIL, 2009a).

Acolhimento com classificação de risco

A PNH propõe no contexto dos serviços de saúde, “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizada por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa e cuidado”. O acolhimento possibilita mudanças na postura dos profissionais e gestores de saúde, reorganizando os serviços de saúde prestados, sendo, portanto, uma ferramenta que possibilita a criação de vínculos, ampliando a acessibilidade de forma transversal, universal, equânime e humanizada (SCHOLZE, 2006).

Segundo Matumoto (1998), o acolhimento pode e deve ser realizado por todos, podendo acontecer em qualquer momento ou etapa do atendimento e em qualquer lugar, cabendo aos profissionais o dever de “escutar”. A efetivação do acolhimento

resulta em criação de vínculos, sendo esta tecnologia a ser usada para o acompanhamento eficaz do usuário, pois essa tecnologia “leve” é a principal ferramenta de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

O acolhimento com classificação de risco é um dispositivo da PNH que possibilita mudança, fortalecendo os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços, buscando alcançar um atendimento resolutivo com responsabilização e orientação de todos os envolvidos. Quando for o caso, o paciente e a família também devem ser orientados em relação a outros serviços de saúde necessários para continuidade da assistência, estabelecendo assim, articulações com outros serviços, fortalecendo as redes de serviços de saúde, garantindo a eficácia desses encaminhamentos através da contra-referência (BRASIL, 2009b).

Este dispositivo da PNH rompe com a lógica da exclusão, sendo um processo dinâmico que possibilita a identificação dos usuários que necessitam de cuidados imediatos, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento. Esta classificação determina a prioridade e dá agilidade ao atendimento a partir da análise, usando como ferramenta um protocolo pré-estabelecido, que determina o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção com foco na complexidade clínica e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Para que haja o sucesso na implantação do acolhimento com classificação de risco nas USF é necessário investir em oficinas para implantação, monitoramento e avaliação desse processo ao decorrer do tempo, promovendo reestruturação funcional e física da instituição, definindo e desenhando os fluxos dos pacientes envolvendo toda a equipe nesse processo, permanente de aprendizado.

Atenção à saúde em Palmas – TO

Segundo o CENSO do IBGE 2010, a população estimada em Palmas é de 228.332 mil habitantes, sendo a cobertura da população pelo Programa Estratégia Saúde da Família em 2010 de 88,44% (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde em Palmas estão organizados em redes de saúde divididas em três modalidades de atenção que são: Atenção Primária (unidades de saúde da família); Atenção Secundária (policlínicas, centro de referências e unidades de pronto atendimento) e Atenção Terciária (hospitais). As farmácias e os laboratórios são instituições que fazem parte dos três níveis de atenção, cada nível de atenção executa uma função específica. Entretanto para funcionar como rede é necessário ampliar o grau de comunicação entre estes serviços (BRASIL, 2009c). Palmas tem atualmente trezentos sessenta e cinco estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), como demonstra a tabela abaixo.

Tabela 1: Quantitativo de unidades de Saúde, públicas ou privadas, do Município de Palmas - TO

Código	Descrição	Total
01	Posto de Saúde	9
02	Centro de Saúde/Unidade Básica	45
04	Policlínica	9
05	Hospital Geral	5
07	Hospital Especializado	4
20	Pronto Socorro Geral	3
22	Consultório Isolado	128
36	Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade	84
39	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SadT Isolado)	53

Código	Descrição	Total
40	Unidade Móvel Terrestre	3
42	Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp. – Urgência/Emergência	1
43	Farmácia	8
50	Unidade de Vigilância em Saúde	3
60	Cooperativa	1
64	Central de Regulação de Serviços de Saúde	3
67	Laboratório Central de Saúde Pública Lacen	1
68	Secretaria de Saúde	2
69	Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	2
70	Centro de Atenção Psicossocial	1
TOTAL		365

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 05 de janeiro de 2012, às 19:00 horas.

Diante da análise dos serviços prestados nas Unidades de Saúde da Família de Palmas, podemos identificar como principais problemas a superlotação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), baixa resolutividade no atendimento das USF e dificuldades de acesso aos serviços. Portanto, com este artigo pretende-se colaborar para melhoria do acesso/atendimento nas USF, realizando atendimento com classificação de risco, levando em consideração as prioridades clínicas apresentadas pelos usuários.

Acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde da família de Palmas – TO

Grande parte das USF de Palmas trabalha com agendamento prévio, sendo o atendimento realizado conforme a ordem de chegada. Portanto não é levado em consideração o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento

clínico e/ou social, o que contradiz o princípio da equidade, gerando filas de espera, agravamento dos sintomas, incipiência e demora no diagnóstico/tratamento, ocasionando encaminhamentos por vezes desnecessários para as unidades de pronto atendimento (UPA).

Este estudo aborda a relevância do acolhimento com classificação de risco como ferramenta de mudança na forma de atendimento das unidades de saúde da família (USF), buscando ampliar o acesso e ofertar atendimento mais resolutivo, consolidando as USF como porta de entrada para os demais serviços de saúde. Para entender a organização do atendimento nas USF e como se instituiu a organização da atenção primária vamos discorrer sobre seu processo histórico e este modelo de assistência à saúde.

O projeto que subsidiou este estudo teve por objetivo implantar o acolhimento com classificação de risco nas Unidades de Saúde da Família no município de Palmas-TO. Para isso, a equipe de residentes juntamente com equipe da gerência de atenção básica, elaboraram um projeto de Intervenção.

Como metodologia para implantação, foram propostas oficinas de formação para construção coletiva que se deu através do método das rodas de conversas, problematização e exposições dialogadas sobre o acolhimento com classificação de risco. Apresentação dos instrumentos (guia com discriminantes, formulário de classificação para o técnico de enfermagem, rede de atenção à saúde de Palmas e fluxograma de atendimento). A construção do guia com discriminantes foi realizado em grupos e depois socializado na grande roda para discussão e consolidação.

O projeto teve como público-alvo os profissionais que atuam nas USF (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, administrativos, agentes comunitários de saúde e auxiliares de serviços gerais). As três USF foram selecionadas por região (norte, central e sul).

Nas USF o acolhimento deve ser realizado pelo profissional de primeiro contato (todos devem acolher), em geral

a recepção, que vai realizar o atendimento de acordo com a necessidade. Usuário agendado – seguirá direto para a sala de classificação onde será feita a triagem e aguardará a consulta; usuário não agendado - realizará o agendamento de acordo com a agenda do profissional; usuário não agendado e referindo queixa que apresenta um problema mais grave – este é encaminhado para a sala de classificação e seguirá o fluxo que vem a seguir.

O usuário que apresentar queixa seguirá o fluxo específico da classificação de risco, sendo avaliado pelo técnico de enfermagem que utilizará um questionário específico para classificação de risco. Ele fará a avaliação de acordo com o guia de discriminantes que estabelece a cor e a ordem de prioridade da seguinte forma: a) Vermelho – atendimento na hora; b) Amarelo – atendimento até o dia seguinte; c) Verde – Atendimento na semana; d) Azul – Atendimento na rotina da unidade, de acordo com o agendamento.

Segundo Diogo (2007), nas unidades selecionadas os fatores que determinaram a classificação de risco serão: a) fatores de prioridade – duração do problema, grupos de risco (gestantes, idosos, obesos, crianças), dor intensa, ameaça à vida, história clínica, ameaça à função, risco de maus-tratos, b) ordem de prioridade – ameaça à vida, ameaça à função, ameaça ao órgão, dor, duração do problema, idade e risco de maus-tratos. Entre os fatores que podem afetar a implantação do acolhimento com classificação de risco podemos citar: o fluxo de atendimento, comunicação, necessidades sociais, hora e dia, tipo de agendamento, situação da equipe (despreparo), número de vagas, desconhecimento da rede assistencial e comunicação com rede de referência.

Para que haja um bom funcionamento do acolhimento com classificação de risco nas USF é fundamental que haja clareza nos registros, que deve conter a data e hora da classificação, nome e carimbo do profissional que classifica relato no prontuário da queixa apresentada, fluxograma escolhido (cor), discriminador selecionado, prioridade de escolha e conduta adotada.

Discrição das oficinas

As oficinas foram realizadas em três USF de cada região (norte, central e sul), com duração de dois dias e carga horária de 16 horas, havendo mais uma oficina para consolidação e pactuação dos discriminantes e da metodologia de aplicação do acolhimento com classificação de risco. A abertura das oficinas foi realizada pelo gerente de atenção básica, a partir de perguntas disparadoras sobre humanização e acolhimento. Em seguida, ocorria uma breve apresentação dialogada sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) – realizada pela responsável técnica da PNH do município e por residentes da Universidade Federal do Tocantins (UFT), lotados no setor da educação permanente.

No segundo momento do dia, ocorria a apresentação do projeto de acolhimento com classificação de risco aos profissionais de saúde. Nesse momento, discutiam-se as atribuições de cada profissional na aplicação do projeto. Este momento era mediado por residentes (UFT) do setor da gerência de atenção básica. Em seguida a equipe dividia-se em dois grupos para construção dos discriminantes (sinais/sintomas) mais comuns encontrados no cotidiano das USF selecionadas. Estes discriminantes fazem parte de um guia norteador para classificar o grau de vulnerabilidade do usuário que procura os serviços de saúde.

No segundo encontro foi realizada a apresentação dos discriminantes levantados através de pesquisas bibliográficas e construídos pelos grupos de trabalho. Os discriminantes foram consolidados, formando assim uma lista produzida pelos residentes, profissionais das USF e pela equipe da gerência de atenção básica. As oficinas foram finalizadas com a construção de matriz de intervenção, na qual buscou-se levantar os problemas e a corresponsabilização da equipe e da coordenação da estratégia de saúde da família, na resolução dos problemas, para que viabilizasse a implantação da proposta, acolhimento com classificação de risco.

Considerações finais

A regulação do atendimento como resposta a uma maior demanda de saúde constitui um instrumento necessário de ordenação e orientação da assistência. Considerando que as triagens sempre foram realizadas nos serviços de urgência e emergência em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. A triagem, classificação ou priorização de agravos, assim como o acolhimento com classificação de risco, não deve pressupor a exclusão e sim estratificação dos atendimentos de acordo com a urgência e a necessidade dos usuários.

Esta proposta ressalta a importância do acolhimento e da classificação de risco para aprimorar o atendimento nas USF, revelando novas possibilidades de trabalho para equipe e garantindo melhor acesso aos serviços de saúde. Além de qualificar o atendimento com vistas a qualificar a forma de receber e direcionar esses usuários aos serviços da rede assistencial de saúde. É importante lembrar que a classificação de risco garante critérios uniformes ao longo do tempo e em diferentes equipes de saúde, acabando com triagem sem fundamentação científica. O que transforma essa etapa em uma importante fase do atendimento e não só mais uma ação cotidiana não padronizada, garantindo também a segurança tanto do paciente que será avaliado, quanto dos profissionais de saúde, proporcionando agilidade ao atendimento.

Em suma podemos dizer que o acolhimento com classificação de risco permite identificar os problemas e definir prioridades clínicas, mas não se deve elaborar diagnósticos nessa etapa do atendimento.

BIBLIOGRAFIA

ALMA-ATA. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 23 de dezembro de 2011 às 17:00 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2488/GM, de 21 de outubro de 2011.

_____. IBGE. **Censo Populacional 2009 e 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>>. Acesso em: 21 de set. de 2011 às 20:00 horas.

_____. **Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência**; Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Trabalhos e Redes de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**; Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

_____. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Sistema Único de Saúde –SUS: Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf acesso em 26 de dezembro de 2011, às 19:00 horas.

CAMPOS C. R. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. *Apud*: MERHY E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Organizadora, São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

DIOGO C. S. **Impacto da Relação Cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS**, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa [Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde], Dezembro de 2007.

MATUMOTO S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

ROSA W. A. G, LABATE R. C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem**, 2005.

SCHOLZE A.S *et. al.* A Implantação do Acolhimento no Processo de Trabalho de Equipes de Saúde da Família, **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006.

PARTE II

Avaliação das ações, cuidado e nas
relações interpessoais



5.

Proposição dos residentes: dificuldades e facilidades na execução

**Maria Zoreide Britto Maia
Maria Dilce Wânia R. A. do Nascimento**

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil passaram por diversos momentos que marcaram a história da população brasileira, em que as estratégias propostas pelo governo nem sempre visavam o bem-estar da população, as políticas de saúde refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras.

Foram muitos os momentos marcantes, dentre eles podemos citar o da reforma sanitária na década de 80 em que houve grande manifestação dos profissionais da saúde, estudantes e população que criticavam o modelo vigente e propunham mudanças alternativas para sua reestruturação. Este movimento ganhou forças com adesão de lideranças políticas, sindicais e populares, assim como de parlamentares interessados na causa, resultando na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade a participação popular (FONTINELE, 2008).

Neste cenário surgiu o Programa de Estratégia de Saúde da Família (PSF) em 1991, a partir de uma experiência exitosa

no Estado do Ceará e implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 (BRASIL, 1997). Atualmente, é conhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF), essa por sua vez possibilita trabalhar a atenção à saúde de uma forma integral e contínua, desenvolvendo ações em saúde que devem ser planejadas a partir de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo. Sendo assim, essa política requer a participação enquanto sujeito capaz de se corresponsabilizar pelo processo de saúde e doença (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) favorece essa participação por ser uma política que perpassa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, e busca valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Além de fomentar a autonomia e protagonismo dos sujeitos e principalmente modificar os modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, é indispensável repensar sobre o que fazer, como fazer e para quem fazer. Segundo Merhy e Onocko (1997), todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde, que são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador. Esta produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar situação de saúde do usuário, individual e coletivo.

Em busca de atender a essas necessidades, a ESF teve início em Palmas, no ano de 1997, com uma equipe-piloto na Unidade Básica de Saúde (UBS) Liberdade na Aurenly III, sendo consolidada no ano seguinte com três equipes implantadas. Atualmente conta com 46 equipes para atender uma população de 228.332 habitantes, segundo o censo demográfico (BRASIL, 2010), o que corresponde a 82% de cobertura na proporção direta, porém, quando avaliadas as famílias assistidas, a cobertura é de 72% devido à carência de Agentes Comunitários de Saúde (PALMAS, 2011).

Outro investimento nessa área foi a criação da Primeira Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), que proporcionou estágio para os residentes em oito Unidades de Saúde da Família (USF), contemplando todas as regiões do município de Palmas.

Assim sendo, o presente estudo pretende identificar as dificuldades e facilidades na execução das ações propostas pelos Residentes da RMSFC que atuaram na Unidade de Saúde da Família Setor Sul em Palmas/TO. Foram sujeitos da pesquisa os profissionais das seguintes categorias de trabalho: enfermagem, técnica em enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agente comunitário de saúde, assistente administrativo, coordenadora administrativa, auxiliar de serviços gerais. Os dados foram obtidos através de entrevista norteada por questionário semiestruturado e, na sequência, os mesmos foram comparados com o relatório de análise das ações realizadas pelos residentes na referida unidade de saúde.

Metodologia

Esse estudo está vinculado à RMSFC, realizada em Palmas/TO. Os dados foram coletados através de dois instrumentos: relatório de análise das ações desenvolvidas pela equipe ESF, Setor Sul, residentes no período de Janeiro a Novembro de 2010 e entrevista semiestruturada. E, aos resultados, foram aplicados a metodologia do tipo quantiquali, com primazia do enfoque qualitativo da análise do discurso através do método da análise temática. Portanto, trata-se de um estudo de natureza descritiva.

A abordagem qualitativa ocorre principalmente no contexto da subjetividade e do simbolismo, capaz de abranger questões, complexas e profundas, que se tornam posições intelectuais e ideológicas frente aos interrogantes teóricos. Realizando uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela

se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Na USF Setor Sul trabalham 22 profissionais de saúde, sendo que a população em estudo foi selecionada através da técnica de amostragem casual simples - sorteio de um representante da categoria de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em enfermagem, técnico em agente comunitário de saúde e auxiliar de consultório dentário, administrativo e auxiliar de serviço geral. Perfazendo um total de sete sujeitos, os quais trabalharam nessa unidade no período de janeiro a dezembro de 2010. A categoria médica foi excluída conforme critério de exclusão – não ter trabalhado na USF no período de janeiro a dezembro de 2010.

As respostas das entrevistas foram transcritas, categorizadas e analisadas segundo instrumento de pesquisa visando identificar as dificuldades e facilidades na execução das ações propostas pelos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Para corroborar as respostas das entrevistas foram analisados e utilizados os dados coletados no relatório da análise das ações, desenvolvidas pela equipe e residentes no período de janeiro a novembro de 2010.

A pesquisa foi embasada na Resolução 196/96 do Conselho de Ética e Pesquisa (BRASIL, 1996). A coleta dos dados teve início após a autorização do Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/Ulbra (Nº 68/2011) e da Comissão de avaliação de Projetos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS (Nº 43 – 02/2011). Firmou-se o compromisso com os sujeitos da pesquisa de que as informações seriam usadas única e, exclusivamente, para fins acadêmico-científicos. Todos receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise e discussão dos resultados

O processo de reorganização do modelo de assistência proposto pelo SUS encontra várias dificuldades, porque a ESF precisa inserir uma nova visão no seu fazer, tendo como objetivo a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico; a intersetorialidade e não um setor isolado (OGATA; FRANÇA, 2010).

Para Ogata e França (2010), muitas dificuldades são evidenciadas ao se efetivar a ESF, dentre os quais se destacam o perfil dos profissionais para uma atuação na proposição da atenção à saúde integralizadora, pois, muitos profissionais da área de saúde não estão aptos a atuar em uma proposta que objetiva uma prática humanizada, competente e resolutiva que envolve simultaneamente ações de promoção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Estes autores enfatizam que a dificuldade é proveniente da formação médica, centrada na doença e em detrimento da prevenção. Portanto, é relevante fazer intervenção no processo de formação das equipes de saúde, a fim de criar uma visão mais integralizadora e desenvolver novas competências voltadas para um perfil profissional mais adequado ao modelo proposto. Assim sendo, este artigo discute, a seguir, as dificuldades percebidas pelos profissionais para se implantar um sistema desta natureza.

Dificuldades para o desenvolvimento das ações

Quanto aos pontos dificultadores apontados pelos trabalhadores na entrevista, remetem dimensões diferentes: conflitos (personalidade e comunicação); não aceitação das propostas (não concordar, não querer participar); resistência em trabalhar com os residentes.

O ponto dificultador, conflitos de personalidade e de comunicação, pode ser entendido como erro de comunicação,

em que as propostas feitas pelo grupo de residentes não eram compreendidas pelos trabalhadores, ou ainda, recusa em entender o que os residentes estavam querendo/propondo, fato este que pode estar relacionado à resistência, por parte de alguns trabalhadores em participarem das ações/atividades propostas, como evidenciam essas falas: “havia um conflito de comunicação, às vezes, eles tinham um pouco de dificuldade de passar o que realmente eles queriam” (E01); “a gente teve resistência em trabalhar com eles” (E03).

