



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

KYLVIA LUCIANA PEREIRA COSTA

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

KYLVA LUCIANA PEREIRA COSTA

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profª. Esp. Maria Soraya Pereira Franco Adriano.

**CAJAZEIRAS – PB
2011**



C837o Costa, Kylvia Luciana Prereira.
Organização do trabalho e perfil dos profissionais das unidades de saúde da família de um município do alto sertão paraibano / Kylvia Luciana pereira Costa. - Cajazeiras, 2011.
102p. il. color.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Saúde da família. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde publica. I. Adriano, Maria Soraya Pereira Franco. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 614

KYLVIA LUCIANA PEREIRA COSTA

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____ / ____ /2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Maria Soraya Pereira Franco Adriano
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – CFP – UFCG

Prof^a. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – CFP – UFCG

Prof^a. Esp. Edineide Nunes da Silva
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – CFP – UFCG

Suplente: Prof^a. Esp. Mary Luce Melquíades Meira
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – CFP – UFCG

*À Deus, que encerra em si toda a
essência da vida... Àquele que renova dentro
de mim um espírito inabalável, quando as
minhas forças já se foram... Àquele que enche
de rios os desertos do meu interior, me
lembrando que sempre estais comigo... À Ti,
oh Deus da minha vida... toda honra, toda
glória e o louvor...*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois sei que não preciso vê-lo para saber da Sua existência, mas encerras em si toda a fonte de vida e a minha própria existência prova o Teu imensurável amor. Ao Autor da Vida que mesmo eu não tendo nada que o agrade, sempre refrigera a minha alma e me faz repousar em pastos verdejantes enquanto o mar tenta me submergir.. e nunca me abandonas quando até mesmo os meus amigos já se foram... Obrigada pela excelência do Teu poder.. porque foi o Senhor que me escolheu primeiro e diante de tal escolha foi o seu amor que me conquistou, deixando-me altamente dependente de Ti... Te amo oh Deus...

À Abigail Pereira, pelos nove meses de luta e perseverança durante a minha gestação. À Luiz Ferreira, pelo grande amor, pelo carinho e pela paciência. Com certeza o meu pouco tem muito de vocês. Obrigada por abrirem mão dos seus próprios sonhos, acreditarem no meu potencial e assim apoiar e financiar o meu sonho. Essa vitória pertence a vocês que com amor e carinho sempre me conduziram nessa jornada existencial e ainda compreenderam que as noites acordadas ou mesmo a minha ausência se faziam necessários para chegar até aqui. Obrigada pela família que SOMOS, meus maiores exemplos de luta e dedicação... Vocês são os melhores pais do mundo... Amo vocês pra sempre...

À mãe Maria do Carmo (*in memoriam*). Um dia descobrimos que apesar de viver quase um século, esse tempo todo não é suficiente para dizer tudo o que tem que ser dito... os segundos que se substituem não se repetem e o instante que vem pode transformar toda uma história em pedaços de lágrimas... Certamente a bondade e a misericórdia de Deus te seguiram até o último dia da tua vida e hoje habitas a casa do Altíssimo por longos dias... Obrigada por ser meu referencial de ser humano. E onde quer que eu vá vou te levar pra sempre... Saudades..

Aos meus irmãos Glauber Luiz e Ingrid Laíssy. Juntos temos milhões de histórias pra contar de uma infância única... Serei eternamente grata pelas brigas, brincadeiras e pelo cuidado e amizade que construímos.. Toda a nossa convivência contribuiu para moldar o ser que me faço hoje... Obrigada pelos sobrinhos maravilhosos que vocês trouxeram ao mundo... Amo vocês..

Aos meus amados sobrinhos Caio Natanael, Ana Clara e Luiz Neto. Caio você apareceu na minha vida quando eu ainda tinha 14 anos, não entendia os planos de você vir tão cedo, mas consegui entender que tudo acontece no tempo dEle. Ana Clara, você é linda demais, alguém igual a você não vi jamais. Luiz Neto, antes de você nascer Deus sonhou com você e sua vinda me fez entender que somos vasos de barro e a excelência do poder vem dEle.

Vocês são as coisas mais lindas da minha vida e acho que é por isso que eu sou tão apaixonada por cada um de vós. Obrigada por compreender a minha ausência, mesmo sendo tão pequenos. Titia ama vocês pra sempre.

Aos meus primos Leandro e Leyla os irmãos mais novos que a vida me presenteou. Dividimos um espaço físico e nesse meio tempo, compartilhamos vivências e experiências singulares. Nunca me esquecerei das contribuições que vocês trouxeram à minha vida.

A toda a minha família, em especial aos tios Sérgio Paulo, Larissa, Gersonita Pereira, Cicero Machado, Rossana Tavares, e Lauriano Ferreira; e aos meus primos Augusto Anderson e Ely Pereira. A amizade de vocês foi essencial durante a minha jornada existencial e durante esse processo de formação. Vocês são a família que eu pedi pra Deus.

À minha cunhada Rossely Souto pelo carinho, apoio e incentivo, oferecendo-me a amizade sempre que precisei.

A “liga” feminina, Daniele, Milena, Quezia e Sandra. A Bíblia fala que existem amigos mais chegados do que irmãos e eu não tenho dúvida que vocês são a família que Deus me permitiu escolher. Serei eternamente grata pela grande amizade e consideração até mesmo na minha ausência vocês sempre estavam me incluindo nos planos da liga, sempre se fizeram amigas... Considero-me abençoada por ter vocês...

Aos amados amigos da Igreja Presbiteriana do Brasil, pelo apoio e carinho nessa jornada, além do crescimento pessoal, social e espiritual. Em especial a Francivalda, que sempre me incentivou a utilizar o meu melhor, o canto, para adorar ao Deus Todo Poderoso, certamente os seus ensinamentos também foram de grande valia na minha vida.

A todos os professores, colegas e amigos integrantes do projeto “(Re)construindo caminhos da cidadania...” em especial a Professora Soraya Franco que abriu as portas desse projeto, durante o período mais atribulado da minha vida. Certamente a vigência me trouxe experiências indescritíveis e me presenteou com amigos de grande significado na minha vida, a Gabi Santos, a Thainar Machado e o Felipe José, amigos com quem dividi minhas emoções, meus anseios e medos.

À Isabel Alice, Juliana Luiza, Rubens e Thainar. Obrigada por contribuir pra fase de coleta dos dados e em especial a “Cicinha” com quem dividi todos os meus medos e anseios durante essa fase da pesquisa. A ajuda de vocês se concretiza na realização deste.

À minha orientadora Soraya Franco, um ser humano fantástico da qual eu tenho um imenso apreço. Desde o dia que a conheci, não existiu um dia sequer que a sua presença não me trouxesse um aprendizado. Essa colcha, retalhado de aprendizado se molda no ser

humano que me faço melhor hoje e na construção desse trabalho, as suas orientações foram essenciais pra que esse viesse a existir. E é por essa razão que eu tenho um enorme apreço por você. Quando eu crescer eu almejo ser uma profissional que se assemelhe a sua pessoa. Eu sei que Deus teve um propósito para tê-la conhecido e creio que Ele tem coisas grandes para a sua vida. Obrigada pelo apoio, pelo carinho e pela AMIZADE. Levarei os seus ensinamentos onde quer que esteja.

À professora Aissa Romina, o poderosíssimo “Capitão Nascimento”, que se dispôs a colaborar com os conhecimentos da turma e diante disso, não fraquejou um dia sequer em defesa da enfermagem 2007.2. Na sua essência forte e imbatível existe uma sensibilidade linda, que se preocupa e se coloca no lugar do outro. Obrigada pela excelência no ensino e por acreditar que tínhamos potencial suficiente pra chegar até aqui e ainda, por aceitar fazer parte dessa banca... Essa vitória também é sua..

À professora Edineide Nunes por todo o amor e carinho com que sempre me acolheu e pelo incentivo para que eu estivesse sempre a dá o meu melhor naquilo que eu estivesse a fazer, certamente os seus ensinamentos não ficarão apenas em sala de aula, os levarei para sempre na minha vida.

Ao Centro de Formação de Professores, em especial a todos os funcionários, sem exceção de nenhum. Obrigada por sempre cooperarem com a magnitude do aprendizado, vocês são a base de tudo isso.