Na avaliação de Rodrigues (2008), a relação da comunicação com o poder e o conflito é incontestável, e tem a ver com a natureza simbólica da experiência humana, pois a linguagem tem também uma função interativa e, enquanto tal, é uma atividade em que os seres humanos se envolvem, tendo em vista a produção de influências mútuas e recíprocas dos falantes sobre si próprios e uns sobre os outros, com perdas e ganhos, sendo que em cada uma ocupa posição, ora de domínio, ora de subordinado.

Partindo deste pressuposto, cabe a ambos aceitar ou recusar o que está sendo ofertado. Neste sentido, a comunicação está sendo representada de forma conflitiva, não expressando a realidade proposta. Assim, nesse processo é inseparável as relações de poder e de conflito. Como demonstrado claramente nessa fala: “[...] havia um conflito de personalidade [...] e havia um conflito de comunicação, às vezes eles tinham um pouco de dificuldade de passar o que realmente eles queriam” (E01).

No segundo sentido, os relatos apontam que havia trabalhadores que não gostavam de reunião e outros que não concordavam, e se negaram a participar das ações propostas pelos residentes. As falas expressam esses pontos de vistas:

Alguns concordavam outros não concordavam nem os achavam bom (E02).

Alguns funcionários que não queria participar (E05).

O que mais dificultou porque muito assim colegas não gostavam de se reunir (E06).

A gente teve resistência em trabalhar com eles (E03).

Estas dificuldades foram apontadas pelos residentes no Relatório das ações. Foram consideradas, ainda, a ausência de um espaço físico adequado; falta de material para a construção do painel de situação; desmotivação e resistência por parte de alguns profissionais em desenvolver ou participar das atividades propostas; descrédito por parte da população em relação ao não encaminhamento das deliberações, do antigo conselho local de saúde e falta de compromisso dos conselheiros anteriores do CLS.

Enfatiza-se que o GTH (BRASIL, 2006b) é um espaço coletivo onde todos podem participar; momento onde os trabalhadores podem refletir sobre o próprio trabalho, espaço onde todos têm o mesmo direito, de dizer, pensar e de criticar, sugerir e propor mudanças no funcionamento do serviço e na atenção ao usuário. Nessa linha de raciocínio, podemos afirmar que é importante a existência de espaços físicos para a realização desses momentos. Vale ressaltar que os movimentos coletivos não devem ser atrelados a espaços físicos, mas viabilizados de formas criativas.

A desmotivação e resistência de alguns profissionais em desenvolver ou participar das atividades propostas, como foi citado pelos residentes no relatório de análise das ações é preocupante, pois pode ter várias origens como a falta de material, processo de trabalho e outros.

A importância da motivação é ressaltada na definição de Bergamini (1997) como força propulsora que leva o indivíduo a buscar satisfazer seus anseios e, através dela, o homem pode realizar diversas tarefas que antes se julgava incapaz. No entanto, percebemos, no trabalho de campo, o quanto à equipe da ESF em Palmas, encontra-se desmotivada, mas que ainda

acreditam nesse modelo, e tentam viver o conceito do autor acima citado. Quanto à comunidade, o relatório apontou dificuldade em tomar parte nas ações propostas, pelo fato de sua participação estar vinculada ao assistencialismo, descrédito, ao não encaminhamento das deliberações do antigo conselho local de saúde e a falta de compromisso dos conselheiros anteriores.

Apesar das dificuldades para o desenvolvimento das ações acima descritas, na análise do relatório, percebem-se mudanças no processo de trabalho, tais como: capacidade de identificar e gerenciar conflitos existentes no trabalho em equipe, com o enfrentamento do mesmo, resultando melhor ambiente de trabalho, evidenciado por meio da organização dos setores, limpeza, cordialidade nas relações.

Mudanças no modelo de gestão transversal para gestão participativa, onde as atividades da Unidade de Saúde passaram a ser planejadas no coletivo, favoreceu maior participação na execução das atividades e, ainda, aproximação das pessoas, que outrora desenvolvia suas funções isoladamente. Jaime (2002) sugere que este modelo de gestão estimula a reflexão, aumenta a autoestima, provocando o empoderamento, fortalecendo o empenho ao trabalho, a criatividade na busca de soluções e corresponsabilização.

Outra mudança observada aconteceu em virtude do acolhimento coletivo, onde houve respeito ao princípio da equidade, reduzindo o tempo de espera dos usuários para o atendimento, assim resultando na aproximação entre profissionais e usuários e entre a equipe. Neste caso, o acolhimento pode ser descrito como ação técnico-assistencial, tendo como foco a relação, pressupondo mudança da relação profissional/usuário ou ainda profissional/profissional, com parâmetros técnicos, ético e também humanitário com solidariedade (BRASIL, 2009a).

Percebe-se, ainda, que os dados do relatório condizem com os dados colhidos nas entrevistas e o quanto o GTH contribuiu para fomentar as discussões do processo de trabalho, proporcionando resolução de conflitos existentes, fortalecimento do trabalho em equipe e integração da equipe multiprofissional.

O acolhimento coletivo favoreceu a aproximação da equipe da ESF com o usuário e estimulou o comprometimento dos diferentes sujeitos na produção de saúde.

Facilidades para o desenvolvimento das ações

Em relação aos pontos que facilitaram o desenvolvimento das ações propostas pelos residentes nas entrevistas houve unanimidade. Uma vez que os trabalhadores indicaram que o Grupo de Trabalho Humanizado – GTH ajudou a equipe a se sentir mais unida através das reuniões mensais, como pode ser constatado nas falas dos entrevistados, transcritas abaixo:

Criaram umas reuniões uma vez por mês (E01).

Sempre tinha reunião eles tinha o grupo né humanizaSUS nas sexta-feiras (E02).

Grupo de Trabalho Humanizado (E05).

Aqui era muito difícil a gente se reunir, a gente ver que estava errado de se integrar mais com os colegas e esse GTH foi pra objetivo foi pra isso (E06).

Na análise do relatório das ações dos residentes, outros pontos foram destacados: disposição de alguns dos trabalhadores da equipe em participar das ações propostas; o interesse em aprimorar conhecimentos, estimular a participação mais ativa da comunidade e resolução de conflitos internos; a parceria com a escola estadual, associação de moradores e participação da população.

O interesse em aprimorar conhecimentos, estimular a participação mais ativa da comunidade e resolução de conflitos internos é destacado como ponto motivador a participação

dos profissionais nas rodas de conversas, GTH e grupos de estudo realizados (BRASIL, 2006b). Ainda de acordo com a análise desse documento, esses espaços coletivos resultaram na aproximação das pessoas, em novos vínculos, resolução de conflitos e empoderamento dos trabalhadores, potencializando a produção de saúde.

A parceria com a escola estadual, associação de moradores e participação da população com sugestões e até cedendo sua residência para grupo em microáreas, também são citadas pelos residentes como relevantes para a realização de atividade como ações educativas, núcleos descentralizados e revitalização do conselho local de saúde. Ressalta-se que a participação social deve ser valorizada e incentivada no dia a dia dos serviços do SUS (BRASIL, 2009b).

Essa participação pode potencializar os serviços em saúde como mostra a análise do relatório, em que possibilitou a criação dos núcleos descentralizados, os quais foram pensados devido às dificuldades de alguns usuários se deslocarem até a Unidade de Saúde. Então foi proposto pela equipe o atendimento em microáreas, onde a adesão foi positiva por parte de alguns que até cederam suas casas para realização de atividades coletivas.

Conclusão

Os resultados apontam que, para os profissionais entrevistados, os pontos dificultadores foram os conflitos (personalidade e comunicação) e a não aceitação das propostas (não concordarem, não quererem participar) e resistência em trabalhar com os residentes. Entretanto, os residentes apontam no relatório das ações a ausência de um espaço físico adequado; falta de material para a construção do painel de situação; desmotivação e resistência de alguns profissionais em desenvolver ou participar das atividades propostas; descrédito por parte da população em relação ao não encaminhamento

das deliberações do antigo conselho local de saúde e falta de compromisso dos conselheiros anteriores do CLS, como os principais problemas enfrentados.

O Grupo de Trabalho Humanizado foi o ponto que mais facilitou o desenvolvimento das ações propostas, por ser um espaço onde cada um tinha o direito de falar e os problemas existentes eram discutidos com todos os presentes. Contudo, na análise do relatório dos residentes, outros pontos que facilitaram a execução das ações foram destacados, como: disposição dos trabalhadores da equipe em participar das ações propostas; o interesse em aprimorarem conhecimentos, estimular participação mais ativa da comunidade e resolução de conflitos internos; a parceria com a escola estadual, associação de moradores e participação da população.

O estudo possibilitou visualizar os pontos que dificultaram e os que facilitaram a execução das ações propostas pelos residentes. Nesse sentido, vale ressaltar que nesse processo os residentes provocaram a equipe com ações interdisciplinares, de inclusão dos sujeitos envolvidos o que resultou em mudanças no processo de trabalho, em que os profissionais mudaram suas práticas de trabalho individual para o trabalho em equipe. O que refletiu não só na equipe, como também para os usuários dos serviços, porque houve uma melhora no relacionamento geral percebida, principalmente, nas relações interpessoais entre os profissionais de saúde e mesmo entre estes e os usuários, durante a prestação dos serviços.

Acredita-se que estas melhorias fomentem a motivação para o trabalho em saúde, onde a valorização dos trabalhadores pode possibilitar o desenvolvimento de uma assistência efetiva e de qualidade à saúde. Por conseguinte, ressalta-se a importância de se ter espaços coletivos onde os trabalhadores e usuários possam expressar suas inquietações, fomentar a corresponsabilização destes nos processos de trabalho e estimular a participação efetiva da comunidade nas ações de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Brasil, Brasília, 1996.

_____. _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. – 3ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006a. 52 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006b. 16 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2ª ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a.

_____. _____. _____. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2ª ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [serial online] **Censo 2010**. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

FONTINELE, J. K. **Programa Saúde da Família** - Comentado. São Paulo: Edit AB; 2008.

JAIME, F. **Contrato de gestão: conceitos e aplicações**. Trabalho apresentado no Curso de Gestão Hospitalar, oferecido em parceria SES/Goiás–ReforSUS/MS–FM/PUC–Opas, Pontifícia Universidade Católica de Goiânia, Goiânia, 2002.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

MINAYO MCS, SANCHES O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Pública**. 1993; 9 (3): 239-62.

NASCIMENTO, D. D. G, OLIVEIRA Mac. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Rev. Saúde e Sociedade**. 2010;19 (4): 814-827.

OGATA, M. N; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**. 2010; 23 (4)

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria de Saúde. Diretoria de Atenção Básica. **Dados da Atenção Básica 2011**. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde; 2011.

RODRIGUES, A. D. Comunicação, Conflito e Poder. VI Congresso Português de Sociologia, Mundo Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa. 2008.



6. Vivência na implementação da política Nacional de Humanização

José Gerley Díaz Castro
Soraya Viana da Silva

As décadas de 80 e 90 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios de universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação da comunidade, autonomia das pessoas e descentralização tornaram-se paradigmas do SUS (MACHADO, 2006).

Neste sentido, o SUS, criado pela constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, se constitui enquanto conquista o Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, criado ainda na década de 70, com objetivos alicerçados na obtenção de um maior grau de cidadania à população assistida, condições dignas de cuidado e viver, subsidiados pela concepção da saúde enquanto um direito público e, portanto, dever do Estado.

Para garantir esse modelo de assistência mais acessível, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). É um

modelo de atenção voltado para o conceito ampliado de saúde visando à integralidade, a qualidade da assistência prestada que contribui para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (CHAGAS; SECLLEN, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito ampliado de saúde é compreendido como o completo bem-estar biopsicossocial do ser humano, ou seja, se dá a partir de uma concepção que compreende a qualidade de vida como sendo um fator indispensável no processo de saúde, onde não apenas na ausência de doença ou enfermidade são considerados saúde. Sendo assim, para se ter um processo de vida saudável é necessário o equilíbrio entre os aspectos sociais, biológicos e psicológicos.

Para que haja esta harmonia entre os profissionais de saúde e suas diversas categorias, faz-se necessária a continuidade das ações de educação permanente, capacitações que fomentem a co-responsabilização, o trabalho em equipe de forma interdisciplinar e transdisciplinar, inserindo estes trabalhadores em redes de atenção à saúde de forma acolhedora, resolutiva e alicerçada na atenção primária. Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) vem apoiando as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002, por meio do projeto ReforSUS. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do MS, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2006).

O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecno-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A formação na Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família e Comunidades está atrelada às grandes diretrizes e políticas do SUS, formando pessoas capazes de se

engajar nas equipes de saúde, com o compromisso de operar com base nas linhas de cuidado.

Juntamente com a Política Nacional de Educação permanente, com o objetivo de valorizar o SUS que dá certo, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2006. Com o papel primordial nas Residências Multiprofissionais de saúde, proporcionou o desenvolvimento de habilidades para o processo de planejamento e gestão em saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família.

A PNH traz como um de seus objetivos humanizar as práticas de gestão e de atenção, assumindo o desafio de solidificar uma política em que o profissional, além de atender bem, faz uma escuta qualificada ao problema de saúde do usuário, tenta resolver esse problema e se necessário faz um encaminhamento seguro, facilitando esse “caminhar na rede” pelo usuário.

Com a PNH, o processo de aperfeiçoamento passou a voltar-se além do promover saúde e prevenir doenças, realizando-o com a participação de todos em uma proposta de cogestão, tendo como eixo principal a tríplice inclusão, ou seja, incluir trabalhador, gestor e usuário, fazendo com que estes se tornem e se sintam parte do processo. Essa política trabalha na perspectiva de superar a forma de trabalho verticalizada, trazendo a transversalidade para este cenário de luta por um sistema de saúde melhor, onde gestão e atenção não se separam (BRASIL, 2006).

Em Tocantins foi implantada a primeira Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, com o início de suas atividades em novembro de 2009, tendo como objetivo principal formar profissionais especialistas (modalidade residência) em saúde da família e comunidade, através de metodologias ativas de aprendizagem a partir das vivências em serviço, para o desempenho de ações de cuidado no âmbito do SUS. Apresentando, por base, o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família e pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) – HumanizaSUS. O curso tem como tempo de duração

24 meses e 5.625 horas de duração com dedicação exclusiva (TOCANTINS, 2007).

Contém entre os seus objetivos específicos: Conhecer, discutir e divulgar os princípios, método, diretrizes e dispositivos da PNH; Implantar e/ou implementar os dispositivos da PNH nas unidades de saúde em que estiverem desenvolvendo suas atividades estudantis e profissionais; Desenvolver o processo de trabalho em saúde fundamentado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, e de acordo com as diretrizes “Valorização do Trabalho e do Trabalhador” e “Co-gestão” da PNH (TOCANTINS, 2007).

Desta forma, este trabalho, visa entender como se deu a vivência dos residentes nas USFs e identificar os entraves encontrados no caminho para que a implantação e implementação dos dispositivos se efetivasse. A pesquisa se deu através de entrevistas com os residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, possibilitando a construção de um aporte prático baseado nas experiências vivenciadas neste processo. Esse aporte poderá ser utilizado como instrumento para a construção das próximas residências que serão implantadas no Estado.

Metodologia

Para a construção deste artigo, foi utilizada como método a pesquisa qualitativa, possibilitando identificar as dificuldades que os residentes encontraram na implantação dos dispositivos da PNH nas ESF. Pesquisa esta que para Minayo (2004), se preocupa nas ciências sociais, comum nível de realidade que não pode ser quantificado.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, na qual o investigador tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia

e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS; LINCOLN, 2005). Mas, em geral, a entrevista seguiu o que se encontrava planejada. As principais vantagens das entrevistas semiestruturadas são as seguintes: possibilidade de acesso à informação além do que se listou; esclarecer aspectos da entrevista; gerar pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e definir novas estratégias e outros instrumentos (Tomar, 2007).

Segundo Levin (1985) e Marconi e Lakatos (1996), a população a ser pesquisada ou universo da pesquisa é definida como o conjunto de indivíduos que partilham de, pelo menos, uma característica em comum. Dessa maneira, a amostra foi composta por 08 residentes, escolhidos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, chegando-se às seguintes especificações: um residente de cada unidade, pelo menos um de cada categoria (psicólogo, assistente social, odontólogo e enfermeiro). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de inclusão: participar da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Tocantins, ter implementado no decorrer da vivência nas ESFs no R1 (Primeiro ano da Residência) os, no mínimo, três dispositivos propostos pela ementa (Grupo de Trabalho Humanizado, Fluxograma Analisador, Grupo de Estudos, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Controle Social, entre outros) e aceitar participar da pesquisa.

Critérios de exclusão: não ter participado da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Tocantins, não ter implementado no decorrer da vivência nas ESFs R1 (Primeiro ano da residência) os, no mínimo, três dispositivos propostos pela ementa (Grupo de Trabalho Humanizado, Fluxograma Analisador, Grupo de Estudos, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Controle Social) e não aceitar participar da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em novembro de 2011. Os residentes foram contatados e convidados a participar da pesquisa.

Como todos aceitaram participar, resolveu-se realizar a entrevista com um de cada equipe, totalizando 6, para que pudesse ter uma visão no âmbito das equipes de residentes inseridos nas unidades. Foram entrevistados individualmente onde foram respondendo às perguntas e em alguns momentos escreveram as respostas no questionário. Todos foram bem condizentes com as perguntas relacionadas e responderam a todas as perguntas.

Resultados

No item 1, que perguntava sobre qual profissão de cada entrevistado as respostas foram as seguintes:

Quadro 1: Relação de profissões

Profissão	Quantidade
Assistente Social	01
Enfermeiro	03
Odontólogo	01
Psicólogo	03

Fonte: Elaboração própria.

No item 2 e 3 que respectivamente tratam de que unidade e que dispositivos foram implantados pelas equipes de residentes nas Unidades Saúde da Família, de acordo com os relatórios finais entregues à coordenação pedagógica do curso, foram:

Quadro 2: Relação das USF com dispositivos da Política Nacional de Humanização implantados

USF	Dispositivo implantado
USF 305 Norte	Grupo de Trabalho Humanizado – GTH; Escuta qualificada; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFSF); Equipes de referência e Apoio Matricial; PTS - Projeto Terapêutico Singular.
USF 612 Sul	Fluxograma Analisador; Equipe Transdisciplinar de Referência; Avaliação de Risco; GTH; PTS.
USF Novo Horizonte	GTH; PTS; Equipe Transdisciplinar de Referência e apoio matricial; Escuta qualificada;
USF 407 norte	GTH, Equipes de Referência e Apoio Matricial; Conselho local de saúde.
USF 508 norte	GTH; PTS; Contratos de gestão; Ações intersetoriais; Conselho local de saúde; Fluxograma Analisador.
USF Setor Sul	Rodas de conversa (Espaços de escuta qualificada); Painel de situação; Equipe de referência e Apoio matricial; GTH.
USF Taquaruçu	GTH; Acolhimento com classificação de risco; Contratos de gestão; PTS; Conselho de Saúde.