A Coordenação de Enfermagem na pessoa do professor Fábio Marques que sempre esteve de prontidão a resolver os nossos problemas e preocupações e a Laraina pelo acolhimento sempre que precisei.

A todos os professores do Curso de Enfermagem. Todos vocês sempre trouxeram algo de novo a contribuir na minha vida. Certamente, os conhecimentos que detenho hoje tem muito de vocês, de forma que não poderia deixar de utilizar as palavras de um grande cientista inglês, “Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.”

A todos os meus colegas e amigos de turma. Em especial a Thairon Machado e Marino Medeiros pela grande amizade constituída desde o primeiro dia de aula, por todas as emoções durante todo o curso e por todo o carinho e respeito que sempre expressaram. A Priscila e Felipe com quem convivi intensamente durante três meses, o suficiente pra dizer que vocês fazem parte dessa história. A Dodô, meu grande amigo nessa jornada, sou fã da sua perseverança, do seu otimismo, da sua simplicidade e do seu carisma. Obrigada pelo carinho e pela amizade com que essa turma toda me recebeu. Lembrarei de vocês sempre...

A todos os funcionários e preceptores do Supervisionado da Unidade de Saúde da Família Mutirão, Hospital Regional de Cajazeiras, Instituto Materno Infantil e Hospital Universitário Alcides Carneiro. Vocês abriram a porta para que pudéssemos estar com os pacientes, compartilharam conceitos e saberes; e sempre nos guiaram na nossa falta de experiência. Com certeza aprendemos coisas que literatura nenhuma trás, constituindo essa a razão da grandiosidade do saber de vocês.

À professora Álissan Karine que, mesmo dispondo de tão pouco tempo, usou da sua sensibilidade para fazer coisas grandes frente à coordenação de estágios, de forma que essa atividade aconteceu de uma forma totalmente diferente do que já se viu, superando todas as nossas expectativas... O diferencial que você faz se reflete na competência profissional de tão jovem idade... e na pessoa abençoada que és...

A Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, pela autorização da construção desse trabalho. A todos os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa, pois do contrário, não existiria a construção desse saber

A todos os pacientes que na sua subjetividade, nos permitiu perceber a essência singular de cada ser humano e mesmo se encontrando em um estado de fraqueza, nunca se fizeram contra ao nosso cuidado.

A todos que de alguma forma fizeram parte dessa história...

“(...) muitos profissionais perderam o entusiasmo com o trabalho, principalmente por causa da remuneração, então não recebem bem, não trabalham bem. Não deveria ser assim né, por que a gente quando vai trabalhar já sabe quais são as dificuldades que vai encontrar, então você tem que trabalhar por amor ao que você faz, não só pelo dinheiro, por que em todas as profissões tem dificuldades, então se você não trabalhar por amor, você não vai trabalhar em nenhuma.”

(Depoimento de um profissional envolvido na pesquisa)

“Assim, pois, cada um de nós dará contas de si mesmo a Deus.”

(Rm 14:12)

RESUMO

COSTA, K. L. P. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano.** 107 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

A construção do Sistema Único de Saúde avançou substancialmente nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Estratégia Saúde da Família como núcleo estruturante da Atenção Primária à Saúde. Todavia, os novos processos de trabalho encontram-se alterados em virtude da organização do trabalho de modo capitalista de produção, assim como o trabalho em saúde que se modifica conforme os processos produtivos e segundo as necessidades geradas nas relações sociais. Nessa perspectiva é que se destaca a necessidade de melhoras no serviço prestado à população, na pessoa dos profissionais de saúde que precisam se qualificar. O presente trabalho buscou caracterizar o perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e a organização do trabalho destes nas Unidades de Saúde da Família de município do Alto Sertão Paraibano, a fim de identificar os padrões de comprometimento com a organização empregadora e com o trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. A presente pesquisa trata-se de um estudo observacional, transversal, quantiqualitativo, com análise estatística e procedimento comparativo e descritivo. O trabalho foi realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB, utilizando uma população de estudo com 230 profissionais atuantes neste serviço, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal. Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado e entrevista, previamente testados. As variáveis de estudo foram: as características sócio-demográficas (gênero, idade, escolaridade e local de residência) e comportamentais, bem como relacionadas ao processo de trabalho. A amostra do estudo constituiu-se de 46 profissionais, em pleno exercício profissional, selecionados através da técnica de amostragem estratificada. Verificou-se que há uma desmotivação dos trabalhadores do SUS – Cajazeiras, resultantes de uma série de processos mal conduzidos e mínimos espaços de discussão, repercutindo em um trabalho fragmentado. Encontrou-se nas unidades um elevado número de trabalhadores efetivos atuando apenas durante um turno de trabalho; grande fragmentação do processo de trabalho da equipe, baixa capacidade de interlocução (aproximação, vínculo e responsabilização) com as Equipes de Saúde da Família e demais serviços da rede; baixa acumulação de conceitos estruturantes para a compreensão da organização do Sistema Único de Saúde e por fim, serviços de saúde que serviam e atendiam interesses de determinados grupos e indivíduos. Nessa perspectiva, considera-se que os profissionais e a gestão pública de saúde devem levar para a roda da atenção básica discussões centrais acerca do cuidado à saúde do usuário, a fim de modificar as práticas vigentes e implementar dispositivos relevantes no processo de organização ou reorganização das práticas de saúde. É um desafio hoje, no município de Cajazeiras, fazer com que o Sistema Único de Saúde seja fortalecido, oferecendo serviços de qualidade guiados por ações cuidadoras, integrais, resolutivas e que atendam as necessidades do usuário-cidadão.

Palavras-chave: Saúde da família. Gestão em saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

COSTA, K. L. P. Work organization and professional profile of the Family Health Units from a city in the Paraiban high inlands. 107 f. Completion of Course Work (Graduation in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

The building of Single Health System advanced substantially in recent years and every day the evidence of the importance of the Family Health Strategy as the structuring core of Primary Health Care is strengthened. However, the new work processes find themselves changed due to the work organization in a capitalist way of production as well as the health work that changes according to the productive processes and the needs generated in social relationships. In that perspective it is highlighted the necessity of improvements in service to the population in the health professionals who need to qualify. This study aimed to characterize the profile of team workers and their work organization in the Family Health Units of city in the high Paraiban inlands, in order to identify the standards of commitment with the employing organization and with the work of the professionals working in Family Health Strategy. The present research is about an observational, cross-sectional, quant qualitative, with statistical analysis and procedure, comparative and descriptive study. The study was conducted in the Family Health Units in the city of Cajazeiras – PB. Using a study population with 230 active professionals in this service, including doctors, nurses, nursing technicians, community health workers, dental surgeons and dental assistants. Data was collected through semi-structured questionnaire and interview, previously tested. The study variables were: the socio-demographic (gender, age, education and place of residence) and behavioral characteristics, as well as related to the work process. The study sample was constituted of 46 professionals in full professional exercise, selected through stratified sampling technique. It was verified that there is a lack of motivation in the SHS workers (Cajazeiras), resulting from a series of poorly conducted processes and minimal opportunities for discussion, being reflected in a fragmented work. It was found in the units a high number of permanent workers acting only during a single work shift; high fragmentation in the process of team work; low capacity of interlocution (approximation, bond and responsibility) with the Family Health Teams and other network services; low accumulation of structural concepts for understanding in the organization of the Single Health System and ultimately, health services who served and attended the interests of certain groups and individuals. In this perspective, it is considered that the professionals and the public health management should take to the wheel of primary central discussions concerning the health care of the user, in order to modify the current practices and implement relevant devices in the process of organization or reorganization of health practices. It is a challenge today, in the city of Cajazeiras, get the Single Health System to be strengthened, providing quality services guided by caring actions, whole, resolute, and meet the needs of the user-citizen.

Keywords: Family health. Health management. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Elenco de variáveis do estudo _____	39
Gráfico 1 – Frequência de profissionais envolvidos na pesquisa por USF _____	47
Gráfico 2 – Grau de satisfação do profissional com a sua remuneração _____	59
Gráfico 3 – Participação do trabalhador em curso introdutório para atuar na ESF _____	60
Gráfico 4 – Caracterização da população assistida pelas USFs de Cajazeiras – PB _____	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa _____	48
Tabela 2 – Nível de escolaridade e formação dos profissionais da pesquisa _____	50
Tabela 3 – Tempo de trabalho do profissional na USF _____	54
Tabela 4 – Número de empregos disposto por cada categoria profissional _____	55
Tabela 5 – Forma de contratação do trabalhador na USF _____	56
Tabela 6 – Carga horária de trabalho semanal por categoria profissional _____	57
Tabela 7 – Situação profissional do trabalhador de saúde da USF _____	58
Tabela 8 – Renda mensal dos sujeitos da pesquisa em número de salários mínimos _____	58
Tabela 9 – Principais problemas enfrentados nas USFs de Cajazeiras – PB _____	62
Tabela 10 – Atividades desenvolvidas pelos profissionais na USF – Cajazeiras/PB, discriminadas por categorias _____	65
Tabela 11 – Dificuldades enfrentadas pelos profissionais no dia-a-dia de trabalho nas USFs de Cajazeiras – PB _____	66
Tabela 12 – Planejamento das atividades dos profissionais da USF e participação da comunidade nesse planejamento _____	68
Tabela 13 – Avaliação do trabalho dos profissionais da USF segundo a percepção dos entrevistados _____	70

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
2.1.1 Atenção primária de Saúde	23
2.1.2 Atenção Básica de Saúde	23
2.1.3 Estratégia Saúde da Família	24
2.2 CONTEXTUALIZANDO TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	26
2.3 PROCESSO DE TRABALHO	30
2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA SAÚDE COLETIVA	33
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE PESQUISA	36
3.2 LOCAL DA PESQUISA	37
3.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA	38
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	38
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
3.5.1 Elenco de Variáveis	39
3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	42
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	43
3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
4.1 CARACTERIZANDO O GRUPO ESTUDADO	46
4.1.1 Aspectos sócio-demográficos	48
4.1.2 Aspectos quanto à formação profissional	49
4.1.3 Aspectos referentes à experiência profissional	54
4.2 CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	61
4.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	63
4.3.1 Planejamento da equipe e participação da comunidade	67
4.4 NARRATIVAS	71
4.4.1 Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família	71
4.4.2 Um olhar crítico da realidade do processo de trabalho	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80

APÊNDICES _____	87
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados _____	88
ANEXOS _____	92
ANEXO A – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável _____	93
ANEXO B – Termo de Concordância com o Projeto de Pesquisa _____	95
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____	97
ANEXO D – Termo de Consentimento Pós-informado da Pesquisa _____	100
ANEXO E – Termo de Autorização Institucional _____	102
ANEXO F – Declaração da Instituição Co-participante _____	104
ANEXO G – Formulário de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa _____	106

1 INTRODUÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CA. AZEIRAS PARAIBA

A construção do Sistema Único de Saúde avançou substancialmente nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde nesse processo, já que representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, procurando atender as necessidades de saúde de todos esses sujeitos, através de métodos e tecnologias comprovadas pela ciência e aceitáveis pela sociedade (BRASIL, 2007).

A Conferência de Alma-Ata foi a precursora das profundas transformações que o Brasil perpassou durante o século XX, período que permitiu observar que os serviços de saúde não mais respondiam às necessidades da população brasileira, afirmando um sistema falho. Daí nasce o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira um entrave social em prol da saúde pública, da busca de melhorias nas condições sociais do país (BAPTISTA, 2006; MEDINA, 2007).

Como resultado, o Brasil institucionaliza o direito a saúde através da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, afirmando “a saúde como direito de todos e dever do Estado” que, por sua vez, deve garantir medidas políticas, sociais e econômicas que busque reduzir o risco de doença e de outros agravos, assim como a prevenção, promoção e proteção do indivíduo de forma acessível e igualitária (PECK, 2008).

A criação do Sistema Único de Saúde aconteceu após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde de nº 8.080/90 que trata do direito universal à saúde, sua determinação social, sua importância e a integralidade do seu cuidado, e 8.142/90 que fortalece a democracia representativa e dispõe sobre a regulação de instâncias colegiadas (os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde); dispositivos que materializam os ideais e princípios da reforma sanitária de equidade, participação comunitária e determinação social da saúde (DOWBOR, 2008).

No entanto, nem todos os avanços constitucionais se consolidaram no sistema de saúde brasileiro. A Reforma limitou-se a algo de caráter meramente institucional, de forma que não chegou a trabalhar com um conceito ampliado de saúde e com os determinantes sociais do processo saúde-doença (PAIM, 2002).

É nesse contexto que nasce o Programa de Saúde da Família, em um movimento de reforma, princípios e estratégias para mover o SUS no caminho da Reforma Sanitária, de onde se dá início o processo de descentralização da assistência à saúde, legalizada pelas Normas Operacionais Básicas de nº 91, 92, 93 e 96. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde, composta por uma equipe multiprofissional que visa romper com o modelo

hegemônico de assistência e implantar um novo modelo de Atenção Primária centrado na família, a fim de atendê-la em seu contexto físico e social (DOWBOR, 2008).

O olhar ampliado do PSF favorece as avaliações sócio-antropológicas no contexto de vida individual e coletivo e ainda contribui para o equilíbrio entre as diferentes dimensões de suporte necessárias para um desenvolvimento sustentável. Esse é um programa que comprova a decisão política e institucional do Ministério da Saúde de fortalecimento da Atenção Básica e a adesão das gestões estaduais e municipais aponta a necessidade do compromisso como base de sustentação para um adequado processo de implantação, coerente com os princípios e diretrizes sugeridas pelo programa (PECK, 2008).

Com o objetivo de transformar e melhorar as ações da atenção básica, o PSF se expandiu e aperfeiçoou-se de forma que o que antes era um programa, agora constituía-se em um conjunto de novas estratégias de execução de atividades, embasadas na atuação holística de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a chamada Estratégia Saúde da Família, uma proposta de reorganização da Atenção Básica de Saúde orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Deste modo, destaca-se que a operacionalização da política de saúde no Brasil utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária para ser validada, a Saúde da Família (BRASIL, 2004).

A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria de nº648 de 28 de março de 2006 determina toda a dinâmica organizacional e de funcionamento da ESF. O processo de trabalho, por ela instituído, deve subsidiar o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção de saúde (BRASIL, 2006). Dessa forma, uma estratégia de mudança de modelos assistenciais remete a pensar no trabalho enquanto uma maneira de transformar intencionalmente a natureza, pelo homem e para satisfação de necessidades, principalmente o trabalho em saúde (REIS, 2007).

O processo de trabalho em saúde se configura como a maneira a qual um determinado sistema de saúde dispõe os elementos que constituem as práticas de produção de serviços, elementos estes que englobam os agentes, os meios, os objetos do trabalho e as relações técnicas e sociais entre si (PECK, 2008). Ou seja, possibilita a realização de um trabalho coletivo engajado por equipe multiprofissional ao tempo que procura saber como o trabalho poderia ser organizado para oferecer um atendimento de qualidade.

Contudo, os novos processos de trabalho encontram-se alterados em virtude da organização do trabalho de modo capitalista de produção, assim como o trabalho em saúde

que se modifica conforme os processos produtivos e segundo as necessidades geradas nas relações sociais (ANTUNES apud REIS, 2007).

Atualmente o SUS perpassa uma grave crise de situação de trabalho dos seus profissionais de saúde, de forma que os serviços de saúde não conseguem mais responder de maneira eficaz às demandas de saúde individual e coletiva. Isso porque as características pessoais, humanas e interdisciplinares encontram-se distorcidas em relação aos princípios pregados pela Reforma Sanitária (COTTA et. al., 2006).

Nessa perspectiva é que se destaca a necessidade de melhoras no serviço prestado à população, na pessoa dos profissionais de saúde que precisam se qualificar.

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil ainda enfrenta muitos obstáculos para atingir os princípios da universalidade, equidade e da participação da população, além do desafio constante quanto ao desenvolvimento do caráter interdisciplinar e intersetorial das ações (VENÂNCIO et al., 2008). Os profissionais de saúde precisam se qualificar se capacitar, aprimorar seu desempenho e assimilar o significado e a importância do trabalho em equipe para atuar em nível de atenção básica, isso a fim de dissolver o paradigma curativo e hospitalocêntrico do processo de formação das universidades (OPAS, 2001).