Fonte: Relatórios do R1 (Primeiro ano da residência).

No item 04, para o qual se perguntou sobre como se deu o processo de implantação e implementação dos dispositivos nas USF, as respostas foram:

Foram apresentadas as propostas para intervenção, algumas pessoas acharam interessante e contribuíram bastante na implantação e outras se mostraram resistentes e dificultaram o processo. Porém, no decorrer do tempo que estivemos na USF, algumas dessas pessoas resistentes se interessaram nas propostas e aderiram estas (Entrevistado 1).

De acordo com as exigências acadêmicas da residência, propomos as ações à equipe e iniciamos a implementação dos dispositivos (Entrevistado 2).

O processo se deu a lá PNH mesmo. Com estabelecimento e fortalecimento de vínculos, inclusão dos diferentes sujeitos, envolvendo o maior coletivo possível e buscando a responsabilização (Entrevistado 3).

Ocorreu de maneira processual, a princípio considerando a necessidade e capacidade da USF para se responsabilizar pelo processo. No entanto, os dispositivos em muitos momentos foram implantados de maneira tumultuada, não permitindo em vários momentos que se optasse pela implementação apenas daquele que fosse de interesse e capacidade dos trabalhadores desenvolverem. Tentou-se implantar vários dispositivos ao mesmo tempo, ao invés de apenas aqueles que houvessem espaço propício para serem ser continuados (adequados a realidade da USF) o que prejudicou um pouco o processo (Entrevistado 4).

Primeiramente feita à proposta aos trabalhadores, durante uma reunião foi explicado como aconteceria, qual o objetivo, estas informações

foram feitas pela preceptora. As reuniões de GTH e Grupo de estudo aconteciam quinzenalmente, com maior adesão dos agentes comunitários de saúde (Entrevistado 5).

Propusemos a metodologia de rodas de conversa, destacando a importância de espaços coletivos que favoreçam o diálogo como exercício da transversalidade e da cogestão. O desafio proposto foi o de aprender a reconhecer a necessidade de instituir espaços protegidos cujas regras permitem a realização de uma comunicação respeitosa, com críticas construtivas, identificando insuficiências e apontando contradições, sem que isto significasse exposição pessoal (e não de problemas) e represália. E a partir da implementação destes espaços foi possível rever os processos de trabalho e propor novas formas de fazer, de acordo com as sugestões de todos os membros da Equipe. Assim, foram implantados o Grupo de Estudo para os trabalhadores da Unidade (trabalhando diferentes temáticas: Cuidando do Cuidador, PNH, Acolhimento, Papel dos ACS e dos trabalhadores), os Grupos focais para atender os usuários (atendimento coletivo), os Projetos Terapêuticos Singular, Escuta qualificada e Clínica Ampliada, fluxograma da Unidade e Cardápio de Oferta e, também, a implantação do Conselho Local de Saúde (fortalecimento do controle social e do direito dos usuários) entre outros (Entrevistado 6).

Através de rodas de conversa, com problematização dos “nós” apontados pela equipe, realização de matriz de intervenção onde cada profissional deveria realizar uma atividade, as oficinas eram pactuadas nos encontros onde também eram definidos os temas a serem discutidos (Entrevistado 7).

O primeiro passo foi a realização do diagnóstico situacional, depois fomos planejando as ações conforme as situações-problemas detectadas no diagnóstico. Sendo que as ações relativas ao fluxograma e conselho de saúde local foram pré-determinadas. [...] Então fomos pautando as ações nos dispositivos da PNH, por exemplo, na revitalização do CLS usamos o dispositivo de colegiados de gestão, na discussão do processo de trabalho o GTH e colegiado de gestão, na saúde do homem e do adolescente trabalhamos o dispositivo de acolhimento. Ressalto, porém que esses dispositivos não são estanques, fechados, mas amplos e se completam, pois são usados em conjunto e em uma ação são desenvolvidos vários dispositivos, por exemplo, para trabalhar o processo de trabalho foi preciso uma escuta qualificada, o GTH, a cogestão. Trabalhar esses dispositivos não foi nada fácil tanto para nós residentes como para a equipe, pois era algo novo para todos; tivemos momentos de muita dor, mas avalio preciosos para minha formação (Entrevistado 8).

No item 5, que diz respeito a quais mudanças foram observadas na equipe durante o processo de implementação dos dispositivos, seguem as respostas:

Aumento da comunicação, interação e responsabilização entre a equipe, dos profissionais com usuários e discussão de alguns casos, Projeto Terapêuticos Singular (Entrevistado 1).

Observamos dois movimentos diferentes, um grupo participava de todas as ações, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outro grupo que fazia o movimento contrário,

com muita resistência às ações propostas. Com o tempo, observamos que mais trabalhadores participavam das ações (Entrevistado 2).

Maior envolvimento, comprometimento e disponibilidade para mudança, para aceitação do novo (Entrevistado 3).

Um fator bastante positivo fora a melhoria das relações interpessoais e um nível de comunicação mais ampliado e de comprometimento maior dos membros de uma das equipes. O desenvolvimento de ações educativas de promoção à saúde também se apresentou como um resultado positivo (Entrevistado 4).

No processo de trabalho; Maior interação da equipe; Atendimento das gestante por horário (Entrevistado 5).

O trabalho permitiu reafirmar, na prática, a importância da indissociabilidade entre a atenção à saúde e gestão de pessoas e de problemas. Constatou-se, que o método da roda, utilizado como dispositivo para efetivar mudanças desejáveis pelos atores sociais envolvidos, permitiu a inclusão dos diferentes sujeitos e dos problemas, revelando as disputas de saber, de poder e os tensionamentos interpessoais. Entretanto, também possibilitou o exercício da transversalidade, da coanálise e da reorganização dos processos de trabalho, sendo esta feita por meio da corresponsabilidade de todos implicados no processo (Entrevistado 6).

Empoderamento dos profissionais, criação de espaço de discussão (antes os profissionais não se expressavam por não ter espaço de fala nas reuniões, sendo as reuniões mais informativas ou para crítica dos processos de trabalho).[...] O GTH foi uma ferramenta de transformação sendo conduzido por uma Agente Comunitária de Saúde que no início dos encontros não tinha

muita participação, o que demonstra o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos, para o painel os profissionais coletaram os dados e participaram ativamente da elaboração (Entrevistado 7).

Depois da resistência ao novo, a principal mudança que percebi foi que a equipe começou a se preocupar com sua saúde, apesar de conhecerem essas ferramentas para subsidiar um novo fazer não as incorporam no seu processo de trabalho (Entrevistado 8).

No sexto e último item os entrevistados relataram quais foram as principais dificuldades encontradas no período de permanência nas USF e, principalmente, durante a implantação e implementação dos dispositivos da PNH, seguem as respostas:

Desinteresse de alguns profissionais por estarem em estado de conforto falta de responsabilização dos profissionais com as mudanças pactuadas (Entrevistado 1).

A principal dificuldade foi a tutora ser odontóloga e demorarmos a criar vínculo com a enfermeira. Pois sem participar do processo em que estávamos inseridos tivemos maior dificuldade de nos inserir no processo de trabalho deles. Quando criamos vínculo a dificuldade sanou. Outra dificuldade, foi o número de dispositivos similares, GTH e Grupo de Estudos, que pelo pouco espaço de tempo entre um e outro, percebemos uma dificuldade de foco das ações (Entrevistado nº 2).

O processo foi desafiador. Ouve muita resistência, principalmente por parte dos trabalhadores administrativos, sem mencionar a não participação dos médicos. Os vínculos, a confiança

alcançada durante o processo, e os resultados positivos foram os pontos favoráveis; com isso, pode-se ter cada vez mais adeptos ao processo de inclusão da PNH nas USF (Entrevistado 3).

O tempo mínimo para implantar os dispositivos e observar seu desenvolvimento que é processual. De igual modo, a obrigatoriedade de implantar dispositivos que não se adequavam à capacidade de desenvolvimento e continuidade por parte dos trabalhadores, dificultaram todo o processo, impedindo que as energias e esforços se voltassem de modo prioritário para aqueles dispositivos que apresentavam grande possibilidade de adesão e continuidade por parte da equipe. Essa obrigatoriedade se traduziu em metas que muitas vezes geravam frustrações e impediu em determinados momentos a governabilidade tanto dos trabalhadores, quanto dos próprios residentes na condução do processo voltado para o investimento em dispositivos que seriam mais produtivos na unidade. Dessa forma perdeu-se tempo em tentativas que se reconhecia a dificuldade, ao invés de investir tempo naquelas que tinham mais chance de dar certo (Entrevistado 4).

Pouca adesão ao GTH e Grupo de estudo, maior adesão por parte dos agentes comunitários de saúde; Dificuldade na revitalização do CLS como: contato ao presidente; pouca participação da comunidade e trabalhadores da unidade (Entrevistado 5).

Havia poucas discussões sobre os problemas e necessidades da equipe e da população, sem a busca de soluções coletivas para resolvê-los. Identificamos que havia uma visão incipiente de reunião, além da fragmentação e desorganização dos processos de trabalho. Outro aspecto relevante percebido foi que somente

eram realizadas reuniões com todos os profissionais da unidade quando surgiam problemas, sendo este um espaço utilizado exclusivamente pelo gestor para delegações de tarefas e cobranças. A partir do que foi constatado, buscamos implantar na rotina da unidade uma outra proposta para as reuniões em equipe, na tentativa de implantar o GTH. Propusemos a metodologia de rodas de conversa, destacando a importância de espaços coletivos que favoreçam o diálogo como exercício da transversalidade e da cogestão. [...] Foram vários os desafios, principalmente no que tange o modelo de atenção médico centrado e a fragmentação da rede, que além de dificultar os processos de trabalho é um grande obstáculo para o acesso do usuário a um atendimento humanizado que garanta seus direitos (Entrevistado 6).

A gerência da USF foi o grande desafio, por não conhecer o SUS a Política Nacional de Humanização e o fluxo das redes não compreendendo os processos, adotando uma postura hierárquica, verticalizada e centralizadora, fazendo acordos que dificultavam o bom andamento das atividades a serem desenvolvidas. [...] A equipe desacreditada, desmotivada, acomodada com dificuldades de realizar enfrentamentos. Inexistência de espaços para discussão dos processos de trabalho e dos conflitos relacionais gerados por estes (Entrevistado 7).

A resistência ao novo, a falta de um acompanhamento de preceptor e coordenador pedagógico, pois fomos prejudicadas com as mudanças e falta de acompanhamento de preceptores, o desconhecimento dos tutores do processo da residência, o desinteresse pelo processo de mudança (Entrevistado 8).

Discussão

Durante a análise dos relatórios finais do R1, ficou evidenciado que o período de permanência nas Unidades Básicas de Saúde, onze meses, não foi suficiente para a implementação de todos os dispositivos propostos e, principalmente, que não houve continuidade das ações após a saída dos residentes. Para que esse processo acontecesse era necessário um período de permanência maior, que proporcionasse maior empoderamento dos trabalhadores sobre as propostas apresentadas, assim como o acompanhamento e monitoramento constante das ações, auxiliando as equipes em sua continuidade.

Por empoderamento entende-se o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais. Um de seus aspectos fundamentais diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

De acordo com as respostas dos residentes, os dispositivos foram implantados de acordo com o tempo e realidade de cada equipe, e de acordo com a demanda advinda da coordenação. Assim como as respostas:

Ocorreu de maneira processual, a princípio considerando a necessidade e capacidade da USF para se responsabilizar pelo processo (entrevistado 4).

De acordo com as exigências acadêmicas da residência, propomos as ações à equipe e iniciamos a implementação dos dispositivos (entrevistado 2).

Dentre os dispositivos apresentados, em algumas USF não foi possível implantar todos os propostos pela ementa da disciplina, como por exemplo, na USF 612 Sul o fortalecimento do Conselho Local de Saúde, mesmo havendo a tentativa, não pôde ser executado. Esse fato se confirma com o relato do entrevistado 4:

No entanto, os dispositivos em muitos momentos foram implantados de maneira tumultuada, não permitindo em vários momentos que se optasse pela implementação apenas daquele que fosse de interesse e capacidade dos trabalhadores desenvolverem. Tentou-se implantar vários dispositivos ao mesmo tempo, ao invés de apenas aqueles que houvessem espaço propício para serem continuados (adequados à realidade da USF), o que prejudicou um pouco o processo.

A informação supracitada é reforçada pela PNH, a qual propõe que a implantação e implementação de seus dispositivos sejam feitas baseadas em um processo de criação que envolva dimensões éticas, estéticas e políticas. “Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (BRASIL, 2006).

Mesmo com as necessidades acadêmicas, observa-se pelas respostas apresentadas que o processo de implantação e implementação se deu respeitando o espaço dos trabalhadores assim como a fala do entrevistado 1:

[...] foram apresentadas as propostas para intervenção, algumas pessoas acharam interessante e contribuíram bastante na implantação e outras se mostraram resistentes e dificultaram o processo. Porém, no decorrer do tempo que estivemos na USF, algumas dessas pessoas resistentes se interessaram nas propostas e aderiram estas.

Desta forma, é preciso atentar para o uso dos dispositivos para que estes não se tornem 'impositivos' e para que a PNH não se torne uma política de linhas duras, implantada de cima para baixo, por meio de determinações políticas dos gestores. Não se pode perder de vista o princípio da indissociabilidade entre a atenção e gestão, e buscar efetivar na prática por meio da cogestão e fomento de redes (ARCHANJO, 2009).

Em algumas respostas, observa-se que o não respeitar o lugar do trabalhador em alguns momentos levou às dificuldades para o processo de implantação, assim como na resposta do entrevistado 4, que diz:

O tempo foi mínimo para implantar os dispositivos e observar seu desenvolvimento que é processual. De igual modo, a obrigatoriedade de implantar dispositivos que não se adequavam à capacidade de desenvolvimento e continuidade por parte dos trabalhadores, dificultaram todo o processo, impedindo que as energias e esforços se voltassem de modo prioritário para aqueles dispositivos que apresentavam grande possibilidade de adesão e continuidade por parte da equipe. Essa obrigatoriedade se traduziu em metas que muitas vezes geravam frustrações e impediu em determinados momentos a governabilidade tanto dos trabalhadores, quanto dos próprios residentes na condução do processo voltado

para o investimento em dispositivos que seriam mais produtivos na unidade. Dessa forma perdeu-se tempo em tentativas que se reconhecia a dificuldade, ao invés de investir tempo naquelas que tinham mais chance de dar certo.

Por outro lado, percebe-se no decorrer das entrevistas que os residentes se esforçaram para que esse processo se consolidasse da melhor forma possível, com a criação e fortalecimento de vínculos. O que se concretiza com as respostas que dizem que “O processo se deu à la PNH mesmo, com estabelecimento e fortalecimento de vínculos, inclusão dos diferentes sujeitos, envolvendo o maior coletivo possível e buscando a corresponsabilização” (entrevistado 3).

Vale ressaltar que no Dicionário Houaiss “vínculo” é definido como “aquilo que leva, que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico, liga, estabelece ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição” (PINTO; CONSTÂNCIA; PINHEIRO, 2005). Como exemplo, da necessidade de vínculo com a equipe, ressalta-se a resposta:

Primeiramente feita à proposta aos trabalhadores, durante uma reunião foi explicado como aconteceria, qual o objetivo, estas informações foram feitas pela preceptora. As reuniões de GTH e Grupo de estudo aconteciam quinzenalmente, com maior adesão dos agentes comunitários de saúde (entrevistado 5).

Entende-se com essa resposta que foi necessária uma aproximação, e esta se deu com maior frequência com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Durante a pesquisa foi possível evidenciar fatos da vivência dos residentes onde detalhes de como se deram as atividades nas unidades de saúde foram explicitados da seguinte forma:

Propusemos a metodologia de rodas de conversa, destacando a importância de espaços coletivos que favoreceram o diálogo como exercício da transversalidade e da cogestão. O desafio proposto foi o de aprender a reconhecer a necessidade de instituir espaços protegidos cujas regras permitem a realização de uma comunicação respeitosa, com críticas construtivas, identificando insuficiências e apontando contradições, sem que isto significasse exposição pessoal (e não de problemas) e represália. E a partir da implementação destes espaços foi possível rever os processos de trabalho e propor novas formas de fazer, de acordo com as sugestões de todos os membros da Equipe. Assim, foi implantado o Grupo de Estudo para os trabalhadores da Unidade (trabalhando diferentes temáticas: Cuidando do Cuidador, PNH, Acolhimento, Papel dos ACS e dos trabalhadores), os Grupos focais para atender os usuários (atendimento coletivo), entre outros (entrevistado 6).

Um dos métodos mais citados durante a pesquisa foi a roda de conversa, que é uma prática em que todos se veem e que integra diferentes indivíduos e opiniões em torno de uma situação coletiva. Com uma comunicação lateralizada, as rodas de conversa propiciam um importante campo no debate sobre a humanização dos serviços de Saúde, como um componente indispensável para a afirmação da indissociabilidade atenção-gestão. Nesse sentido, a organização do processo de trabalho precisa ser pensada sempre como processo dialógico e polifônico, em que as múltiplas vozes e olhares estão em debate e negociação (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Os efeitos da proposta das construções coletivas são explicitados pelo entrevistado 7, que relata: “Com a problematização dos “nós” apontados pela equipe, realização de matriz

de intervenção onde cada profissional deveria realizar uma atividade, as oficinas eram pactuadas nos encontros onde também eram definidos os temas a serem discutidos”.

A comunicação dos grupos fomenta no dia a dia dos serviços de saúde o exercício da cogestão, da comunicação intra e intergrupos, compreendendo que saúde não é apenas ausência de doença, implica promover e ampliar as redes de conversa e de produção de saúde. Pensemos uma rede de pesca, com seus muitos fios entrelaçados, do que ela nos serve se estiver dobrada, embolada, com suas tramas e nós bloqueados por outras linhas e nós? Para que ela opere como um dispositivo, que produz conexões de elementos heterogêneos, é preciso lançá-la, abra-la para que seus fios se distendam e alcancem muitos “peixes/resultados” (ARCHANJO, 2009).

Observa-se que algumas mudanças ocorreram durante o processo de inserção dos residentes nas equipes sendo elas: o aumento da comunicação entre a equipe, maior responsabilização dos profissionais, maior envolvimento, comprometimento e disponibilidade para as mudanças propostas, melhoria das relações profissionais, desenvolvimento de ações educativas, exercício da transversalidade, empoderamento dos profissionais, protagonismo dos sujeitos, reorganização do processo de trabalho.

Quando questionados sobre as principais dificuldades encontradas na implantação e implementação dos dispositivos foram citadas as seguintes: desinteresse dos profissionais, falta de responsabilização, não cumprimento das pactuações, criação de vínculo, alto número de dispositivos a serem implantados, modelo de atenção médico-centrado, a fragmentação da rede, profissionais desacreditados e desmotivação por parte da equipe.