Diante dessa problemática, entendemos a importância deste estudo para obtenção de algumas respostas, com a finalidade de identificar o olhar do profissional para essa temática, sobretudo por haver poucos trabalhos na literatura.

É importante salientar que os recursos humanos das organizações de saúde são os agentes de mudança para a construção do SUS e, para tanto, precisam possuir sólida formação e ter clareza dos objetivos de seu trabalho, pois são eles quem conhecem a comunidade em que estão inseridos, suas necessidades e demandas.

Assim, a variável comprometimento surge como a protagonista deste processo, haja vista que, se o Estado pretende efetivamente avançar qualitativamente nos serviços prestados a sociedade, o trabalhador inserido em tal contexto deverá estar totalmente integrado, comprometido e participativo, tanto na definição quanto na implementação dos serviços oferecidos.

Com base neste referencial, o presente estudo buscou caracterizar o perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e a organização do trabalho destes nas Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano, identificando os padrões de comprometimento com a organização empregadora e com o trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família; como alternativa de relacionar o

processo de formação desses sujeitos e a dinâmica de trabalho da gestão com as práticas preventivas e sanitárias observadas.

2.1 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1.1 Atenção Primária de Saúde

Termo utilizado pela primeira vez em 1978 na Declaração de Alma-Ata, elaborada como resultado das discussões oriundas da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão (antiga União Soviética) que apresentava como lema “Saúde para todos no ano de 2000”; pode ser compreendida como uma tendência recente de inversão de prioridades nas ações de saúde, substituindo uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no modelo médico hegemônico para uma abordagem preventiva, promocional e integrada com outros profissionais da saúde (ANDRADE apud VENÂNCIO, 2008).

A Atenção Primária em Saúde se configura como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos e assim, é definida como a porta de entrada do sistema de saúde que garante atendimento para todas as necessidades e problemas de um sujeito, através da atenção aos problemas mais comuns e do acompanhamento do indivíduo nos demais níveis de atenção integralizada (ALEIXO, 2002; VENÂNCIO et al., 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) estabelece três interpretações para o seu conceito: a atenção como atenção primária seletiva, destinada a populações e regiões de menor concentração de renda; APS como o nível primário do sistema de serviços de saúde e APS como estratégia de organização do sistema de serviço de saúde, sendo esta última a concepção mais ampla e mais correta (SOUZA, 2010).

2.1.2 Atenção Básica de Saúde

A PNAB, aprovada através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, define a Atenção Básica de Saúde como sendo “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, desenvolvidas com o uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe às populações de território bem definido (BRASIL, 2006).

A ABS trata-se da porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, orientada pelos princípios do SUS, portanto, é um termo utilizado para se referir à APS a nível

brasileiro, razão pela qual as literaturas consideram estes vocábulos como sinônimos. Quando organizada efetivamente pode garantir resolutividade de 80% das necessidades de saúde ao tempo que melhor organiza o funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, com a redução do consumo excessivo de medicamentos, da utilização dos equipamentos de alta tecnologia e da sobrecarga dos demais níveis de atenção (BRASIL, 2005).

2.1.3 Estratégia Saúde da Família

As origens da referência à unidade familiar enquanto objeto de intervenção em saúde antecedem o Programa de Saúde da Família e surgem centradas na figura do médico da família.

Em diversos países do mundo, como a Inglaterra, Canadá, Espanha, Holanda, Cuba, México, entre outros, cabe ao médico da família o papel de prestar o primeiro atendimento e coordenar as ações de saúde para um conjunto específico e famílias de uma comunidade (CAMPOS, 2003). Um levante histórico da medicina familiar no Brasil retrata que entre os anos de 1973 e 1979, os esforços realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fiocruz e Inamps centravam-se na formação do médico da família. A preocupação era somente com a necessidade de “humanização da medicina”, o combate ao culto do “especialismo” e o estímulo a programas de formação de médicos generalistas e de família; uma estratégia ligada ao interesse da categoria de obter um mercado promissor de contratos individuais, justificados de forma irrepreensível e descarada, pela carência de profissionais no setor. Em nenhum momento destacou-se as questões relacionadas aos determinantes sociais da doença ou acesso mais ágil da população aos serviços de saúde (PAIN *apud* FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Na verdade, desde cedo se percebeu que o modelo utilizado não representava os verdadeiros princípios da saúde preventiva e social, mas respondia aos anseios mercadológicos e políticos dos grupos envolvidos em sua concepção.

Em junho de 1991, o Ministério da Saúde, lança a estratégia do PSF com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha por objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, nas áreas mais carentes do país, o Norte e o Nordeste brasileiro (DOWBOR, 2008). Este programa já estava pautado em princípios indutores de mudança de modelo, isto é, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as Unidades Básicas de Saúde, de tal maneira que se consolidava como proposta de solução alternativa aos problemas de saúde. O Agente Comunitário de Saúde representava o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde.

Ele, sendo uma pessoa da própria comunidade e, portanto, identificando com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular.

No entanto, mesmo com as suas potencialidades, este programa percorria um caminho marginal no próprio espaço institucional, e foi avaliado externamente com muitos preconceitos.

No nível de execução municipal, havia um limite importante para a continuidade e o impacto das suas ações: as unidades básicas de saúde continuavam atuando no sistema tradicional, sem absolutamente nenhuma vinculação com a população, com baixa resolutividade e com um enfoque predominante curativo. Em outras palavras, atuando em direção oposta ao que se preconizava com o trabalho dos agentes comunitários.

Na continuidade deste processo, o Ministério da Saúde lança, em janeiro de 1994, o Programa de Saúde da Família, onde foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), incorporando e ampliando a atuação à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Inicialmente, o PSF foi instalado nas localidades com indicadores de saúde mais críticos e em municípios de pequeno e de médio porte com oferta insuficiente de serviços de saúde e distantes dos grandes centros urbanos. Num segundo momento, tendo em vista a proposta de fazer do PSF o veículo do reordenamento dos Sistemas Municipais de Saúde, a proposta foi ampliada para as localidades com mais de 100.000 habitantes (SOUSA, 2002).

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e continua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Assim esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

No modelo tradicional, a função dos centros de saúde, ou postos de saúde, se caracteriza pela passividade. Sem vínculo efetivo com as pessoas, sem responsabilidade maior com a saúde da comunidade, essas unidades se limitam a abrir suas portas (às vezes só pela manhã, ou só a tarde) e a esperar que cheguem as crianças para serem vacinadas ou pacientes para serem encaminhados a hospitais.

Já a Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha dentro de uma lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da USF é prestar assistência contínua a comunidade, acompanhando

integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

A unidade de saúde tem como objetivo atender um território. Na perspectiva de um novo modelo assistencial, proposto pelo SUS, e que contemple, além do atendimento à demanda, também a vigilância à saúde, esse território deve ser entendido como um espaço em permanente construção de uma dinâmica social (SILVA, 2009).

2.2 CONTEXTUALIZANDO TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho é uma atividade estruturante do ser social, devido o seu valor intrínseco à vida humana e o conhecimento que proporciona na relação dos seres humanos com a natureza e com os demais. Trata-se de uma atividade própria dos seres humanos, além de incorporar a relação homem-natureza e a relação dos homens entre si e consigo mesmo, estabelecidas pela interação social. O modo como os seres humanos produzem e reproduzem seus valores, regras de convivência e a vida material, deve ser analisado como um fenômeno social que implica e é implicado por relações sociais, por disputas de interesses, conforme diferentes experiências de vida, inserção de classe e cultura (SOUZA et al., 2010).

À semelhança de qualquer trabalho humano, o trabalho na saúde surgiu e se desenvolveu para satisfazer as necessidades humanas. Tais necessidades são as razões de ser e dão sentido ao esforço cotidiano de milhares de profissionais em todo o mundo.

O trabalho em saúde é bastante elaborado e criterioso, pois além de exigir conhecimento técnico por parte do profissional, também exige perfil, atitude e senso crítico. Nesta área, a qual lida com vidas humanas, o trabalho exige muita responsabilidade e consciência, por isso a força de trabalho exigida merece respeito e valorização em todos os aspectos (pessoal, profissional e financeiro).

Neste contexto, ao pensarmos no trabalho em saúde, devemos considerar que este vai muito além do resgate do corpo para a produção da saúde, compreendendo também a existência de elementos objetivos e subjetivos que permeiam todo o processo. Numa concepção marxista, trabalho é ação humana transformadora sobre um objeto que age intencionalmente para uma finalidade, por uma antevisão do produto potencial. Para realizá-lo, faz-se necessário o uso de instrumentos que mediam sua relação com o objeto do trabalho. Daí pode-se apreender que objeto, finalidade, instrumentos ou meios, produtos e força de trabalho são elementos básicos para o entendimento do conceito genérico de trabalho e de trabalhos humanos específicos, como no caso do trabalho voltado para o atendimento de

necessidades de saúde. Numa dimensão histórica, por sua vez, apreende-se a dinamicidade desses elementos. (SÁ, 2009)

Falando de força de trabalho e, principalmente em saúde, significa introduzir um ponto de vista analítico que associa pessoas ocupadas com funções de saúde com as ocupadas em outras atividades e setores da economia e, portanto, autoriza a entendê-las coletivamente como constituindo uma força de trabalho específica, parte da população economicamente ativa (PEA). O recorte interpretativo vinculado à noção de trabalho em saúde remete a elementos conceituais peculiares à economia política (mercado de trabalho, relações de trabalho, condições de trabalho, etc.) e admite uma descrição desse conjunto de trabalhadores de um ponto de vista demográfico-social e por variáveis específicas do setor saúde (NOGUEIRA, 2007).

De acordo com as considerações levantadas ainda pelo autor, faz-se necessário o reporte ao conceito de trabalho na saúde. Sendo assim, ao falarmos de força de trabalho em saúde lembramos-nos de quão esta é desvalorizada no cenário atual. No mercado de trabalho o profissional de saúde sofre com a concorrência desleal e numerosa. As várias formas de contratação e precarização do trabalho ocasionam uma luta desenfreada por emprego. Na saúde, como em outras áreas, é comum o vínculo empregatício por contrato, ou “imposição política”, fazendo com que o trabalhador vulgareze sua força de trabalho, ao aceitar baixos salários e péssimas condições. As condições de trabalho dizem respeito não apenas a ausência de direitos trabalhistas, mas principalmente, ao ambiente, a insalubridade a que estes profissionais estão expostos. Estrutura física inadequada, aumento exagerado da população adstrita, sobrecarga de trabalho, falta de tecnologia e de suprimentos básicos para o funcionamento, etc. Todos estes problemas, por sua vez, acabam por interferir nas relações de trabalho; profissionais estressados, com doenças ocupacionais, desigualdade salarial, falta de perfil para o trabalho, originando individualismo, concorrência, superioridade profissional por parte de alguns e ausência de trabalho em equipe.

O trabalho em saúde envolve características próprias no cenário da economia política. Hoje, dentre as várias profissões existentes, nas mais variadas áreas, sabe-se que, apesar de tudo, a área de saúde tem apresentado no mercado de trabalho, grandes oportunidades de emprego, principalmente depois da implantação do Programa de Saúde da Família. No entanto, também tem ocorrido um aumento no número de cursos de formação superior nesta área, o que acarreta aumento na oferta de profissionais e concorrência.

Na saúde, especificamente, no setor público, o processo de trabalho se dá de forma sistematizada, hierárquica, em equipe e dependente de outros setores (referência), mas,

na prática, esse processo não ocorre. O SUS em suas normas operacionais propõe diretrizes (universalidade, equidade, integralidade e participação social), que normalmente são desrespeitadas pelos profissionais e gestores da saúde. Sem instrumentos básicos necessários para dispor, a assistência à população, que seria o produto deste processo, se apresenta deficiente e de difícil solução.

Ao se falar em processo de trabalho em saúde precisamos considerar três aspectos fundamentais. Primeiro, que é um exemplo de processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha característica comum a outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia. Segundo, que é um serviço – toda assistência à saúde é um serviço – e temos de pensar, então, o que é um serviço. Terceiro, que é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa, ou seja, que é particularmente forte e decisiva para própria eficácia do ato (NOGUEIRA, 2007).

Essas três dimensões são complementares e interatuantes, mas há outra dimensão, que é a do serviço. A assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, ela tem uma especificidade por ser um serviço. Esta palavra tem por trás de si uma tradição quase pejorativa, serviço vem de “servo”. O terceiro aspecto advém do fato de esse serviço não se realizar sobre coisas, mas sobre pessoas e, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo, na medida em que fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Exige-se dele não só informação acerca do que lhe ocorreu, a história de que sua queixa ou doença, mas também participação ativa para que sejam corretamente aplicadas normas e prescrições médicas. Assim entendida, a assistência é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta (ANTUNES apud REIS, 2007).

A estrutura dos serviços de saúde no Brasil é o resultado, de um lado, da pressão dos trabalhadores por direitos mínimos de cidadania e, de outro, da necessidade de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo (PIRES, 2008). Mas, apesar das conquistas de ampliação da disponibilidade de serviços públicos de saúde, seja no modelo das ações coletivas de cunho preventivo do início do século, seja no modelo curativo, individual e hospitalar sustentado pela previdência social, atualmente procura-se manter como prioridade o tratamento do corpo doente, unindo o preventivo e o curativo, proposta esta que vem sendo construída pelas unidades do Programa Saúde da Família. Vale ressaltar que o modelo de atenção centrada na concepção médico-curativa tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos, enquanto que o modelo assistencial produtor de saúde deve tomar por base a

produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

O paradoxo apresentado pelas políticas de saúde no Brasil é principalmente o fato de que a política de saúde conseguiu a duras penas avançar, porém não conseguindo ser acompanhada por políticas sociais que pudessem dar respostas conjuntamente com a saúde. Não houve grandes mudanças na ordem social do país ao longo destes anos, que diminuíssem o abismo existente entre ricos e pobres (OLIVEIRA, 2007).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde foram criadas estratégias para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde, dentre estas está a Estratégia de Saúde Família. Tal estratégia foi criada com o intuito de aproximar a assistência a saúde das comunidades e assim estabelecer ações mais condizentes com a realidade.

A Estratégia de Saúde da Família tem como seus princípios a construção de vínculos mais fortes dos profissionais com as comunidades, considerando a ampliação do entendimento da dinâmica da comunidade, suas relações e os principais fatores que afetam o processo saúde-doença.

Para estabelecer estes vínculos é preciso envolvimento da equipe, participação e, acima de tudo uma visão ampliada do conceito de saúde por parte dos profissionais para que eles possam ter uma clínica ampliada que leve em consideração não só os aspectos clínicos, mas também as condições de vida, moradia, emprego, educação, higiene e organizações sociais nas comunidades em que atuam.

Considerados um grupo populacional que cumpre um dos mais importantes papéis sociais e humanitários, os trabalhadores da área de saúde, também ocupam posição expressiva, especialmente na América Latina, Estados Unidos e Caribe, onde totalizam cerca de 20 milhões de profissionais. A extensão e diversidade desse contingente, contudo, também revela a dimensão e gravidade de problemas que compartilham no exercício profissional (CAMPOS e ASSUNÇÃO, 2006).

Esse trabalhador é alguém que trabalha para viver ou sobreviver e, muitas vezes, se submete a dois ou três turnos de trabalho. Viver e sobreviver, aqui, dizem respeito à possibilidade de tão somente garantir aspectos mínimos para a sobrevivência, ou a possibilidade de realizar escolhas, construir projetos.

O trabalhador em saúde é alguém que se preparou em escolas que, em sua maioria, priorizam a excelência técnica ou o uso de instrumental sofisticado. Anterior à formação acadêmica, os alunos, futuros trabalhadores, já trazem como produto imaginário

social a necessidade de conquista de espaço ou a noção de supremacia de uma profissão em detrimento de outra (FORTUNA et. al., 2002).

Contudo, persistem dificuldades na sua implementação, tanto na formação como na prática. Na maioria das vezes, o profissional de saúde prioriza a excelência técnica, o uso de instrumental sofisticado e a noção de supremacia de sua profissão sobre os demais, produtos de reprodução das escolas formadoras. Tudo isso tem proporcionado um espírito de competição, de conquista de espaço, dificultando a troca de conhecimentos e comprometendo a integralidade das ações. Há a exigência de um trabalho integrado e resolutivo, mas o que tem se observado é o trabalho de forma individual, sem integração, desrespeitando o modo holístico de ver o paciente, tão evidenciado nesse novo modelo de saúde.