Uma grande dificuldade na realização de ações voltadas aos profissionais de saúde é a não participação dos médicos, pois a formação dos profissionais da saúde é pautada no modelo médico-centrado e exerce maior influência nas ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, sendo elas baseadas em ações hierarquizadas médico-paciente,

diferentemente do proposto pela Estratégia Saúde da Família, à qual se baseia na elevação da corresponsabilidade do usuário e profissional no processo de saúde e doença.

Dificuldades e obstáculos ocorrem em todo processo de mudança, porém, é importante que se atente para o fato de que não basta apenas implementar este dispositivo nas mais diferentes instâncias de saúde no país. É imprescindível que se analise constantemente, no coletivo, o seu funcionamento, paralelo ao seu acompanhamento, monitoramento e avaliação, correlacionando a sua dinâmica de trabalho ao processo político, desenvolvido junto aos principais atores, agentes institucionais envolvidos, a partir da inclusão da PNH na rede de serviços de saúde. Por isso, o GTH deve ser visto como um instrumento sócio-político, uma ação a ser entendida na sua amplitude técnica (MARTINS, 2008).

O uso das tecnologias leves, as relações, que para Coelho e Jorge (2009) perpassam os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. Entretanto, é prudente a construção de uma teia dialógica intersubjetiva que beneficia e possibilita a todos os sujeitos o gozo com uma boa saúde, e uma boa vida. Destaca-se nesse sentido, o fomento à ressignificação das relações instituídas entre os trabalhadores, possibilitando o compartilhamento de afetos, de uma dialogicidade de seres autênticos que possam expressar livremente seus sentimentos, expectativas e frustrações em relação ao ambiente de trabalho, aos processos decisórios e à maneira como estes são articulados, e as pessoas envolvidas no serviço.

Considerações finais

A pesquisa possibilitou identificar as principais dificuldades no processo de implantação e implementação dos dispositivos nas unidades básicas de saúde de Palmas – TO, onde automaticamente pôde-se traçar um perfil dessa primeira Residência

Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, constando que as obrigações acadêmicas prejudicaram o andamento das atividades e, principalmente, os trabalhadores não foram preparados para receber essa nova proposta de trabalho, nem tinham um conhecimento prévio da Política Nacional de Humanização para que esta pudesse ser inserida na rotina do serviço. Com isso, a necessidade de apresentar a PNH em sua completude para os trabalhadores, para que estes pudessem aderir a essa proposta.

A partir das entrevistas onde os residentes explicitaram suas vivências, sentiu-se desde os mais tímidos até os que aproveitaram essa oportunidade para realizar um desabafo com o intuito de contribuir com a estruturação e com a possibilidade de novos projetos de residência no Estado. Como expressou o entrevistado nº 8: “A resistência ao novo, a falta de um acompanhamento de preceptor e coordenador pedagógico, pois fomos prejudicadas com as mudanças e falta de acompanhamento de preceptores, o desconhecimento dos tutores do processo da residência, o desinteresse pelo processo de mudança”. A inserção dos residentes nas USF foi uma experiência nova para as equipes, e pôde se perceber o quanto foi rico esse processo, mesmo com as dificuldades, como todo processo, percebeu-se nas entrevistas que após a residência os trabalhadores têm muitos porquês a serem investigados e muitos dispositivos a serem experimentados.

O processo de implantação dos dispositivos foi um momento de “mexer” com os processos de trabalho e muitos trabalhadores não viram esse fato com bons olhos, pois exigiu mudanças nos modos de fazer e fez com que os trabalhadores repensassem suas práticas, retirando, ou não, muitos do comodismo. A valorização do trabalho e do trabalhador, tão citada durante a pesquisa, pode ser aprofundada, uma vez que este é um dos atores do processo da tríplice inclusão (gestores, trabalhadores e usuários). Acredita-se que este é um espaço em construção, que se faz a partir da intersecção, da troca dos saberes entre o usuário, gestores e a equipe de saúde, da escuta e do respeito a ambos.

Para os próximos projetos de residência há alguns pontos a serem observados: apresentação da proposta para os trabalhadores que serão inseridos no processo, para que estes possam contribuir com a construção da mesma, de acordo com a realidade de cada equipe; menor número de dispositivos a serem implantados e implementados nas USF; e que estes sejam implantados de acordo com a realidade da equipe e da população referenciada, dentre outros.

BIBLIOGRAFIA

ARCHANJO, J. V. L.; Barros. **Política Nacional de Humanização: desafios de construir “Política Dispositivo”**. ABRAPSO, 2009.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. **Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família**. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem, 2007.

CHAGAS, L.; SECLÉN, J. **Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil**. In: Organização Pan-americana de Saúde–OPAS. **Projeto de desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde**. Brasília 2003.

COELHO MO; JORGE MSB. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. São Paulo: Harbra, 1985. Disponível em: <<http://gpo.com.br/tese/bibliografia.htm>>. Acesso em: 26/04/11.

MACHADO, M. H. **Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária**. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração análise e interpretação de dados**. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1996. Disponível em: <<http://gpo.com.br/tese/bibliografia.htm>>. Acesso em: 26/04/2011.

MARTINS, L.G. **Mudança no modelo de gestão é desafio para humanização do SUS**. Pará: Secretaria Estadual do Pará, 2008.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L.: **A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise**, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multidisciplinar em saúde**: a interface entre o trabalho e a interação. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

PINTO, A. G., CONSTÂNCIA, M.; PINHEIRO. **Acolhimento e vínculo**: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. São Paulo: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 9, 2005.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Interface – comunicação, saúde e educação, 2009.

TOCANTINS. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. Palmas: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

TOMAR, M. S. **A Entrevista semiestruturada**. Mestrado em Supervisão Pedagógica. Universidade Aberta, 2007/2009.



7.

Inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família

**Dayelly Borges do Nascimento
Maria Zoreide Britto Maia
Rafaella Catani Cardoso Arantes**

Diversos estudos no campo da saúde vêm destacando os avanços na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. Entretanto, com um cotidiano organizacional marcado por fatores que produzem pouca efetividade das ações de promoção e assistência às necessidades de cuidado apresentadas pela população, identifica-se a necessidade de (re) pensar a estrutura operativa dos processos de trabalho em saúde.

Muitas propostas têm sido implementadas na construção do sistema de saúde nacional. Estudos realizados por Junior e Alves (2007) concluíram que a partir da década de 1990, após muitas relutâncias e, até mesmo, entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia com intuito de mudar o modelo hegemônico assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com financiamento do Ministério da Saúde.

A ESF insere-se no contexto da Atenção Básica (Primária) com o objetivo de promover maior qualidade de vida aos indivíduos e às comunidades por meio de ações de promoção,

prevenção, cura, reabilitação e proteção à saúde, tornando-se desde então, a política essencial do SUS para a Atenção Básica.

A ESF constitui-se como elemento fundamental ao processo de transformação do modelo de atenção, considerando-se uma nova forma de cuidar da saúde com foco prioritário no cuidado à família (e não mais no indivíduo isolado), no trabalho multiprofissional e com a possibilidade do planejamento local e participativo a partir da adscrição de territórios e populações delimitadas (SHIMIZU; ROSALES, 2009; FRANCO; MERHY, 2003; BRASIL, 2007).

O trabalho em equipe multiprofissional confere uma das características principais e estruturantes da proposta da ESF, reconhecendo-se assim a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao usuário, sendo este um importante pressuposto para uma assistência integral e resolutive, tal como se propõe a Estratégia.

Dessa maneira, Franco e Merhy (2003) compreendem que a ESF requer dos profissionais uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença, desenvolvendo capacidades de integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades a partir de novos modos de agir e de interagir com a família, percebendo-a a partir de seu ambiente físico e social, a fim de possibilitar a construção de um modelo de assistência que dê conta de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões.

Desde 2002, pode-se verificar um forte investimento do Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação (ME), na construção e financiamento de políticas de formação profissional para saúde, que possam se aproximar do que é proposto pelo SUS. Um desses investimentos têm sido as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), que observa uma perspectiva de formar/capacitar para a atuação multi e interdisciplinar, almejando a formação de profissionais diferenciados e a reinvenção dos modos de atender às diferentes demandas do SUS e as reais necessidades da população (BRASIL, 2006).

A intrínseca característica multiprofissional e interdisciplinaridade conferem o caráter inovador da RMSF, como modo de operar a formação “inter” categorias, promovendo a formação coletiva inserida no mesmo campo de atuação e trabalho, mas sem deixar de priorizar e respeitar as especificidades do saber de cada categoria. O objetivo é proporcionar aos residentes a oportunidade de exercitar o trabalho em equipe multiprofissional na perspectiva interdisciplinar, entendendo isso como um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do SUS, dentro da abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2006).

Foi pensando neste cenário que, a partir de 2009, iniciou-se a I Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do Estado do Tocantins, partindo da parceria entre MS, Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU - TO) e Universidade Federal do Tocantins (UFT). Este programa ou projeto tem o objetivo de promover a formação multiprofissional e interdisciplinar de especialistas (modalidade residência) de quatro categorias profissionais: Psicologia, Serviço Social, Cirurgião Dentista e Enfermagem.

A realização da RMSFC:

[...] colabora de maneira significativa para a implantação e a implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, além de ser também um momento a mais na concretização da proposta da SESAU-TO e da UFT em comprometer-se somente com o desencadeamento de processos educativos que, em coerência à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, partem sempre da realidade sócio-epidemiológicas e cultural do estado (um estado do Norte do Brasil, integrante da Amazônia Legal) e que tenham como finalidade a melhoria (em direção à excelência) da organização do trabalho dos profissionais de saúde tocantinenses (UFT, 2009, p. 10).

Ressalta também a importância de práticas de humanização em saúde para oferecer à população um atendimento de qualidade, melhorando as práticas de acolhimento e de cuidado ao sofrimento humano. O que implica não só na melhoria do cuidado à saúde, mas do ambiente das Unidades de saúde, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores da saúde (UFT, 2009).

A RMSFC foi estruturada em base teórica e prática, fundamentada na formação e capacitação em serviço. A duração do projeto é de 24 meses, contendo uma carga horária de 60 horas semanais. Os candidatos foram selecionados mediante concurso público³, realizado em duas etapas eliminatórias: primeiro a prova teórica e segundo a prova prática, de títulos e argutiva.

Considerando a ESF como um campo relativamente novo de atuação para o psicólogo, em conjunto com a necessidade de sua adaptação nesse contexto, o psicólogo deve estar disposto a enfrentar o desafio da definição de um modelo de atuação voltado para um enfoque menos clínico/individual e mais social, coletivo e comunitário, voltado para a interdisciplinaridade nas práticas de saúde, objetivando o desenvolvimento de atividades centradas na busca de uma saúde integral e não apenas na saúde mental dos sujeitos (CAMARGO-BORGES e CARDOSO, 2005).

Portanto, é evidente no cenário atual a necessidade da atuação em equipe multiprofissional numa perspectiva interdisciplinar, quiçá transdisciplinar para a reconstrução do modelo de assistência na ESF e consolidação do SUS. De igual modo, sinaliza-se a relevância de se refletir sobre a inserção de diferenciados atores e papéis que entram em cena a partir da construção da Estratégia Saúde da Família e das Residências Multiprofissionais em Saúde.

³ Edital nº 47/2009 de 05/08/2009 Processo seletivo para Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – Comissão Permanente de Seleção – COPESE/UFT.

Diante do exposto, este artigo se propõe a descrever e discutir a formação em serviço do psicólogo no campo de trabalho multiprofissional da ESF, a partir do relato de experiência vivida pelas psicólogas durante a RMSFC no município de Palmas – Tocantins. Pretende-se com isso elucidar as formas com que os profissionais neste tipo de formação apropriaram-se do conhecimento interdisciplinar para o SUS e contribuíram para a prática e o aprendizado dos demais profissionais, bem como, para a melhoria da qualidade da oferta dos serviços de saúde em que estavam.

No que se refere à sistematização desse trabalho utilizou-se de revisão bibliográfica de autores da área de Saúde Coletiva e da Política Nacional de Humanização. Como, também, a observação participante, e de rodas de conversas nos espaços coletivos da RMSFC e das Unidades que serviram de campo de estágio para as autoras (USF 612 Sul e USF 305 Norte). Realizou-se, ainda, uma pesquisa documental que se caracterizou pelo levantamento de dados contidos em documentos escritos como o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e em documentos particulares das duas residentes: diários de campo e relatórios de atividades desenvolvidas.

Optou-se por uma pesquisa de caráter descritivo, uma vez que seu objetivo primordial é a descrição das características de determinados fatos ou fenômenos, que neste trabalho se refere ao processo de formação em serviço do profissional de Psicologia para o SUS, a partir da inserção na RMSFC.

A inserção da psicologia na atenção primária à saúde

Considerando a ESF enquanto cenário principal em que se desenvolveu a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no Tocantins, o objetivo do curso em formar profissionais para o exercício da interdisciplinaridade na saúde, faz-se necessário caracterizar o serviço e apontar alguns subsídios teóricos que nortearam a inserção do profissional de Psicologia nesse campo de atuação.

A ESF busca, entre outros objetivos, a garantia do acesso universal aos serviços de saúde em consonância ao princípio da equidade e a efetivação da integralidade do cuidado em seus vários aspectos. Além de considerar a longitudinalidade do cuidado através da construção de vínculos e corresponsabilização do cuidado, que torna este espaço privilegiado para a construção de cidadania (BRASIL, 2007).

Assim, o estabelecimento de equipes multiprofissionais é um elemento-chave para o desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família. Entretanto, o movimento de construir equipes multiprofissionais tem sido um importante pressuposto para reorganização do processo de trabalho, dentro de uma perspectiva de aproximação/integração de várias práticas profissionais no contexto da interdisciplinaridade. Uma vez que, o fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões, demanda ações que não podem se realizar de forma isolada de um único agente e requer da equipe capacidade de conhecer e analisar o trabalho, bem como o compartilhamento de conhecimento e de saber.

A partir dos vários modos de relacionamento em equipe, percebe-se que as relações profissionais se dão através das diferentes interações disciplinares. Para Iribarry (2003) estas interações são estabelecidas em níveis de agrupamento, sendo que o primeiro nível é o da multidisciplinaridade que traz variadas disciplinas propostas simultaneamente, sem deixar, contudo, transparecer diretamente as relações que podem existir entre elas, organizadas num sistema de objetivos múltiplos e sem nenhuma cooperação entre as disciplinas.

Num segundo nível, o autor aponta a pluridisciplinaridade se referindo à justaposição de várias disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico, estando agrupadas de modo que apareçam as relações existentes entre elas. Neste nível, os objetivos também são múltiplos, mas observa-se que há cooperação, embora, não haja articulação coordenada.

Na interdisciplinaridade, que é o terceiro nível, tem-se um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível

hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade, em que há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação advinda de nível superior. E, por último, no quarto nível está a transdisciplinaridade, que se estabelece por meio da coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas, centrando-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com finalidade comum dos sistemas (IRIBARRY, 2003).

Sem dúvida, para a efetivação de práticas interdisciplinares e transdisciplinares, necessita-se de um processo de formação e capacitação permanente dos profissionais de saúde para que possam responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional, como é o caso da ESF, que adverte ser direcionada por uma construção coletiva, por meio de relação de independência, responsabilidade e autonomia dos diferentes saberes.

Nesse contexto, entende-se que as definições conceituais dos tipos de equipes não buscam apenas delimitar as diferenças ou apontar possibilidades de aproximação/integração entre os profissionais no que tange ao trabalho em equipe, pois:

[...] mais do que qualidades das equipes, as definições se referem aos modos de funcionamento; o que nos leva a constatar que as equipes [...] são estruturas dinâmicas que podem funcionar ora de forma mais integrada, ora de forma mais estratificada. Ou seja, não é a equipe que é multi ou transdisciplinar, mas é o seu modo de operar que pode ser definido de uma determinada maneira, em um determinado momento (GALVÁN, 2007, p.55).

Partindo de tal compreensão, pressupõe-se que o trabalho na ESF deve se voltar para um dos pontos centrais desse serviço que é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os

profissionais da saúde e a comunidade. Assim, a perspectiva que orientou a atuação da Psicologia na RMSFC fora a do “fazer” integrado, que compartilha informações e conhecimentos na busca de novas possibilidades que auxiliam o desenvolvimento das práticas e a reconstrução dos modos de se produzir/ofertar o cuidado em consonância com a realidade local.

Nesse sentido, os dispositivos ofertados pela Política Nacional de Humanização (PNH)⁴, enquanto sustentação teórica que norteia a prática da RMSFC, oferecem suporte para a reorganização dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USFs), a partir da ampliação da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, bem como da inclusão desses atores nos processos de tomada de decisões.

A PNH enfatiza a valorização e a participação de todos os atores sociais, respeitando as individualidades e fomentando a construção de novas subjetividades delineadas em espaços de corresponsabilização, diálogo, respeito às diferenças e fomento à autonomia e ao protagonismo das pessoas. O que pode ser feito a partir de novos processos de trabalho, gestão e relação com os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, se tornando assim uma importante orientação para o desenvolvimento de práticas mais integradas e resolutivas em saúde (BRASIL, 2009).

Uma outra metodologia relevante para produzir novos modos de organização do trabalho em saúde é o Apoio Matricial. Esse permite que os interesses e as decisões sejam discutidos e construídos em espaços coletivos de diálogo e redes de cooperação entre os sujeitos e os serviços.

Compreende-se o Apoio Matricial enquanto uma estratégia potente para resgatar o compromisso com os sujeitos em suas complexidades e não através de recortes que os reduzem a um diagnóstico e burocracias institucionais. Visto que, propor

⁴ A PNH foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão. Enquanto uma política pública reconhece e se propõe a problematizar, transformar e/ou minimizar as deficiências do SUS, construindo um caminho de possibilidades criativas e abertas nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

humanização da gestão e atenção requer um equilíbrio maior de poderes nas relações entre trabalhadores, e na relação destes com o usuário (BRASIL, 2009). Portanto, o matriciamento como orientação de trabalho na ESF se refere à articulação dos objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, visando o fomento da atuação interdisciplinar, implicando na soma e compartilhamento de saberes.

O Apoio Matricial ocorre em espaços onde são criadas condições para propiciar um diálogo interativo e criativo, com responsabilização no objetivo de que a equipe consiga perceber os limites e dificuldades para responder a determinadas demandas e buscar alternativas junto a outros profissionais ou setores, conforme as possibilidades discutidas no coletivo. Sendo assim, o trabalho desenvolvido a partir desta lógica tem o foco estendido tanto para o diálogo intra quanto intersetorial, o que pode favorecer a criação e fortalecimento das redes de cuidado em saúde.

Na avaliação de Campos e Domitti (2007) o apoio matricial ajuda os trabalhadores a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção e se constitui enquanto estratégia importante para a humanização dos serviços de saúde, pois representa um compromisso ético entre gestores/trabalhadores/usuário, reconhecendo toda a complexidade do processo saúde-doença a partir de práticas mais dialogadas e produtoras de protagonismo e autonomia aos sujeitos envolvidos na produção de saúde.