O trabalho de equipe em saúde, que normalmente se entende como algo harmônico, tranqüilo, se não for bem articulado, pode se tornar uma efervescência de interesses, conflitos, acordos e desacordos (FORTUNA et. al., 2002).

2.3 PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho em saúde sofreu grandes transformações com a industrialização e com a incorporação de inúmeros avanços e descobertas científicas, no sentido de preservar a vida. Entretanto, a superespecialização permitiu o avanço do conhecimento específico ao tempo que consolidou o parcelamento do ser humano e de suas necessidades, quando tomados como objetos da ação. (PIRES, 2008)

O trabalho institucional em saúde é desenvolvido como um trabalho coletivo, realizado por uma diversidade de profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional e, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, faz parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos. A não articulação interdisciplinar em prol do cuidado a saúde do usuário, por sua vez, gera a fragmentação da assistência o que dificulta avanços nesta prática.

O objeto de trabalho, segundo Marx, é aquilo sobre o que se realiza uma ação e ao ser modificado, já não é mais igual ao que era, mas diferentemente transforma-se pela ação do trabalhador. Trazendo para o trabalho em saúde, o objeto é considerado como a pessoa ou grupos a quem se dirige a assistência, seja ela saudável ou doente, de forma a sofrer transformações com vistas a preservar a vida, promover a saúde e/ou a melhora e recuperação em situações de sofrimento ou adoecimento. (CAMPOS, 2006)

Diante disso não podemos esquecer que o objeto de trabalho em saúde tem várias dimensões, a biológica, psicológica, social e cultural, o que possibilita a construção da

atenção integral, atendendo às necessidades em saúde através de diferentes intervenções profissionais. (PIRES, 2008)

O processo de trabalho em saúde é relacional, complexo, criativo, dinâmico e ocorre no encontro do usuário, portador de algum problema de saúde junto aos trabalhadores, produzindo o cuidado. Logo, o referido processo de trabalho na saúde, visa justamente atuar neste encontro do usuário necessitado junto ao profissional de saúde capacitado a atendê-lo.

Qualquer processo de trabalho na saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza as ações e complementa o processo de produção de serviços, orientado a este fim, e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica de serviços de saúde. (SOUZA et al., 2010)

Neste sentido o desenvolvimento de tecnologias que ajudam na melhoria da saúde deve ser incentivado por parte daqueles que praticam políticas públicas, pois a dinâmica de novos tratamentos é essencial para o atendimento, o acolhimento e uma maior integralização da saúde.

Assim, o trabalho em saúde faz uso das tecnologias relacionais dispostas em três categorias, chamadas de tecnologias duras, leves-duras e leves. As chamadas tecnologias duras são as que estão presentes nas máquinas e instrumentos. As leves-duras referem-se ao acolhimento técnico e modo próprio de cada trabalhador produzir saúde. As leves são fundamentais para o cuidado, o profissional age no campo cuidador vinculando o seu modo de ser e sua subjetividade.

Para entender melhor estas tecnologias, temos os dizeres de MERHY (2003):

(...) tudo indica que, quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento), a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como o realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo o processo incorporador de máquinas-ferramentas), e isso nos coloca que, no operar das leves, como a própria clínica ou os processos das tecnologias das relações (como é o caso do acolhimento ou do vínculo), o processo operatório é bem mais aberto ao fazer do trabalho vivo em ato. O que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é em processo, em produção (aqui há que rever a noção cara às políticas de saúde pública, que operam com o conceito de escassez permanente e prioridade focal excludente). (MERHY, 2003, p. 10)

Para entender como a organização do trabalho influencia o modo de se organizar o cuidado é necessário observar qual das tecnologias prevalece no processo de trabalho.

Assim como as tecnologias podemos classificar o trabalho em vivo e morto. O trabalho morto está inscrito nas máquinas e equipamentos e relaciona-se diretamente com as

tecnologias duras e leves-duras. O trabalho vivo é a maneira como o trabalhador produz saúde no ato e está associado ao uso das tecnologias leves.

O desafio para que se crie uma clínica verdadeiramente ampliada inclui a utilização de tecnologias leves, a mudança do modelo tecno-assistencial, a inclusão de estratégias para ampliação do acesso, como a implantação do acolhimento, a valorização dos saberes do conjunto de trabalhadores e a mudança do processo de trabalho dentro das equipes, porém isso não é suficiente para atender as necessidades dos usuários, das comunidades. Para garantir a qualidade de vida da população, é necessária uma interpretação mais complexa dos fenômenos da saúde e da doença pela interdisciplinaridade do conhecimento, intersetorialidade das práticas e integralidade da atenção à saúde (NASCIMENTO, 2004).

Os serviços de saúde ainda são orientados fortemente por um modelo assistencial que preconiza uma atenção integral com acesso universal, mas o que se vê no cotidiano é uma assistência limitada e muitas vezes, centrada nos procedimentos. Inverter essa lógica para uma ação baseada no cuidado ao usuário requer mudanças na maneira de fazer a gestão do trabalho e de estabelecer as relações institucionais e interpessoais.

Estruturar a atenção à saúde guiada por princípios de integralidade, universalidade e participação social é um desafio assumido constitucionalmente. Colocar em prática tais princípios é constituir serviços e práticas que dimensionem o sujeito social, político e cultural, e que tenham como objeto a produção do cuidado (MERHY, 2003).

Um dos principais conjuntos de necessidades de saúde é, segundo Cecílio (2005), necessidade de se ter “boas condições de vida”. Estas poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do “ambiente”, “externos”, que determinam o processo saúde-doença. Como também a partir de uma discussão marxista enfatizando os diferentes lugares ocupados pelos homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas, como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer. Dessa forma, ressalta-se as diferentes necessidades de inserção no mercado de trabalho, contudo também acesso à água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais. Ou seja, a maneira como se vive configura em diferentes necessidades em saúde.

A falta de articulação entre o setor saúde e os demais setores estruturantes para sociedade, educação e assistência social principalmente, faz com que as situações geradas pelas condições sociais cheguem às unidades travestidas de necessidades de saúde. Na construção do SUS, portanto, a capacidade de formulação de propostas alternativas para a compreensão da saúde e sua prática é elemento fundamental para a luta por um projeto de sistema, por um projeto de sociedade, para a disputa pela hegemonia setorial.

Esta disputa se dá diariamente dentro dos serviços, na luta contra o modelo médico hegemônico, a cultura arraigada dentro dos próprios usuários e dos trabalhadores. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS. (FEUERWECKER, 2005)

Atualmente o Ministério da Saúde vem pautando a qualificação do trabalhador do Sistema Único de Saúde através de vários dispositivos de tecnologia leve, tal como a utilização da política de educação permanente em saúde.

2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA SAÚDE COLETIVA

No campo da saúde, a sociedade tenta por séculos desenvolver uma ação que seja capaz de solucionar os problemas do atendimento dos indivíduos necessitados não apenas de uma atenção individual, mas sim de uma assistência integral e humanizada.

De modo tradicional, os órgãos que trabalham com saúde tendem a aplicar políticas públicas de saúde de forma fragmentada, como por exemplo, a gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, ou mesmo estas divididas em suas especialidades.

Daí, a importância da educação permanente que constitui na prática uma grande solução para uma ferramenta de otimização das relações, chamada de empoderamento (empowerment). Nas palavras extraídas do curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde temos:

A educação permanente é uma oportunidade de produzir diálogos e cooperação entre os profissionais e entre os serviços (hospitais e rede básica de saúde, por exemplo), e entre gestão, atenção, formação e controle social para que as áreas se potencializem e ampliem o sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade. (SILVA et al., 2003, p. 05)

Como se não bastasse a problemática dos órgãos, temos também a problemática, no tocante aos profissionais, que muitas vezes são tratados como “caixas vazias”, ou seja, profissionais especializados em um único setor, responsável apenas por partes e nunca pela realização do todo coletivo, gerando assim a falta de compromisso do profissional com o usuário e o próprio serviço que este presta. Outra dificuldade que merece ser mencionada é a comparação que desvaloriza outros profissionais da área de saúde em relação ao médico, ponto que não nos prenderemos neste momento.

Este último problema a desvalorização profissional é um vetor de problemas, pois faz com que a cooperação e a boa vontade dos participantes do processo de integralização e

humanização a saúde seja quebrado, trazendo prejuízo no desempenho da implantação de melhorias.

Com as mencionadas dificuldades de gestão e de relacionamento, podendo até citar, de responsabilização com o trabalho, não é difícil notar que a atenção à saúde está prejudicada, e conseqüentemente a integralidade e a humanização também.

Diante do quadro que se encontra a saúde, não seria estranho notar a existência de dificuldades enormes para se chegar a esta tão desejada saúde integral e humanizada. Mas, isso é possível sim.

Com a mudança de comportamento dos gestores em saúde que valorizam novas práticas como, por exemplo, a visão do espaço do coletivo como algo concreto destinado a escuta e circulação de informações, fazendo com que o grupo seja tomador de decisão, ficará sem dúvida mais acessível a chegada da atenção integral e humanizada na saúde coletiva nos municípios do interior da Paraíba, e também a nível de Brasil. No estágio atual podemos dizer que todos os gestores concorrem para que esta idéia se torne uma realidade.

Esta meta só será alcançada através de muito empenho por parte dos colaboradores (profissionais da saúde) e também por parte dos usuários, que serão beneficiados com a efetiva implantação da saúde integral em sua comunidade.

O conhecimento científico é um conhecimento real que lida com toda forma de existência manifestada de algum modo, obtido de forma sistemática, racional e experimental através de uma metodologia rigorosamente conduzida (MARCONI, 2009).

Metodologia é a arte de conduzir o espírito na investigação da verdade (FERREIRA, 1986). Portanto, trata-se de um conjunto de técnicas e métodos imprescindíveis à produção do conhecimento científico, isto é, a execução prática do pensamento científico diante do processo de apreensão da realidade. Dessa forma, a metodologia é de vital importância para o desenvolvimento da pesquisa e alcance dos resultados desejados (COLZANI, 2010).

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa pode ser definida como um apanhado sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema. (MARCONI, 2009). Ou ainda como um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos. (ANDRADE, 2001)

A presente pesquisa trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo, com análise estatística e procedimento comparativo e descritivo. A técnica usada foi a observação direta extensiva (MARCONI, 2009).

No desenho de estudo em que a estratégia de observação da população é do tipo observacional, o investigador não controla nem a exposição nem a alocação dos indivíduos, lançando mão de uma situação dada e verificando os resultados sem intervenção (MEDRONHO, 2009).

Estudo transversal, seccional e prevalência são termos usados como sinônimos. Caracteriza-se quando as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento, mas que podem referir-se a este momento e ao passado, incluindo, portanto, informações retrospectivas (PEREIRA, 2004).

A pesquisa de cunho descritivo, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Elas podem ser de incidência ou prevalência (PEREIRA, 2004). O estudo descritivo objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, estabelecer relações entre variáveis (GONSALVES, 2007).

Enfim, o método quantitativo é aquele que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados devendo ser utilizado quando é exigido um estudo exploratório ou em diagnóstico iniciais de uma situação (GRIEP, 2010). As abordagens quantitativas são aquelas que quantificam as informações coletadas através de procedimentos estatísticos e matemáticos, tendendo a focar na análise para examinar as partes dos componentes de um fenômeno como forma de garantir a exatidão dos resultados. Enquanto que a metodologia qualitativista corresponde a um espaço mais profundo dos fenômenos e de suas relações, captado através da análise subjetiva das informações (SEABRA, 2009; COZBY, 2003).

O procedimento comparativo e descritivo visa conhecer para descrever com exatidão os fatos e fenômenos da realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Esse desenho de estudo propõe expor as características de determinada população ou determinado fenômeno assim como verificar a frequência da doença em função das variáveis ligadas ao tempo, espaço e a pessoa (ROUQUAYROL, 2006).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O trabalho foi realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB, que ocupa uma área total de 565,8km² e detém uma população de 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres. Encontra-se situada na extremidade ocidental do estado da Paraíba, no Alto Sertão, distando cerca de 465 km da capital João Pessoa. Limita-se a norte e leste com São João do Rio do Peixe, oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao sul com São José de Piranhas, a noroeste Santa Helena e a sudeste Nazarezinho (IBGE, 2010).

O município foi criado pela lei nº 92 de 23 de Novembro de 1.863 e instalado em 23 de Novembro de 1.864. Conta com 15 Unidades de Saúde da Família, distribuindo-se 11 em zona urbana e 4 na zona rural; constituídas de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. O município dispõe ainda de Unidades de Pronto Atendimento, hospital municipal de atendimento materno infantil, policlínica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família; e órgãos estaduais, sendo localizada de acordo com o Plano Diretor de regionalização na 9º Regional de Saúde, Hospital Regional de Cajazeiras, Maternidade, e Banco de Leite Humano além de apresentar serviços de referência e contra-referência. (CNES, 2011)

3.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Os sujeitos envolvidos em um estudo científico têm informações cruciais para sanar nossas interrogações que, por sua vez, apenas podem ser obtidas através dos mesmos (MONTENEGRO, 2010).

A população de um estudo é um conjunto de elementos, ou melhor, um grupo de indivíduos da qual se deseja obter dados em um estudo particular, desde que todos contenham pelo menos uma característica em comum. Já a amostra é definida como um subconjunto finito da população, destacando que os indivíduos elegidos necessariamente precisam apresentar as mesmas características da população para que possa ser considerada representativa (MEDRONHO, 2009).

A população eleita para participar do estudo foi caracterizada pelos 230 profissionais do serviço de Atenção Básica de Saúde de Cajazeiras – PB, Brasil, incluindo médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal, considerando que essa é a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para se compor uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.

A amostra do estudo constituiu-se de 20% do universo populacional, totalizando 46 profissionais, em pleno exercício profissional, selecionados através da técnica de amostragem estratificada. Nesse sentido, participaram do estudo 34 profissionais atuando na zona urbana de Cajazeiras e 12 na zona rural. Todavia, um entrevistado recusou-se a participar, encerrando-se a amostra em 45 indivíduos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo, os profissionais atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município de Cajazeiras, em pleno exercício de suas atividades e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Foram excluídos do estudo, os profissionais que estiveram ausentes de suas atividades por motivos justificáveis e os que não concordaram em participar da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de duas técnicas: questionário semi-estruturado e um roteiro de entrevista, sendo que esse instrumento foi previamente testado, com objetivo de adequar os termos, bem como verificar qualquer vieses, aplicado

O questionário caracteriza-se como um conjunto de questões, sistematicamente articuladas, que tem por finalidade obter informações dos sujeitos pesquisados acerca de sua

opinião sobre o assunto em estudo. A entrevista, por sua vez, trata-se de uma conversação oral entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto; isto é, o principal interesse do pesquisador é conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos (SEVERINO, 2007).

Optou-se por esse tipo de instrumento (APÊNDICE A) por acreditar que é a melhor forma de descrever os relatos individuais e compreender as especificidades de cada um.

O referido instrumento possibilitou identificar o perfil dos participantes (sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de serviço etc). Esses dados capacitaram o pesquisador a entender melhor a amostra que foi utilizada. O questionário apresenta ainda dados relacionados com as características e a organização do trabalho da equipe de Saúde da Família ao qual estão vinculados; bem como apresentou dados/falas relacionados com o significado do trabalho em equipe para o entrevistado, como ele se sente enquanto profissional da Unidade de Saúde da Família a qual trabalha e como ele se percebe no processo de trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família, para tanto as respostas foram gravadas com auxílio de um aparelho mp3.

3.5.1 Elenco de Variáveis

As variáveis de estudo foram: características sócio-demográficas (gênero, idade, escolaridade e local de residência), comportamentais, bem como relacionadas ao processo de trabalho. As variáveis contempladas no estudo estão caracterizadas no quadro 1.