Nessa perspectiva, torna-se praticamente impossível falar-se em atendimento humanizado, processos de autonomização, ampliação de diálogo, trabalho em equipe, entre outros fatores acima mencionados, sem reconstruir os modos como as pessoas se relacionam e se interagem em suas práticas cotidianas nos serviços. Sendo assim, Franco e Merhy (2003) consideram que uma outra metodologia de trabalho importante para a atuação na ESF é o desenvolvimento e fortalecimento do uso das tecnologias leves, entendidas enquanto tecnologias das relações como acolhimento, o vínculo, a autonomização e a gestão

como forma de orientação dos processos de trabalho, relações estas estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado diário em saúde.

Assim, sob essa orientação teórico-metodológica, o trabalho da Psicologia na ESF voltou-se para a reorganização dos processos de trabalho e para a construção de ações mais integradas na produção do cuidado, favorecendo a configuração de um novo modo de se produzir/ofertar/viver o cuidado na Saúde da Família.

Experiência da residência multiprofissional no Tocantins

A RMSFC do Tocantins pautou-se na utilização de metodologias ativas de aprendizagem centradas nas vivências de ações de cuidado no âmbito do SUS, tendo por base o modelo assistencial proposto pela ESF e pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) – HumanizaSUS. Modelo este que visa a facilitar o desenvolvimento de processos de trabalho em saúde, fundamentados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

As primeiras atividades desenvolvidas na RMSFC foram as aulas teóricas, com intuito de consolidar o conhecimento sobre Saúde Coletiva, PNH, e específicos a cada categoria envolvida na Residência e, também, de solidificar os conhecimentos norteadores do trabalho multiprofissional da ESF.

As atividades práticas foram organizadas de forma a permitir aos residentes a vivência de multiprofissionalidade e a familiarização com os diversos cenários encontrados na rotina de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família.

Em um segundo momento foi realizado o Curso Introdutório em Saúde da Família, a ideia era nivelar o conhecimento dos residentes, a partir da reflexão e discussão de conceitos básicos de Saúde Coletiva e daqueles que norteiam especialmente o trabalho em Saúde na Família.

Após esse primeiro mês, os residentes foram divididos em 8 grupos, compostos por três profissionais de diferentes categorias, atuando em diferentes USFs, durante nove meses, onde iniciaram o trabalho nas Unidades de Saúde da Família do Município de Palmas – Tocantins, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

A RMSFC configurou um cenário inovador de inserção da Psicologia no Estado do Tocantins. Assim, partindo da abertura de um novo campo de intervenção, sem roteiros ou manuais que pudessem nortear a prática, diferente de outras categorias que apresentam um roteiro sistematizado e mais familiarizado, como: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a Psicologia foi aos poucos se inserindo na equipe e nos processos de trabalho da ESF.

Geralmente a configuração que se inicia é a de saber fazer, mas neste caso as profissionais partiram da necessidade de fazer para saber, partindo prioritariamente da construção de uma prática orientada pela Humanização, Apoio Matricial, pelo uso das tecnologias leves na construção das práticas do cuidado em saúde. O caminho percorrido voltou-se para o diálogo e conexão com os outros campos de saberes já existentes na ESF.

Esse campo de estágio nas USFs entrou-se em contato pela primeira vez com o universo da atenção primária e a complexidade do funcionamento do SUS. Nesse novo cenário, o profissional da Psicologia ao se inserir ultrapassou o campo de atuação com foco no atendimento clínico individualizado, lançando seu olhar para análise situacional das unidades e a diversidade de fatores, determinantes sociais e vulnerabilidade em que o usuário e trabalhador de saúde estão envolvidos. Desse modo, os espaços coletivos foram importantes instrumentos e estratégias de intervenção e orientação ao modo de fazer do profissional de Psicologia dentro desse novo campo de atuação.

A primeira etapa foi compreender a realidade da Unidade, sua estrutura e a formação de organização do trabalho. Este reconhecimento ocorreu por meio do diagnóstico situacional que buscou conhecer a área de abrangência, situação

socioeconômica da comunidade, situação epidemiológica e os recursos sociais existentes na comunidade.

Observou-se que inicialmente havia um estranhamento por parte da equipe e dos próprios residentes com o papel do psicólogo na ESF⁵, tendo em vista a nova realidade a ser enfrentada, que apresentava característica médico-centrada, além da preocupação em não criar uma nova demanda de atendimento com a chegada dos residentes.

Para os trabalhadores e usuários, a chegada do profissional psicólogo residente apresentava uma expectativa de que seria aberta uma agenda de atendimento clínico de psicologia, o que nos remete à lógica assistencialista, curativista, centrada na doença, predominante nos espaços de saúde. Entretanto, o trabalho da Psicologia sustentou-se numa outra lógica de atendimento visando à construção de práticas coletivas e a interdisciplinaridade.

Dessa forma, as descrições abaixo contemplam ações desenvolvidas em conjunto por diferentes categorias profissionais envolvendo residentes e profissionais da Saúde da Família, tendo em vista que o trabalho multiprofissional e a necessidade do exercício da interdisciplinaridade perpassa tanto o projeto da RMSFC, quanto da ESF.

Importante ressaltar que é princípio da Residência permitir aos profissionais se aproximarem da prática e transformar seu fazer, associando aprimoramento técnico e conhecimento de todos os sujeitos envolvidos (usuários, gestores e trabalhadores da saúde). Este relato de experiência fará um recorte nesta direção, até porque não é objetivo esgotar a multiplicidade de questões que surgem no cotidiano das USF e da Residência em particular. É em relação ao desafio de refletir sobre aquilo que construímos e podemos produzir na experiência da RMSFC, especialmente na formação e na produção das práticas da psicologia.

⁵ De acordo com a Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011 a equipe da ESF é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Assim, o fato de não ter previsão do psicólogo na ESF gerou, por parte da Equipe, algumas dúvidas do papel deste profissional na lógica de trabalho já estabelecida pela Unidade.

Clínica ampliada

A proposta da clínica ampliada tem o objetivo de aumentar a compreensão do processo saúde-doença, sem privilegiar nenhum conhecimento ou categoria específica. Isso permite que haja um recorte da realidade a qual se quer intervir, de forma a atender o usuário/família de maneira mais integral, onde a equipe tenta visualizar os vários aspectos que estão envolvidos no processo saúde/doença. Através desse dispositivo, trabalhadores e gestores podem atuar de modo menos fragmentado, reconhecendo e utilizando o saber de todos.

O atendimento conjunto consiste em realizar uma intervenção, tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em coprodução. Realizar em conjunto com o apoiador, ou equipe de apoio matricial, uma consulta no consultório, na enfermaria, no pronto socorro, no domicílio, ou em outro espaço; coordenar um grupo; realizar um procedimento. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009).

Assim, com o intuito de buscar desenvolver a clínica de forma ampliada nos espaços da USF, procurou-se integrar as diferentes abordagens disciplinares existentes. Na tentativa de possibilitar um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho nesse cenário foi necessário criar um contexto favorável, por meio de discussões de casos com a equipe, para que se falasse dos sentimentos em relação aos temas e às atividades saúde/doença ou dos próprios profissionais.

Foi possível participar de várias discussões de casos, sendo estas delimitadas junto com a equipe das USFs, entre os residentes que integram a RMSFC e, também, discussões teóricas em preceptoria e tutoria. Essas discussões de casos com as equipes das USFs objetivaram contribuir para a ampliação da clínica em relação às questões subjetivas, compartilhando conhecimentos específicos da Psicologia que pudessem facilitar

o desenvolvimento das práticas dos profissionais da equipe de saúde da família para lidar com problemáticas diversas.

De igual modo, essas discussões possibilitaram a apropriação de conhecimentos relacionados ao trabalho desenvolvido por outros profissionais dentro da ESF, bem como a participação em consultas de enfermagem e médica dentro da USF. Esta relação estabelecida favoreceu o compartilhamento de saberes específicos em benefício de uma assistência com maior qualidade ao usuário e em vista de melhores respostas às suas necessidades.

Esses espaços de discussão permitiram a construção de práticas interdisciplinares voltadas para construção de vínculo entre o serviço e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada, por meio de pactuação entre os diferentes profissionais que compõem as equipes de referência da USF, o usuário e também atores da gestão municipal.

Em muitos momentos, os espaços de discussão favoreceram a análise das necessidades de saúde e a avaliação de possíveis estratégias de intervenção, que incluíram os projetos terapêuticos singulares, ações educativas de promoção à saúde e prevenção de agravos, visando a redução destes e a melhoria da qualidade do cuidado ofertado à população.

Acredita-se que, através desse dispositivo, criou-se na Unidade de Saúde a possibilidade de rever e problematizar as demandas. Houve oportunidade de contribuir nesse contexto, com o manejo do cuidado voltado para o fortalecimento das relações interpessoais, para a valorização dos sujeitos envolvidos nas discussões e para o respeito às subjetividades dos atores, buscando-se a construção de espaços de conversa entre os profissionais. A partir da ampliação do diálogo/interação entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família, assim como da extensão dessa comunicação para o usuário, foram realizados planejamentos e discussões de ações que poderiam ou não incluir a participação direta das residentes.

Assim, a função das residentes não era meramente a de planejar ou executar de maneira isolada um trabalho referente às

questões subjetivas dos trabalhadores ou usuários. Ao contrário disso, a função da Psicologia era oferecer suporte teórico ou técnico-pedagógico a todo e qualquer aspecto voltado ao processo de trabalho da equipe, problematizando as situações locais da USF, as demandas dos usuários, o modelo de atenção da unidade, dentre outras, discutindo, elaborando e negociando propostas de intervenção com a Equipe de Referência Local de maneira inclusiva e democrática, a partir da realidade local.

Para tanto, foi de suma relevância a aquisição de conhecimentos mais aprofundados sobre o processo de construção do SUS (seus avanços e desafios) e sobre as políticas públicas de saúde, os quais foram ofertados durante as atividades teóricas da RMSFC. Sem dúvida, isso contribuiu para o avanço rumo à construção de práticas mais coletivas e integrais, assim como para a disposição e o experimento desse novo modelo de assistência.

Os espaços de discussão favoreceram a análise das necessidades de saúde e a avaliação de possíveis estratégias de intervenção. A partir disso, o fazer da Psicologia foi se inserindo para além de sua especificidade clínica/individual. Voltou-se para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, ações intersetoriais, ações educativas de promoção à saúde e prevenção de agravos. A atuação manteve seu foco sempre na possibilidade do trabalho em equipe interdisciplinar, no fortalecimento e criação de espaços de conversa visando à melhoria da qualidade do cuidado ofertado à população e o bem-estar do trabalhador de saúde.

Projeto terapêutico singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas em reunião de equipe para sujeitos individuais ou coletivos, onde as diferenças e singularidades dos grupos, famílias ou indivíduos são elementos centrais para a articulação das condutas terapêuticas e

planejamento das ações e, onde o sujeito (usuário, paciente) assume um lugar de protagonismo no projeto de seu tratamento/cura (BRASIL, 2009).

A construção do PTS foi dedicado às situações mais complexas e casos de maior gravidade observados e definidos com a Equipe de Referência Local da USF. O objetivo era discutir alguns casos (avaliando-se o risco das famílias) em equipe multiprofissional na perspectiva interdisciplinar, como forma de possibilitar uma atuação mais dialogada e integrada da equipe, a fim de atender melhor às necessidades dos usuários/famílias.

Durante a elaboração dos PTS, todas as opiniões eram importantes, e a intenção da equipe era pactuar, juntamente com o usuário, todas as decisões e encaminhamentos. Entretanto, vale ressaltar que, um desafio permanente para esta atividade foi conseguir o envolvimento de todos os profissionais da equipe na elaboração desses projetos.

Na função de matriciamento, procurou-se fomentar na equipe a necessidade e potencialidade de contribuição dos diferentes sujeitos envolvidos na discussão (Agentes comunitários de Saúde, Enfermeiro, Médico, usuário, etc.), assim como, a valorização de toda a complexidade humana no contexto das necessidades e tratamento dos usuários, indo para além do diagnóstico e terapia medicamentosa.

O objetivo desse apoio era mobilizar as pessoas para pensar em estratégias de enfrentamento aos problemas observados e para a proposição de uma melhor assistência ao usuário/família.

Nesse sentido, a contribuição da Psicologia foi o suporte ofertado para os profissionais da equipe de referência no cuidado cotidiano com as questões relacionadas à subjetividade dos usuários/famílias. Nesse ponto, discute-se sempre a importância de uma escuta qualificada, do respeito às vontades e autonomia do usuário em relação ao seu processo de saúde ou adoecimento. Além de abordar a capacidade e necessidade de o usuário participar das tomadas de decisão envolvendo seu

tratamento e possibilidade de buscar auxílio em outros profissionais e/ou setores para o alcance das necessidades do usuário.

Espaços coletivos com a equipe

Durante o convívio com os profissionais das USF, notou-se que, apesar da existência prévia de reuniões de equipe, estas se destinavam apenas para a troca de informações de caráter técnico. Havia poucas discussões sobre os problemas e necessidades da equipe e da população, sem a busca de soluções coletivas para resolvê-los. Identificou-se que alguns membros da equipe apresentavam uma visão incipiente de reunião, além da fragmentação e desorganização dos processos de trabalho.

Outro aspecto relevante percebido foi que somente eram realizadas reuniões com todos os profissionais da unidade quando surgiam problemas, sendo este um espaço utilizado exclusivamente pelos coordenadores das USF para delegações de tarefas e cobranças.

A partir do que foi constatado, buscou-se implantar na rotina das unidades uma outra proposta para as reuniões em equipe: a metodologia de rodas de conversa, destacando a importância de espaços coletivos que favorecessem o diálogo como exercício da transversalidade e da cogestão.

O desafio proposto à equipe foi o de aprender a reconhecer a necessidade de instituir espaços protegidos, cujas regras permitissem a realização de uma comunicação respeitosa, com críticas construtivas, identificando insuficiências e apontando contradições e divergências, sem que isto significasse exposição pessoal ou represália.

Percebeu-se que o método da roda, utilizado como dispositivo para efetivar mudanças desejáveis pelos atores sociais envolvidos, permitiu ao longo do processo a inclusão dos diferentes sujeitos e de seus problemas. Então, se pode revelar as disputas de saber, de poder e os tensionamentos interpessoais

e intergrupais. Portanto, ressalta-se que a Psicologia contribuiu de maneira significativa na mediação desses conflitos.

Sem dúvida, isso possibilitou o exercício da transversalidade, da co-análise e da reorganização dos processos de trabalho em vários momentos, ao passo que também evidenciou a importância do trabalho dialogado e construído coletivamente.

Utilizou-se também de ações de Educação Permanente com a equipe das USFs, com o objetivo principal de proporcionar momentos de reflexão e de discussões a respeito dos desafios e dificuldades enfrentadas pela equipe de Saúde da Família no cotidiano da unidade, sob a perspectiva da Educação em Saúde, tendo como foco o processo de acolhimento e a (re)organização dos processos de trabalho, conforme orientação da PNH.

Por meio de grupos de estudos possibilitou-se trabalhar diversas temáticas, que foram elencadas de acordo com a necessidade da Unidade. Dentre as várias temáticas sugeridas, realizou-se uma sensibilização dos membros da equipe para ampliação do entendimento acerca das questões de sofrimento e adoecimento mental, sendo este assunto discutido em vários momentos pelos trabalhadores. Buscou-se ainda inserir a discussão da subjetividade em diferentes temáticas, na tentativa de fomentar a reflexão sobre a relação intrínseca existente entre a saúde psicológica e a saúde social e física.

Durante os grupos, a atuação se dava ora como facilitadoras, ora como participantes. Colaborava-se diretamente na mediação dos grupos, levantando problematizações e facilitando as relações e circulação da palavra, a fim de tornar possível a construção de espaços mais favoráveis ao protagonismo e inserção dos diferentes atores no cenário da ESF.

Os grupos de estudos contribuíram para que os profissionais compreendessem e se aproximassem um pouco mais da realidade de categorias distintas de trabalho, o que proporcionou que a equipe começasse a exercitar a interdisciplinaridade e pudessem adquirir conhecimentos alheios às suas formações específicas.

Visitas domiciliares

As visitas domiciliares fazem parte da rotina da unidade, ocorrendo semanalmente na área de abrangência da USF, com participação dos membros da equipe. A visita tem como principal objetivo conhecer a dinâmica familiar e identificar as necessidades de acompanhamento pelos profissionais de saúde e quando necessário realizar os encaminhamentos pertinentes.

Os conhecimentos e experiências da Psicologia possibilitaram apresentar um olhar diferenciado nos acolhimentos realizados, despertando na equipe de referência um olhar mais ampliado para o contexto psicossocial dos usuários/famílias. Compreendendo que a visita domiciliar oportuniza uma escuta mais qualificada que estende a rede de atenção à saúde, além de favorecer o acolhimento dos aspectos emocionais envolvidos no processo saúde-doença do usuário. Assim, percebeu-se que os profissionais de saúde apresentavam dificuldades em lidar com a dimensão subjetiva, alegando não saber o que fazer diante de algumas situações.

Durante as visitas, foi possível reconhecer o agente comunitário de saúde como um ator e colaborador essencial para conhecer e aproximar-se da realidade da comunidade, identificar demandas e construir estratégias adequadas e mais resolutivas de intervenção. Sendo assim, a atuação do profissional da psicologia, tentou também contribuir para a valorização desse profissional e desenvolvimento de suas potencialidades, buscando oportunizar uma maior participação dos mesmos nos espaços de discussão coletiva e elaboração de propostas de intervenção.

Inúmeras vezes o profissional de psicologia deparou-se com a solicitação dos agentes comunitários para realização de visitas domiciliares, em caráter de urgência, demonstrando que a própria equipe compreende a demanda de urgência subjetiva e não somente a física.

A participação nas visitas domiciliares favoreceu uma apropriação maior às residentes de Psicologia quanto à importância da atuação voltada para a comunidade e a complexidade

de fatores existentes que interferem nos processos de existência e no modo como as pessoas vivenciam a saúde e a doença.

Observou-se durante esta atividade que a equipe, cotidianamente, se depara com situações que envolvem sentimento, fragilidade e impotência e que o profissional psicólogo contribui significativamente ao provocar reflexão sobre as práticas realizadas, no que tange aos limites e fronteiras de atuação no campo da saúde. Como também, no desdobramento de novas possibilidades para realizar o trabalho.

Ações educativas

As ações educativas em saúde constituíram-se em atividades fomentadas pelos residentes com um enfoque multiprofissional. Essas ações foram discutidas e planejadas a partir da realidade vivenciada pelos trabalhadores da USF, do diagnóstico situacional elaborado pela equipe de residentes e a partir das necessidades da comunidade. Nessas ações, aproximam-se o lúdico, a invenção e a criatividade ao conhecimento científico.

O principal objetivo dessas ações era instituir na USF a rotina de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, partindo dos espaços coletivos de conversa entre profissionais de saúde, gestores e comunidade. Para além disso, as ações educativas também foram, em determinados momentos, orientadas pelo princípio da intersectorialidade, buscando evidenciar na própria comunidade elementos e parceiros potencialmente capazes de contribuir com o processo.

Observou-se que o olhar da dimensão subjetiva das residentes psicólogas despertou na equipe a necessidade de reformulação das metodologias utilizadas para intervir nos problemas da comunidade e a reflexão sobre o modelo de assistência produzido pelos profissionais. No intuito de auxiliar na ampliação dos conteúdos abordados nas discussões, buscou-se facilitar nas rodas de conversa a participação de todos os membros da

equipe de saúde, potencializando, assim, a interdisciplinaridade e a corresponsabilização.

A Psicologia, neste cenário, contribuiu tanto no planejamento quanto na execução dessas ações. Além das problematizações disparadas em rodas de conversa e do auxílio na identificação de parceiros em potencial, atuou-se diretamente na execução de atividades, perpassando pelo exercício de diferenciadas funções relacionadas ou não à especificidade da Psicologia.

Esta abertura das residentes de Psicologia para executar tarefas afins durante as ações educativas contribuiu para o exercício da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado da ESF, possibilitando maior diálogo e abertura dos demais profissionais aos processos de mudanças e intervenções sugeridas. Esse fator contribuiu, ainda, para ampliar o entendimento quanto às necessidades variadas da Saúde da Família, assim como, para a compreensão de que em se tratando de saúde coletiva, é sempre necessário ir além do que se sabe e do que comumente se faz.

Acredita-se que assumir esta postura favoreceu o fortalecimento de vínculos dos profissionais da equipe e dos usuários com as residentes e a aceitação das mesmas no desenvolvimento diário das ações da equipe. Observou-se que, aos poucos, as profissionais psicólogas foram se tornando referência para alguns membros da equipe e que os trabalhadores da estratégia valorizavam o trabalho e reconheciam a necessidade de inserção do psicólogo no serviço.

Desta forma, o trabalho pôde subsidiar o fortalecimento na promoção de mudanças, flexibilização das ações humanas na atuação profissional, desenvolvimento de novos potenciais e impulsionamento da criatividade no exercício do cuidar.

Considerações Finais

Diante da emergente necessidade de transformar a formação e as práticas de saúde, percebe-se a relevância de os profissionais ampliarem suas capacidades de diálogo com as diversas compreensões de mundo, de saúde e de doença. Nesse sentido, a Residência Multiprofissional surge como uma alternativa potente para modificar as expectativas em relação às experiências de aprendizagem propiciadas no contexto da Atenção Básica.

Nessa perspectiva, a psicologia buscou dirigir os olhares dos integrantes da equipe para a compreensão dos aspectos culturais e subjetivos dos usuários, discutindo a complexidade de relações tecidas no cuidado à saúde. Assim, a inserção da psicologia no programa de Residência contribuiu para despertar um olhar diferenciado nos demais profissionais quanto às questões subjetivas, fazendo uma interface com as diferentes áreas do conhecimento nessa relação de ensino-aprendizagem.

No que tange ao trabalho multiprofissional da ESF, a experiência da RMSFC permitiu vivenciar ações orquestradas entre saberes e disciplinas distintas. Muito embora, a potencialidade da interdisciplinaridade fosse suscitada ao longo das atividades da residência, observou-se que não há ainda acúmulo de discussão e sustentação teórico-metodológico suficientes nas unidades locais para que tais perspectivas sejam assumidas de modo consistente e formal pelas equipes da estratégia saúde da família.

Entretanto, a experiência da formação em serviço permitiu pensar e ensaiar o trabalho em equipe multiprofissional no plano da colaboração entre profissionais e saberes diferentes, na avaliação e nos encaminhamentos das ações em saúde, realizadas no âmbito da ESF. Neste sentido, reconhece-se que a atuação em equipe multiprofissional, a partir do incentivo ao questionamento das práticas específicas de cada área de saber e à reorganização dos processos de trabalho

a partir de espaços coletivos de conversa, fomentados pela RMSFC, colaborou para a construção de uma nova identidade profissional das psicólogas residentes.

Contudo, o caminho percorrido ainda aponta vários desafios e demarca a necessidade de se dar continuidade ao trabalho iniciado na ESF e aos processos de formação em serviço que contemplem, também, a Psicologia. Portanto, considera-se que a formação do profissional de saúde para SUS, na modalidade Residência, constitui-se enquanto ferramenta potente para disparar os processos de mudança e criatividade necessários para a reconstrução das relações profissionais. Além de considerar o modo de se produzir o cuidado a partir da lógica da integralidade e da humanização em saúde nos espaços da ESF e do sistema de modo geral.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

_____. _____. Secretaria e Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde. – 3ª ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Portaria GM nº 2.488**, 21 de Outubro 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). Brasil, 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. **A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, Aug. 2005.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. *In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 55- 124.

IRIBARRY, I. N. **Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: Algumas Linhas Históricas, Fundamentos e Princípios Aplicados ao Trabalho em Equipe**.

JUNIOR, A.G.S; ALVES, C.A. Modelo Assistenciais em Saúde: desafios e perspectiva. In: MOROSINI, M.V.G.C. *et. al.* **Modelo de atenção e a saúde da família. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, Ed. 4, PP 27-4, 2007.

PSICOLOGIA: **Reflexão e Crítica** [online] 2003, 16(3), pp. 483-490. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2011.

SHIMIZU, H. E; ROSALES, C. **As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.3, pp. 424-429. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/14.pdf>. >. Acesso em: 28 fev. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT) Resolução n. 25, de 06 de outubro de 2009. Dispõe sobre a criação do Curso de Especialização *Lato Sensu* – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no *Campus* de Palmas. **Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão** (CONSEPE). Palmas, 2009.



PARTE III

Percepção dos residentes frente
aos processos de trabalho na
Estratégia Saúde da Família



8.

Percepção dos trabalhadores: vivência com os residentes

Maria Zoreide Britto Maia
Maria DilceWânia R. A. do Nascimento
Socorro Ribeiro Albuquerque

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorganizar o modelo de assistência à saúde para ser a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se reorganizar as práticas assistenciais em novas bases e critérios. Necessita de profissionais capacitados, com visão holística sobre saúde e com condições de compreender o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar, associada à necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente, como bem apontam os estudos realizados por Martelli *et al.* (2010).

A Residência Multiprofissional em Saúde possibilita esta prática, uma vez que seu objetivo é formar profissionais com visão integrada de saúde, clínica, mental e pública com perfil humanista e crítico e com competência para resolver as necessidades de saúde da comunidade através de propostas educacionais e trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2006a).

A primeira Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) realizada em Palmas/TO, ofertada pela parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e Universidade Federal do Tocantins (UFT) buscou

atender essa proposta, através da formação de profissionais especialistas (modalidade residência) em Saúde da Família e Comunidade. A RMSFC utilizou metodologias ativas de aprendizagem a partir das vivências em serviço, para o desempenho de ações de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base o modelo assistencial proposto pela ESF e pela Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS (PALMAS, 2009).

A ESF possibilita trabalhar a atenção à saúde de uma forma integral e contínua, desenvolvendo ações em saúde que devem ser planejadas a partir de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo. Assim, requer a participação do indivíduo enquanto sujeito capaz de se corresponsabilizar pelo processo de saúde e doença. A PNH favorece essa participação, por ser uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, e que busca valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; fomentar a autonomia e protagonismo dos sujeitos e principalmente mudar os modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2009a).

O presente estudo pretende descrever a percepção dos trabalhadores de saúde sobre a Residência Multiprofissional a partir da vivência com os residentes da RMSFC. Com a realização deste estudo pretende-se contribuir no fortalecimento do modelo de assistência, que valoriza os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença e provocar uma reflexão nos atores sobre suas práticas.

Metodologia

Esse estudo está vinculado à RMSFC, realizada em Palmas/TO. A pesquisa foi realizada com os trabalhadores de saúde da Unidade de Saúde da Família Setor Sul em Palmas/TO. Foram sujeitos da pesquisa profissionais das seguintes categorias de trabalho: enfermagem, técnico em enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agente comunitário de saúde,

assistente administrativo, coordenadora administrativa, auxiliar de serviços gerais.

Os dados foram coletados através de dois instrumentos: relatório da análise das ações desenvolvidas pela equipe no período de janeiro a novembro de 2010 e entrevista semiestruturada. Nas entrevistas utilizou-se a metodologia do tipo quantiquantitativa, com primazia do enfoque qualitativo da análise do discurso através do método da análise temática. Portanto, trata-se de um estudo de natureza descritiva.

A abordagem qualitativa ocorre principalmente no contexto da subjetividade e do simbolismo, capaz de abranger questões, complexas e profundas, que se tornam posições intelectuais e ideológicas frente aos interrogantes teóricos. Realizando uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

O local de estudo foi a USF do Setor Sul em Palmas/TO, onde trabalham 22 (vinte e dois) profissionais de saúde. A amostra deste estudo foi selecionada através da técnica de amostragem casual simples - sorteio de um representante da categoria de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em enfermagem, técnico em agente comunitário de saúde e auxiliar de consultório dentário, administrativo e auxiliar de serviço geral. Perfazendo um total de sete sujeitos, os quais trabalharam nessa unidade no período de janeiro a dezembro de 2010. A categoria médica foi excluída conforme critério de exclusão – não ter trabalhado na USF no período de janeiro a dezembro de 2010.

As respostas das entrevistas foram transcritas, categorizadas e analisadas segundo instrumento de pesquisa visando: 1) identificar o perfil dos profissionais de saúde; 2) saber sobre a Residência Multiprofissional; 3) Importância da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade para melhoria do processo de trabalho e da produção de saúde; 4) Principais mudanças ocorridas na unidade com a presença

dos Residentes da RMSFC. Para corroborar as respostas das entrevistas foram analisados e utilizados os dados coletados no relatório da análise das ações desenvolvidas pela equipe e residentes no período de janeiro a novembro de 2010.

A pesquisa foi embasada na Resolução 196/96 do Conselho de Ética e Pesquisa (BRASIL, 1996). A coleta dos dados teve início após autorização Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/Ulbra (Nº 68/2011) e da Comissão de avaliação de Projetos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS (Nº 43 – 02/2011). Firmou-se o compromisso com os sujeitos da pesquisa de que as informações seriam usadas única e exclusivamente para fins acadêmico-científicos. Todos receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise e discussão dos resultados

A ESF deve ofertar atenção contínua nas especialidades básicas, por meio de equipe multiprofissional, capaz de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Buscando atender essa necessidade, a equipe básica da ESF é composta por: enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, tendo em vista a integralidade da atenção (BRASIL, 1997).

A amostra para o estudo revela que a equipe da USF do Setor Sul em Palmas/TO é formada por mulheres adultas e com experiência na ESF, as quais se encontram em uma faixa etária de 30 a 50 anos e, a maioria, está há mais de cinco anos no serviço da ESF (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil dos profissionais entrevistados. Palmas, 2011

Categoria	Gênero	Idade/Anos	Tempo de Serviço
Agente Comunitário de Saúde	F	53	5 anos ou +
Agente de Serviços Gerais	F	30	5 anos ou +
Enfermeira	F	38	5 anos ou +
Coordenador Administrativo	F	42	1 a 5 anos
Técnico de Enfermagem	F	34	5 anos ou +
Auxiliar Administrativo	F	50	5 anos ou +
Auxiliar de Consultório Dentário	F	45	5 anos ou +

Fonte: Elaboração própria.

Avalia-se que a predominância do gênero feminino na saúde é um resquício do primórdio da assistência à saúde, onde era da mulher a responsabilidade de cuidar dos doentes. Fato que ainda é bem observado nas academias, principalmente no curso de enfermagem. É preciso considerar também que no atual contexto econômico a mulher ocupa a função de chefe da família e precisa enfrentar o mercado de trabalho, saindo do papel de somente cuidar da família e dos afazeres domésticos (CARVALHO, 1998). Sendo o campo da ESF propício para absorver essa mão de obra, porque tem como foco a família, o que possibilita uma identificação da mulher com a proposta da saúde da família.

O presente estudo mostra que há permanência desses profissionais na ESF, pois dos sete entrevistados, seis possuem tempo de serviço superior a cinco anos. Os respondentes estão em uma faixa etária que possibilita maior experiência de vida, formação do núcleo familiar, o que pode facilitar a inserção da mulher nesse campo de trabalho.

Outro ponto a considerar é o investimento na educação continuada e o reconhecimento financeiro dos profissionais de saúde que trabalham na ESF, bem como, o aumento dos

postos de trabalho nesse campo do SUS. Essa situação tem favorecido maior permanência desses profissionais no campo da saúde coletiva. Contudo, destaca a necessidade de maiores investimentos na formação e condição de trabalho dos profissionais da ESF, bem como a intensificação de ambientes de debate sobre as condições sociais e cogestão do seu processo de trabalho.

A implementação da ESF tem sido um desafio por várias questões, entre as quais se destaca a própria constituição do trabalho em saúde, cujos processos não têm, na prática, privilegiado o vínculo nem a própria noção de um trabalho em equipe (GALAVOTE, *et al.*, 2011). Confirmando esse fato a análise do relatório apresenta movimentos nesse sentido como a construção de espaços coletivos (GTH, grupo de estudo, Conselho Local de Saúde), e a participação da comunidade na gestão.

Assim sendo, a efetivação dessa implementação requer que a equipe seja formada por profissionais competentes para resolver as necessidades de saúde. Uma vez que, a ESF requer profissionais que tenham a compreensão que o trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece nas indústrias e sim entre pessoas, ou melhor, entre usuário e profissional.

Compreensão sobre residência multiprofissional

Na pesquisa constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados encontrou dificuldade para explicar o que é Residência Multiprofissional, conforme se observa na fala: “Não tenho nem ideia! - (risos). Falar ideia assim porque a menina que teve aqui sempre explicava que estavam estudando (E07)”.

A Residência em área profissional da saúde foi instituída em 2006 por meio da Lei 11.129 (BRASIL, 2005) e normatizada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 (BRASIL, 2009b), mas ainda é pouco conhecida na Região Norte. A

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade foi a primeira a ser ofertada no Estado do Tocantins, o que pode justificar a não compreensão dessa pelos trabalhadores, como fica evidenciado nessa fala: “Não sei explicar em palavras, mas foi o que aconteceu aqui, com os residentes que tiveram aqui, que era uma psicóloga, é... um dentista e um enfermeiro (E01)”.

Compreende-se então, que havia necessidade da realização de um trabalho de esclarecimento sobre o significado do curso de residência multiprofissional, sua importância para o processo de reorganização da assistência à saúde, sua contribuição na formação de profissionais na perspectiva transdisciplinar. Entretanto, não foi percebido no relatório das ações desenvolvidas pelos residentes em conjunto com a equipe atividades nesse intuito.

Na avaliação de Nascimento e Oliveira (2010), a RMSF surgiu da necessidade de profissionais com visão para o novo modelo assistencial para o SUS, pautado na atenção primária e na promoção da saúde familiar e que sai da assistência individual para a coletiva, da atividade curativa e reabilitadora à promotora da saúde. Os autores destacam ainda que a RMSF tem o propósito de unir o saber, que às vezes é fragmentado e desarticulado, com a complexidade dos determinantes que se interrelacionam na vida e no cuidado à saúde da população.

Apesar de os entrevistados não saberem definir de forma clara e objetiva o que é Residência Multiprofissional, verificou-se nas falas que há a ideia de trabalho de vários profissionais, que estão em busca de conhecimento:

É ah... no caso residência multiprofissional é, ah! um trabalho de vários trabalhadores da área de saúde, não só do enfermeiro, mais médico e dentista... outros profissionais (E03).

Eles formam no curso, né! Depois, eles querem adquirir mais uma experiência, então, ai eles são lotados em algum lugar, assim, pra adquirir aquela experiência, só que, depois de formado né (E06).

Mediante essas falas, conclui-se que faltou por parte dos residentes um trabalho de disseminação da significação do que é uma residência multiprofissional, a qual veio para subsidiar a nova proposta de assistência à saúde, a qual se preocupa com o processo de formação em saúde e o trabalho interdisciplinar. Assim sendo, a Residência Multiprofissional tem como objetivo formar profissionais com visão integrada de saúde, clínica, mental e pública com perfil humanista e crítico e com competência para resolver as necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 2006a).

Importância da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade para melhoria do processo de trabalho e da produção de saúde

Na análise referente à importância da residência para os trabalhadores da USF do Setor Sul em Palmas/TO, os depoimentos remetem duas dimensões principais: ter mais profissionais para ajudar na assistência (psicólogo, cirurgião-dentista e enfermeiro) e a criação dos espaços coletivos (Grupo de Trabalho Humanizado – GTH, Grupo de Estudo).

A importância da residência está atrelada ao aumento da quantidade de profissionais prestando assistência e à inserção de uma categoria profissional que não faz parte da ESF - a do psicólogo, conforme destacada nas seguintes falas:

Ótimo! Por que não tinha esses profissionais, aí, não tinha a demanda só que não podia fazer o agendamento pra psicóloga, diferente do enfermeiro e dentista, a gente falava com ela quando tinha paciente e ela conversava com os pacientes (E04).

Eles estavam sempre tentando ajudar as pessoas, né, sempre estavam em reunião com alguém, sempre tinha um paciente ali com eles (E02).

Embora os trabalhadores considerem importante a inserção dessa categoria profissional na ESF, a Portaria n° 2.488 (BRASIL, 2011), que define os recursos mínimos necessários para a atuação das equipes de ESF, não prevê a inclusão da saúde mental (psicólogo) na Equipe. No entanto, esta necessidade pode ser suprida pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que absorve outras categorias profissionais, os quais prestariam apoio matricial às equipes mínimas da ESF, objetivando compartilhar as práticas de saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes. Essa portaria ainda dispõe que os NASF deverão ser constituídos, de acordo com a necessidade local, por equipes de até cinco profissionais de ensino superior de diferentes áreas do conhecimento (inclusive o profissional de psicologia) (BRASIL, 2007).

Outros depoimentos revelam outra acepção, como por exemplo, que a residência foi importante pelo fato de ter promovido melhorias para o trabalho com a criação de espaços coletivos:

Os meninos desenvolveram muitas atividades em grupos. A gente fez o GTH [...] Melhoria boa, pelo menos aqui os meninos desenvolveram muitas atividades em grupos. A gente fez o GTH, então, aqui, aqui foi bom, aqui teve melhoria! (E05).

Nesse depoimento fica nítido que os trabalhadores não tinham conhecimento sobre o GTH e que não existia a prática de valorizar os espaços coletivos, porém, resolveram participar desses espaços. Sentiram-se valorizados e ainda adquiriram novos conhecimentos, ratificado no relatório de análise das ações desenvolvidas.

Os GTH também são importantes estratégias que podem resultar na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde de todos, nesse caso, dos próprios trabalhadores, alcançando o objetivo proposto pela PNH (BRASIL, 2006b).

Mudanças ocorridas

Na avaliação quanto às mudanças ocorridas, percebe-se que ocorreram na assistência e no processo de trabalho. Elas trouxeram resultado para os usuários, trabalhadores e comunidade local. No que tange à assistência prestada aos usuários, as mudanças ocorridas resultaram da análise do fluxograma de atendimento da unidade e do acolhimento, melhorando o atendimento e o tempo de espera para os mesmos. O que pode ser confirmado pela fala: “A gente trabalhou em cima das reuniões GTH nem em cima de melhorar aquele atendimento, aquele fluxograma atendimento ao usuário (E03)”.

Segundo Mehry e Onocko (1997), o fluxograma analisador é um instrumento de análise dos processos de trabalho e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo. Nesse sentido, a análise do fluxo de atendimento nessa unidade pode ter permitido aos trabalhadores visualizarem os nós existentes no processo de trabalho, o que pode ter refletido no acolhimento aos usuários, como expressa a fala: “É foi na questão de acolhimento eles passaram pra nós uma nova forma de habilidade como lidar com as pessoas (E01)”.

O acolhimento na saúde é a construção de um novo olhar sobre a forma de ver a doença e o sofrimento, tendo como base a responsabilidade social, novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. O acolhimento é matéria-prima à concretização da diversidade e da tolerância à diferença, da inclusão social, com uma escuta qualificada, responsável e compromissada, indo para além do trabalhar com o doente e com a doença, respeitando o sujeito. O qual pode ser considerado, em suma, como corresponsável pelo seu processo de cura (BUENO; MERHY, 2011).

Ressalta-se que o fluxograma analisador nesse contexto tem sua importância, porque é uma ferramenta que trabalha o “para que”, “quê” e o “como” do processo de trabalho, buscando: identificar os nós críticos; contribuir para o planejamento

e reorganização do trabalho; analisar o modelo assistencial desenvolvido pela equipe; e dispersar processo de autoanálise na equipe de saúde. Esse instrumento possibilita visualizar pontos fortes e fracos do coletivo e traçar intervenções necessárias, pois o que é visto no individual passa a ser comum a todos os envolvidos no processo de trabalho permitindo então um olhar crítico e reflexivo (REIS; LEAL, 2010)

Os espaços coletivos proporcionaram reflexão sobre o processo de trabalho da equipe da USF Setor Sul em Palmas/TO, bem como, enfrentamento dos conflitos existentes e ainda novos conhecimentos, conforme relatado pelos trabalhadores:

Quando eles chegaram com a convivência com esse GTH a gente melhorou assim a convivência com todo funcionário a se integrar mais um com o outro e a trabalhar mais em grupo (E06).

Eu acho que melhorou muito, melhorou muito, tanto no acolhimento, tanto no relacionamento entre os profissionais isso ajudou muito e também na relação entre profissionais e moradores (E07).

Para os trabalhadores, o GTH foi o disparador para as mudanças ocorridas, pois esse proporcionou as reflexões sobre os atendimentos prestados e o trabalho em equipe. Com as mudanças, melhorou o ambiente de trabalho, as relações interpessoais e maior integração da equipe no desenvolvimento das atividades, ou seja, a melhoria no processo de gestão individual e coletiva.

Para que esses espaços coletivos se tornem realidades é preciso que os sujeitos envolvidos sejam capazes de produzir novos arranjos na gestão, com potência para garantir uma maior participação decisória nos processos operacionais destas

organizações, buscando construir uma gestão que transforme a realidade de acesso dos usuários aos serviços e desenvolva um processo de trabalho não adoecedor (ABRAHÃO, 2008).

Conclusão

Os resultados mostram que os profissionais entrevistados encontraram dificuldade em explicar o que é residência multiprofissional, fato esse que pode se justificar por esta ser a primeira residência do Estado do Tocantins, ou ainda, pela necessidade da realização de um trabalho de esclarecimento sobre o significado da modalidade do curso. Ressaltamos que esta necessidade poderia ter sido suprida com o retorno dos residentes as USF como prévia à primeira proposta.

Quanto à importância da Residência na USF, os trabalhadores atrelam ao aumento de profissionais na assistência e ainda a inserção de um profissional que não fazia parte da equipe da ESF: o psicólogo. Ainda apontam que foram diversas as ações desenvolvidas pelos residentes no período de janeiro a novembro de 2010, estas provocaram reflexões sobre o que “fazer”, “para quem fazer” e “por que fazer”. Essas reflexões foram instigadas nos espaços coletivos criados a partir da proposta dos residentes e resultaram em mudanças no processo de trabalho.

O estudo possibilitou visualizar as mudanças ocorridas no processo de trabalho, no qual os profissionais mudaram suas práticas de trabalho individual para o coletivo. Essas mudanças trouxeram resultados positivos às relações interpessoais da equipe e na assistência prestada aos usuários.

Acredita-se que essas mudanças fomentem a motivação para o trabalho em saúde, onde a valorização dos trabalhadores pode possibilitar o desenvolvimento de uma assistência à saúde de qualidade e efetiva, sem penalização para os atores envolvidos no processo. Ressalta-se ainda a importância dos espaços coletivos, onde os trabalhadores podem expressar suas

inquietações e, ainda, fomentar a corresponsabilização destes no processo de trabalho.

Então, conclui-se com este estudo que é importante o profissional de saúde se perceber no seu processo de trabalho, bem como, se corresponsabilizar por ele, porque os espaços coletivos são benéficos para o trabalho em grupo. Porém, é necessário estabelecer estratégias de mudança da vida organizacional, melhorar as condições de trabalho e a assistência prestada, pois conforme Macedo (2007) “mudança só se faz à custa de processos; processos só são possíveis com indivíduos motivados e direcionados para as mudanças”.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHÃO, AL. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de auto-gestão em um hospital público. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.13, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Feb. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF), 1997.

_____. _____. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 03 fev. 2011.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 16 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica 20/2007 Propostas dos NASF é aprovada na Tripartite**. Brasília, DF, 2007.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2ª ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Edição nº 217 de 13/11/2009**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n^o 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Estabelece a Revisão de Diretrizes e Normas para organização da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agente Comunitário de Saúde: Brasília; 2011.

BUENO, W. S., MERHY, E. E., **Os Equívocos da Nob 96**: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2011.

CARVALHO, L. **Famílias chefiadas por mulheres**: Serviço Social e Sociedade. Cortez: São Paulo – 1998.

GALAVOTE, H. S., PRADO, T. N., ETHEL, L. N., LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

MACEDO, P. C. M., Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Rev. SBPH** v. 10 n^o2 Rio de Janeiro dez., p.33-41, 2007.

MARTELLI, P. J. L. *et. al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, supl.2, Rio de Janeiro, 2010.

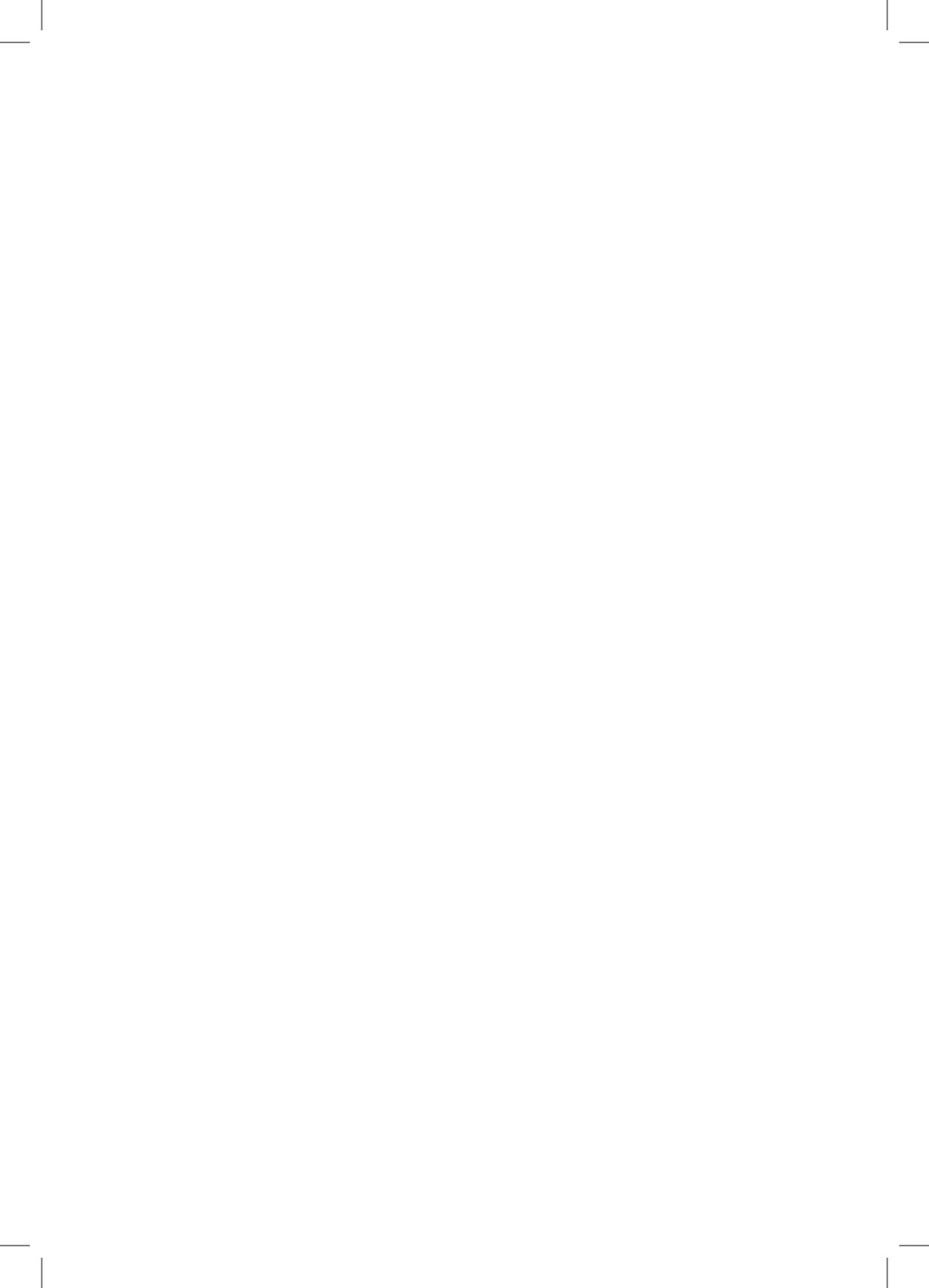
MERHY, E. E., ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: EditoraHucitec; 1997.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Pública**. 1993; 9 (3): 239-62.

NASCIMENTO, D. D. G., OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Rev. Saúde e Sociedade**. 2010; 19 (4): 814-827.

PALMAS. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Gestão da Educação em Saúde (DGES). Dados do projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Palmas**: Secretaria de Estado da Saúde; 2009.

REISV. M., LEAL D. H. M. S., O Fluxograma Analisador nos Estudos sobre o Processo de Trabalho em Saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n^o 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.



9.

Análise coletiva dos processos de trabalho: relato de experiência

Ana Clébia de Araújo
Cidia Silva Costa
Jeanny da Silva Fonseca

Após duas décadas de criação do SUS, o conceito de saúde-doença tem evoluído, porém muitos são os desafios existentes no cenário de produção de saúde para se alcançar mudanças reais do modelo e das práticas assistenciais desenvolvidas ao longo da história. Nesse sentido, entende-se que, para atingir e modificar a dinâmica médico-centrada que opera no caso da saúde e provocar mudanças nesse contexto, é necessário que se reorganizem os processos de trabalho, atuando-se diretamente nas tomadas de decisões da equipe, na produção de vínculos, nas condições de trabalho, na valorização do trabalhador, que ocorrem no ato da produção de saúde.

Para conseguir a reorganização dos processos de trabalho, novos fazeres e práticas necessitam tornarem-se concretos e materializarem-se como “tecnologias de trabalho”, usadas para produzir saúde. Uma vez que observa-se que há uma crescente precarização das condições de trabalho e que estas têm interferido fortemente na qualidade de vida, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários dos serviços de saúde

(SANTOS FILHO; BARROS, 2007; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009; BRASIL, 2009; MERHY; FRANCO, 1997).

A Política Nacional de Humanização (PNH) lançada há oito anos pelo Ministério da Saúde, diz respeito a uma aposta ético-estético-política da humanização do SUS, fomentando a autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, aumento no grau de comunicação, consolidação dos vínculos estabelecidos, direito do usuário e participação coletiva no processo de gestão. No entanto, essa proposta se baseia na produção de saúde e produção de sujeitos envolvidos nesse processo para que haja mudança nas práticas dependendo, também, da decisão política e adesão dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS para dar certo (BRASIL, 2010).

A PNH coloca-se como uma política que se constitui em um conjunto de princípios, o que impulsiona as ações e diretrizes com suas orientações gerais que expressam o método da tríplice inclusão (gestores, trabalhadores e usuários) por meio de práticas como: a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho e do trabalhador, o acolhimento, e a construção da memória do SUS que dá certo. Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos destinadas a promoção de mudanças nos modelos de atenção e gestão (SANTOS; BARROS; GOMES, 2009).

Nesse contexto, este trabalho se constitui de um relato de experiência vivenciado por uma enfermeira residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, durante o processo de estágio na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) em Palmas – TO, realizado na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DATES), local onde se encontra a Coordenação Municipal da Área Técnica de Humanização. O relato apresenta a descrição do trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde da Policlínica 108 Sul, no qual a residente ofereceu suporte para a continuidade do trabalho desenvolvido pela Área Técnica de Humanização da SEMUS em parceria com apoiadores da PNH dessa Unidade de Saúde.

Utilizou-se como tecnologia de trabalho para a análise situacional da Policlínica 108 Sul o fluxograma analisador que, segundo Merhy e Franco (1997), constitui-se enquanto instrumento de análise que interroga os “para quê”, os “quê” e os “como” dos processos de trabalho, revelando ao mesmo tempo a maneira de governá-lo. A ideia desse instrumento apoia-se na proposta de que a construção de tecnologias que operem com processos autoanalíticos e autogestivos, articuladas às finalidades dos serviços de saúde, podem ser instrumentos potentes na criação de novos modos de se produzir o cuidado.

O objetivo principal da inserção dos residentes foi a reorganização de trabalho junto aos profissionais de saúde por meio do fluxograma analisador, partindo-se da análise coletiva da situação do serviço e da visualização do processo de trabalho mapeado pelo fluxograma, identificando os nós críticos, disparando discussões voltadas à valorização/inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos na produção do cuidado e elaborando propostas para a superação dos problemas, tendo como aporte teórico principal a PNH.

Assim, a finalidade deste trabalho é provocar uma reflexão sobre o modo de organização dos processos de trabalho de forma autoanalítica na equipe de saúde e promover sua reorganização, disparados a partir da apresentação do fluxograma analisador e, com isso, provocar mudanças na rotina e na prática dos trabalhadores e gestores incluídos nesse processo.

Antecedentes históricos

Segundo os trabalhadores, a Policlínica 108 Sul, anteriormente denominada Ambulatório Evangélico de Palmas, foi por muito tempo gerenciada por uma instituição filantrópica. Os profissionais do ambulatório eram cedidos pelo Município, Estado e da própria instituição. No entanto, devido às dificuldades financeiras, há cerca de dois anos, o serviço passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

A Policlínica 108 Sul é composta por algumas especialidades como: pediatria, ginecologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, neurologia, odontologia, pneumologia, angiologia, dermatologia, gastropediatria, mastologia, gastroenterologia, urologia, ortopedia, clínico geral, farmacêutica e enfermagem. Oferece, ainda, serviço de imunização a qualquer usuário que procurar essa Unidade. Dentro da Policlínica também se encontram três Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), composta por enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde (ACS), que oferecem: serviços de visitas domiciliares pelos ACS e, quando necessário, pela enfermeira; consulta de enfermagem; atendimento de pré-natal, puerpério e coleta de exame citológico; acompanhamento de hanseníase e tuberculose; consultas com médico clínico geral e cirurgião-dentista, ambos, cedidos pela Policlínica para o atendimento dos usuários da área de abrangência da EACS.

O trabalho da PNH na Policlínica 108 Sul iniciou-se a partir das rodas de conversa que eram realizadas na Unidade desde 2009, pelos trabalhadores da saúde de Palmas – TO (Secretarias Municipal e Estadual de Saúde) que participaram do Curso de Apoiadores da PNH do Estado do Tocantins.

A princípio, foram propostas rodas de conversa com os trabalhadores nas quais a presença era cobrada através do livro de “ponto” em nome de cada trabalhador, informando: data, horário e pauta. A proposta, nas primeiras rodas de conversa, era de desenvolver leituras de textos sobre o SUS, com o objetivo de levar os trabalhadores a revisitarem a construção histórica do SUS e começarem a se aproximar da PNH, seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

Aconteceram algumas rodas de conversa, nas quais foram discutidas as temáticas, como: a Clínica Ampliada, Ambiência, Cogestão e Acolhimento, propondo, ao mesmo tempo, a reflexão de como isso acontecia no serviço, com o objetivo de capilarizar a PNH e buscando despertar nos trabalhadores o interesse de implantação e implementação da proposta no serviço.

Após esses encontros, houve um maior entendimento da proposta da PNH, o que possibilitou aos trabalhadores a adesão na construção do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) na Policlínica 108 Sul, com o apoio da Área Técnica de Humanização e apoiadores da PNH da Unidade, conseguindo reunir um número cada vez maior de trabalhadores nas rodas.

Em um dado momento do processo, foi proposto para o coletivo qual seria a diretriz da PNH a ser trabalhada na Policlínica, para a qual os trabalhadores optaram pelo Acolhimento. Durante a oficina para discussão do Acolhimento, que contou com a participação de três apoiadores da PNH da Policlínica 108 Sul, Coordenação Municipal da PNH e Gerentes da Atenção Básica da SEMUS, percebeu-se a necessidade de se efetivar essa diretriz por meio da discussão e problematização dos nós críticos do fluxo de atendimento da Unidade.

Assim sendo, foi iniciada a construção do fluxograma com um grupo de trabalhadores da Unidade e, no decorrer desse trabalho, a enfermeira residente, ao iniciar o estágio de prática em gestão na DATES da SEMUS, foi inserida nesse processo de discussão juntamente com a área técnica de humanização e apoiadores da PNH da Policlínica.

Discussão dos processos de trabalho

A inserção dos residentes nas rodas de conversa da Policlínica 108 Sul se deu no período de junho a dezembro de 2011. Ao participar da oficina de discussão do fluxo de atendimento da Policlínica, fluxo esse que fora construído em roda de conversa no ano de 2009, este foi exposto ao coletivo onde foram realizadas as discussões e algumas propostas para alterações. Observou-se que, durante a roda de conversa, as discussões do fluxo de atendimento contemplavam os usuários do serviço de maneira incipiente, visto que, referiam que esse fluxo seria construído apenas para os trabalhadores e, posteriormente, seria feito outro fluxo para os usuários.

Durante as discussões do fluxograma da Policlínica percebeu-se, também, que um dos nós críticos para traçar o fluxograma se deve ao fato de a Unidade comportar, em um único prédio, três EACS juntamente com os atendimentos e exames especializados da Policlínica.

Considerando os problemas como um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo assistencial e os dispositivos da Política Nacional de Humanização que apresentam outro modo de se produzir saúde (BRASIL, 2010), a residente realizou uma roda de conversa com as apoiadoras da PNH da Policlínica e área técnica de humanização da SEMUS para discussão e avaliação da oficina de rediscussão do fluxograma. Compreendeu-se como essencial a inclusão do atendimento das reais necessidades do usuário no processo de discussão do fluxo de atendimento da Policlínica 108 Sul e a necessidade de se construir, também, o fluxo de atendimento da EACS. Tanto um quanto o outro apresentaram linguagem clara, focada no usuário, na valorização do trabalho e do trabalhador, garantindo o acesso às informações a todos os usuários do serviço do SUS com responsabilização e resolutividade.

Assim, confirma-se que ao se pensar em avaliar os serviços de saúde é preciso analisar as relações intra e inter institucionais como também a micropolítica das organizações dos serviços, ou seja, às relações firmadas no processo de trabalho, aos interesses em jogo no dia a dia do serviço (MERHY; FRANCO, 1997).

A partir desse entendimento, pensaram numa estratégia para a construção do fluxograma analisador, para o qual os residentes sugeriram a ocorrência de visitas em todos os setores da Policlínica e EACS, as quais seriam realizadas pela residente, pela coordenadora da área técnica de humanização e um trabalhador da Unidade. Seria necessário conversar com os profissionais e desenhar o fluxo, de acordo com a realidade de atendimento de cada setor, incluindo assim, os trabalhadores que não participavam das oficinas e rodas de conversa para que

estes tivessem a oportunidade de descrever seu fluxo de atendimento, apontar suas maiores dificuldades e sugerir melhorias para o setor.

Na construção dessa estratégia de visitas por setores foi considerada, também, a baixa adesão e a falta de participação de todos os 114 trabalhadores nas oficinas realizadas em 2010, com a participação de 11% do total de trabalhadores, 15% de participação na primeira e 41% na segunda oficina de dispersão da PNH.

A partir disso, durante a roda de conversa na Policlínica, utilizando-se como princípio da PNH a transversalidade nas tomadas de decisões, a proposta de construção de um novo modelo de fluxograma mais abrangente foi apresentada ao coletivo, sendo aceita pelos trabalhadores da Unidade como positiva, acreditando que com essa nova metodologia seria possível discutir o processo com um maior número de pessoas, sendo sugerido pelos trabalhadores que os setores fossem visitados nos períodos da manhã e da tarde.

Partiu-se do pressuposto de que o ator social e político, capaz de conduzir um processo de mudanças a partir do trabalho, são os próprios trabalhadores. Uma vez que estes detêm o conhecimento técnico e vivencial adquirido a partir da sua experiência concreta no dia a dia do serviço. Também, que estabelecem relações entre si e com o usuário (MERHY; FRANCO, 1997).

Os momentos de reorganização dos serviços são por demais favoráveis à “construção do novo”, a transformação da realidade instituída, remodelando o serviço a partir de novas bases, relacionadas a determinado projeto assistencial (coletivamente construído) onde os trabalhadores são capazes de se colocarem como sujeitos em ação, identificando-se como força transformadora e compreendendo os processos vivenciados no seu trabalho (MERHY; FRANCO, 1997).

Pensou-se o fluxograma analisador para este contexto no sentido de contribuir para a ação de observar, escutar, relatar, revelar e analisar o modelo assistencial de saúde ofertado pelos profissionais da Policlínica 108 Sul. Com esta proposta

vislumbrou-se a facilidade para a identificação dos “ruídos” existentes no processo de trabalho, na perspectiva de tornar mais fácil a assistência que o serviço irá prestar aos usuários, sejam aqueles que vêm para uma consulta ou apenas em busca de informações sobre o que é ofertado na Unidade.

Metodologia

A elaboração do fluxograma analisador ocorreu em várias etapas, tais como: 1) visita nos setores para escuta dos relatos dos profissionais de saúde sobre o modo como se organiza o processo de trabalho e o fluxo de atendimento na Unidade, permitindo conhecer os caminhos que o usuário percorre na busca de solução dos problemas de saúde; 2) rodas de conversa com os trabalhadores para saber sobre a real necessidade da Unidade de Saúde, os “nós críticos” existentes e como os profissionais se percebem em relação à organização do processo de trabalho; 3) análise das informações obtidas e construção da representação gráfica do fluxo de atendimento; 4) apresentação e problematização do fluxograma analisador disparando processos de autoanálise na equipe de saúde com discussões centradas no usuário; 5) reconstrução do fluxograma de acordo com mudanças pactuadas no coletivo; 6) confecção e entrega do fluxograma analisador em *banners* a serem colocados em locais estratégicos, para que tanto os usuários quanto os trabalhadores tenham acesso às informações.

Com a aceitação da proposta de iniciar o processo de construção do fluxograma centrado no usuário, os residentes, juntamente com a coordenadora da área técnica de humanização e colaboração da Gerência de Atenção Básica da SEMUS, deram início às atividades necessárias para essa elaboração. As atividades partiram da situação encontrada inicialmente, que retratava um baixo índice e a falta de participação de todos os 114 profissionais da Unidade, pois apenas 24% dos trabalhadores participaram da primeira oficina para discussão

do fluxograma e, 18%, da segunda oficina, realizadas em junho e julho de 2011, respectivamente.

Por entender que a roda de conversa é um método de ressonância coletiva que “[...] consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos” (COELHO, 2011), desde o primeiro momento de inserção dos residentes na Policlínica, esta foi a metodologia que sustentou todas as atividades que envolveram o processo de construção do fluxograma analisador.

O uso desse método possibilitaria incentivar a construção de autonomia dos trabalhadores do serviço por meio da problematização, da socialização de saberes e vivências cotidianas e subjetivas, da reflexão voltada para a ação, assim como da inclusão e valorização de todos os atores que faziam parte daquele processo de trabalho.

A roda de conversa é uma metodologia bastante utilizada nos processos de intervenção comunitária e consiste em “um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos” (NASCIMENTO; SILVA, 2009). O objetivo principal de sua aplicação no trabalho desenvolvido na Policlínica 108 sul foi fomentar espaços de trocas de experiências, discussão de conceitos, disseminação de informações, conversas e debates sobre os problemas observados no processo de trabalho, especialmente no que diz respeito ao fluxo de atendimento do serviço.

Assim, a partir do método da roda, objetivou-se operacionalizar a cogestão dentro das atividades desenvolvidas na Policlínica, através da construção e ampliação de espaços coletivos e democráticos, da reflexão crítica sobre o processo de trabalho (especificamente o fluxo de atendimento) e sobre a possibilidade de movimentação do mesmo, o que poderia ajudar a diminuir a impotência que muitas vezes os profissionais, gestores e usuários sentem diante de grandes desafios e do controle da “cegueira” institucional (CAMPOS, 2007).

Após a realização das visitas nos setores, partiu-se para a análise das informações nas quais se percebeu que, com o grande número de informações que tínhamos coletado, poderíamos construir, além do fluxograma analisador da Policlínica, o cardápio de ofertas da Policlínica e das EACS. Diante disso, iniciou-se a construção do cardápio de ofertas e fluxograma analisador, este constituído por símbolos que representavam o fluxo do serviço, conforme ele acontecia de fato. A intenção foi de apresentar o produto das visitas em formato de fluxograma ao coletivo, para que os profissionais pudessem se perceber no processo e problematizar a organização do serviço pensando na acessibilidade do usuário e possibilidade de governar mudanças necessárias ao seu ambiente de trabalho. Assim, o uso do fluxograma analisador como instrumento de trabalho, apresentava-se com muita potência e utilidade para que os profissionais percebessem o resultado do seu trabalho e se corresponsabilizassem pela reorganização.

De acordo com Freire *et al.* (2008), o fluxograma analisador consiste em um desenho do modo como está organizado um conjunto de processos de trabalho, vinculados entre si em torno de certa cadeia de produção, possibilitando verificar as fragilidades e potencialidades de um ambiente de trabalho. Desse modo, via-se a necessidade de construir espaços coletivos com representatividade de todos os profissionais da Unidade, bem como da gestão municipal para a elaboração de possíveis encaminhamentos para uma reorganização do trabalho e da oferta da Policlínica aos usuários.

Partindo dessa necessidade, outra estratégia utilizada foi a confecção de convites individuais entregues aos profissionais e elaboração de cartazes distribuídos em locais estratégicos da Unidade com antecedência e convites verbais no dia das oficinas para fortalecer as discussões coletivas. O objetivo dessa ação era sensibilizar um maior número de profissionais para participar das rodas e tornar possível a construção do fluxograma analisador. Foram feitos convites verbais, com antecedência, à Gerência de Atenção Básica e Atenção Especializada da SEMUS para que pudessem participar das rodas de conversa.

Porque em alguns momentos das discussões fazia-se necessário a presença da gestão para ajudar na tomada de decisões e mudanças juntamente com o coletivo.

Resultados e discussão

A partir das atividades desenvolvidas na Policlínica, conforme a metodologia descrita acima, foi possível notar que durante a problematização do fluxograma alguns profissionais organizavam seu processo de trabalho a partir de necessidades individuais e, em parte, desconheciam o que a Policlínica ofertava em serviços para os usuários. Durante as rodas de conversa, os trabalhadores apontaram a necessidade de se construir, também, um fluxo mais detalhado para a sala de apoio e informação, separado do fluxograma da Policlínica, devido ao grande número de informações e atividades do setor e a grande rotatividade de profissionais no mesmo.

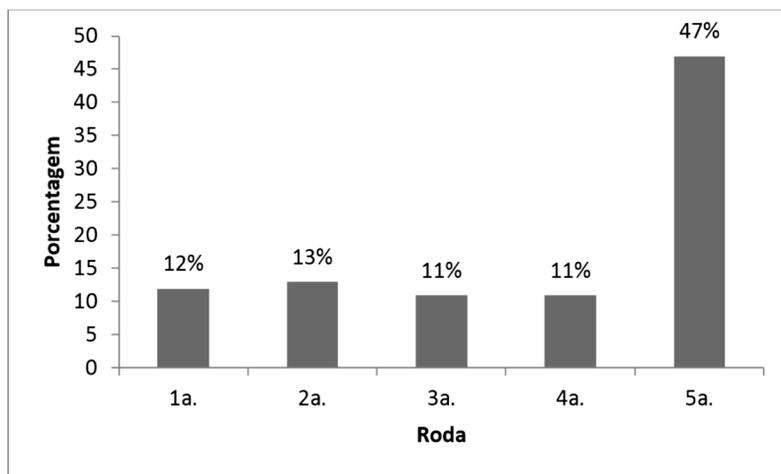
Durante as rodas de conversa, observaram-se alguns avanços, tais como: a reflexão dos trabalhadores sobre os instrumentos de trabalho utilizados e relevância do planejamento participativo na resolução de alguns entraves; a produção do fluxograma e cardápio de ofertas da Unidade (com foco no usuário), impressos em *banners* e disponibilizados para os usuários de forma acessível e condizente com a realidade do serviço; um maior conhecimento dos trabalhadores em relação ao fluxo e serviços ofertados e ampliação do diálogo entre gestão e trabalhadores e entre os próprios trabalhadores.

A ambiência nos serviços constitui-se como ferramenta potente para disparar processos de valorização dos trabalhadores e humanização da assistência ao usuário. Ela consiste no tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que devem proporcionar melhor assistência e resolutividade do serviço (BRASIL, 2009). No que diz respeito à Ambiência da Unidade e às condições de trabalho, alcançou-se, também, alguns resultados, sendo iniciado

o processo de reforma da estrutura física da Unidade de acordo com as sugestões dos profissionais, bem como disponibilizados alguns materiais permanentes (climatizadores), placas de identificação das salas, tendo em vista as necessidades e bem-estar tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

Em relação aos processos de inclusão, não foi possível alcançar uma maior participação dos trabalhadores nas rodas de conversa propostas. Notou-se que um pequeno grupo se manteve interessado e disponível durante todo o processo de discussão do fluxograma. Obteve-se uma participação de 12% na primeira roda de discussão sobre o fluxograma e cardápio de ofertas do EACS, 13% na segunda roda de discussão sobre o fluxograma da Policlínica, 11% na terceira roda de discussão do fluxograma e cardápio de ofertas da Policlínica, 11% na quarta roda de discussão sobre o fluxo de tuberculose e hanseníase e 47% na roda para discussão dos dias e tipos de agendamentos da Policlínica (Figura 1).

Figura 1: Participação dos trabalhadores durante as rodas de conversa para discussão do fluxograma analisador e cardápio de ofertas da Policlínica 108 sul e EACS, Palmas-TO

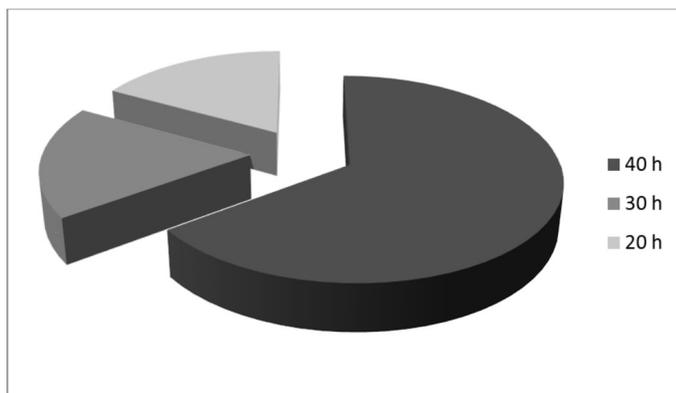


Fonte: Documentos Policlínica 108 sul.

No entanto, durante as rodas de discussão do fluxograma analisador e cardápio de oferta, buscou-se priorizar a participação e representatividade de profissionais de cada setor e categoria profissional, de acordo com o fluxo que iria ser abordado no dia da roda de conversa. Diante disso, pode-se afirmar que, apesar da participação de um pequeno número de pessoas, houve a representatividade da maioria das categorias profissionais, levou-se em conta o discurso dos profissionais durante as visitas nos setores, havendo assim maior qualidade na participação e muitas aquisições com esse grupo que se manteve durante as discussões.

Diante do exposto, nota-se que o aumento da participação dos trabalhadores ainda se apresenta como um desafio a ser trabalhado e superado na Policlínica. Acredita-se que esse déficit de participação pode estar relacionado ao grande número de trabalhadores da Policlínica, que com a inclusão de três EACS somam um total de 114 servidores, tornando-se difícil a mobilização de todos (Figura 2). Assim, 65% - possuem carga horária de 40 horas semanais, 18% - 30 horas semanais e 17% - 20 horas semanais, logo, 35% dos servidores possuem carga horária inferior a 40 horas, trabalhando em um único turno com possibilidade de dupla jornada de trabalho.

Figura 2: Carga horária de trabalho dos profissionais da Policlínica 108 Sul e EACS, Palmas – TO



Fonte: Documentos Policlínica 108 sul.

Notou-se que, dos 114 trabalhadores da Unidade, 39 (34%) correspondem a profissionais de nível superior, sendo que destes 49% possuem carga horária de 20 horas semanais, 15% - 30 horas semanais e 36% - 40 horas semanais. Sendo assim, 64% trabalham menos de 40 horas semanais, fato este facilitador para outros vínculos empregatícios e dificultador para a participação dos trabalhadores nas oficinas e rodas de conversa já realizadas na Policlínica.

Vale ressaltar que o processo não contemplou uma participação maior de representantes da gestão municipal nos momentos de problematização de fluxo e encaminhamentos. Todavia, houve a representação da gestão em alguns momentos de pactuações, o que foi fundamental para se atingir algumas mudanças necessárias na Unidade, porque a gestão se fez necessária para construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores em relação às necessidades institucionais (BRASIL, 2009).

Tal fator potencializou o exercício da cogestão no ambiente de trabalho da Policlínica, considerando que houve a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise do contexto, problemas e processos de tomada de decisão, sendo a gestão exercida por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compunham a organização (BRASIL, 2009). Verificou-se ainda, que se faz necessário uma maior participação da gestão para discussões e tomada de decisões na reorganização dos processos de trabalho.

Considerações finais

A construção do fluxograma da Policlínica 108 Sul proporcionou uma vivência positiva aos residentes, trabalhadores e gestores no que tange à materialização do método de inclusão da PNH na reorganização dos processos de trabalho. A produção final do fluxograma e cardápio de ofertas conseguiu alcançar o usuário no que diz respeito à melhoria do acesso e,

também, os próprios trabalhadores que definiram uma orientação comum ao trabalho, no movimento de práticas mais humanizadas e inclusivas, o que, em princípio, pode contextualizar a experiência enquanto exitosa.

No entanto, este não foi um procedimento fácil, pois dependia do envolvimento dos trabalhadores que nem sempre estão dispostos a discutir processos de trabalho e os “nós” críticos que envolvem processos de mudança na prática. Esse fator contribuiu para que a residente pudesse desenvolver conhecimento mais ampliado sobre o modo de operar a PNH e seus dispositivos, de maneira a colaborar para capilarizar a política nos serviços de saúde e consolidar práticas mais coletivas e dialogadas entre os trabalhadores e gestores de saúde.

Destarte, por meio dessa vivência, observou-se a necessidade de valorização e maiores investimentos nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários para que aos poucos os dispositivos da PNH ganhem solidez. Sobretudo da co-gestão, na busca de produção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, para que possamos ter serviços de saúde que ofereçam maior qualidade e resolutividade.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional de Humanização**. O que é como implementar. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

COELHO, D. M. **Intervenção em grupo**: construindo rodas de conversa. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_55.pdf>. Acesso em 28 fev 2011.

FREIRE, M.A.M.; MORAES, F.T.; ALBUQUERQUE, B.M.D.; MELO, E.C.P. **A utilização do Fluxograma Analisador” para Avaliação do Processo de Trabalho dos profissionais de Saúde de uma Unidade Básica no Município do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=341&cf=2>>Acesso em 07 dez 2011.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **O Uso de Ferramentas Analisadoras dos Serviços de Saúde**: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). 1997. Disponível em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos.13-pdf>>. Acesso em 05 dez 2011.

NASCIMENTO, M.A.G; SILVA, C.N.M. **Rodas de conversa e oficinas temáticas: Experiências metodológicas de ensino – aprendizagem em geografia**. 2009. Disponível em: <[http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/pôster/p%20\(36\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/pôster/p%20(36).pdf)>. Acesso em 10 nov 2011.

SANTOS FILHO, S.B; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, p.603-13, 2009.