Quadro 1. Elenco de variáveis do estudo

EVENTO/CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Aspectos Sócio-	Local de residência	Município onde reside Macrorregional do Estado da Paraíba Gerências regionais de saúde	Local de ocorrência dentre os 223 municípios do estado da PB: I Gerência; II III ;IV ;V ;VI ;VII ; VII IX ; X e XII Gerência .
	Sexo	Condição ou característica biológica do indivíduo	Feminino/Masculino

demográficos	Faixa etária	Idade em anos (Idade de acordo com Organização Mundial de Saúde – OMS)	Faixa etária a ser agrupada em intervalos
	Escolaridade	Verificar o nível de escolaridade do indivíduo	0 – Alfabetização; 1 - Regular do ensino fundamental; 2 - Regular do ensino fundamental; 3 - Regular, EJA – Educação de jovens e adultos, Supletivo do ensino médio, 2º grau. 4 - Superior de graduação; 5 - Especialização de Nível Superior; 6 – Mestrado; 7 – Doutorado.

EVENTO/CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Aspectos Profissionais	Tempo de trabalho na Unidade	Tem em anos de serviço na Unidade de Saúde da Família	0 - menos de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; mais de 10 anos
	Renda Mensal	Renda mensal em números de salários mínimos	menor que 1 salário mínimo; 1 a 2 salários mínimos; 3 a 4 salários mínimos; 5 a 6 salários mínimos; 7 a 8 salários mínimos; 9 a 10 salários mínimos; maior que 10 salários mínimos;
	Satisfação com renda mensal	Grau de satisfação do profissional com relação a sua renda mensal	muito baixa; baixa; razoável; boa
	Situação profissional	Caracterização da forma de emprego que o(s) profissional (is) acumula(m)	apenas emprego público; acumula emprego público e emprego privado; outros.
	Contratação	Forma de contratação na USF	processo seletivo; concurso público; convite/simples ocupação de vaga disponível; outra.
	Treinamento	Participação do profissional em curso ou treinamento introdutório para atuar	Sim; não.

Caracterização da Unidade de Saúde da Família	População assistida	na ESF	apenas zona rural; apenas zona urbana; zona rural e zona urbana
Aspectos de processo de trabalho	Atividades desenvolvidas	Atividades que o profissional desenvolve na USF	orientação de enfermeiros; orientação de ACS; orientação de TSB; Consulta médica/de enfermagem; Visita domiciliar; Atividades educativas/ palestras para a comunidade; Atendimento ambulatorial; Trabalhos com grupos específicos; Entrega de medicamentos; Marcação de exames; Solicitação de consulta domiciliar; outra(s).
	Dificuldades enfrentadas pela USF	Dificuldades enfrentadas pela USF em seu dia-a-dia de funcionamento	relação com os pacientes; condições de trabalho; salário; falta de material; desinformação; outros.
	Planejamento das atividades	Frequência de planejamento das atividades profissionais na USF	Sim. Com que frequência? Semanalmente; Mensal; Outros. Não
	SIAB	Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica no planejamento das atividades	Sim; não.
	Painel de situação	Organização de "painel de situação" pela equipe, com os mapas, dados e informações de saúde do território	Sim. Com que frequência? Semanalmente; Mensal; Outros. Não
	Controle social	Participação da comunidade na discussão da qualidade da assistência	Sim; não.
		Participação de representantes de movimentos ou segmentos sociais no planejamento das atividades da equipe de S.F.	Sim; não.

	Dificuldades profissionais	Dificuldades encontradas pelo profissional no dia-a-dia de trabalho	Falta de transporte; Falta de infra-estrutura; Acesso a USF; Falta de equipamentos/recursos materiais; Escassez de Profissionais; Ausência de médicos especialistas; Falta de medicamentos; Dificuldade/demora na marcação de exames; Fragilidades no sistema de referência e contra-referência do município; Outra(s).
	Avaliação do trabalho da equipe	Como o profissional avalia o trabalho dos demais membros da equipe.	excelente; boa; regular; outros.
	Integração ao Conselho Municipal de Saúde	Participação do profissional no Conselho Municipal de Saúde	Sim; não.
	Satisfação com o atendimento da USF	Nível de satisfação da população com o trabalho desenvolvido na USF.	excelente; bom; regular; outros.

Fonte: Instrumento de coleta de dados da pesquisa. Cajazeiras, 2011.

Por fim, o instrumento dispõe de uma entrevista contendo questionamentos a fim de obter nas falas dos sujeitos sua própria percepção sobre o trabalho em equipe; como o mesmo se sente enquanto profissional da USF; e como ele se percebe no processo de trabalho desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família.

Para tanto o tratamento dos dados qualitativos foi realizado através da análise de conteúdo de Bardin, especificamente a análise temática, seguindo as três fases propostas: pré-análise (constituição do *corpus* do estudo); codificação (a transformação dos dados primários em unidades de representação do conteúdo) e categorização (agrupamento das unidades por temática e composição das categorias) (MINAYO, 2008).

3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a etapa da pesquisa onde são aplicados os instrumentos elaborados e as técnicas selecionadas para a coleta de dados previstos (MARCONI, 2009).

Inicialmente foi mantido contato com a Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras com vistas a solicitar autorização do desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família do Município, através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO E).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Após apreciação, análise e aprovação do mesmo, realizou-se um pré-teste do instrumento.

Foram realizadas inicialmente 40 visitas às instituições, em um período de 9 semanas, nos meses de setembro a novembro de 2011. Em cada visita foi aplicado primeiramente o questionário sócio-demográfico aos profissionais que se disponibilizaram a participar, mediante a assinatura do TCLE pela pesquisadora e pelos participantes, seguindo-se pela entrevista.

Diante de tal procedência, obedeceram-se etapas como: o contato inicial com a população do estudo com o intuito de explicar a finalidade da pesquisa, seus objetivos, sua relevância, os instrumentos utilizados e a necessidade de sua participação, bem como o esclarecimento da participação voluntária, da confidencialidade dos dados e de possíveis dúvidas. Com isso, foi solicitada assinatura do TCLE (ANEXO C) e do Termo de Consentimento Pós-informado (ANEXO D), assim como foi procurado um ambiente tranquilo para que o sujeito envolvido pudesse se sentir a vontade ao responder o instrumento ou agendou-se a visita para uma outra oportunidade.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao finalizar a coleta de dados, o pesquisador precisa processar os dados para se detectar possíveis falhas ou erros que possam confundir ou distorcer as informações a tempo de não prejudicar no resultado da pesquisa (MARCONI, 2009).

Analisar significa decompor e examinar sistematicamente os elementos que compõem o texto. É nessa etapa que o pesquisador entra em maiores detalhes sobre os dados coletados, procurando estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas (MEDEIROS, 2010).

Os métodos quantitativos sacrificam a compreensão do significado, uma vez que descrevem de forma objetiva, sistemática e numérica, o conteúdo, manifesto da comunicação. O método qualitativo difere do quantitativo à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema; mas busca aprofundar-se no mundo dos significados, das ações e das relações humanas (MINAYO, 2008).

Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando eventuais omissões de respostas. Os dados sócio-demográficos foram analisados através de estatística descritiva.

Os dados quantitativos foram tabulados com o auxílio do Software SPSS Statistic for Windows – versão 19 e analisados com o auxílio da estatística descritiva. Em seguida os resultados, foram apresentados em forma de gráficos e tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente. Enquanto os dados qualitativos foram analisados com o auxílio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, para interpretar os significados das falas dos sujeitos, sendo seguidas as três propostas: pré-análise, codificação e categorizações.

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Pesquisa envolvendo seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente, envolva o homem, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996).

Foram obedecidas as observâncias éticas da resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que discorre sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996). Para tanto, destacou-se aos participantes que todos os direitos dos profissionais lhes seriam reservados através da garantia de liberdade de recusa a participação ou desistência de seu consentimento durante o desenvolvimento da pesquisa, assim como a confidencialidade das informações e o cumprimento ao princípio da não maleficência. Para tanto, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação P1 à P45 na preservação do anonimato dos mesmos.

A coleta de dados iniciou-se após a assinatura da Carta de Anuência por parte da Secretária de Saúde, bem como após a assinatura do Termo Esclarecido (ANEXO C) e mediante a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, o qual obteve parecer favorável, sob protocolo de número 0439.0.133.000-11.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEIRAS - PARAIBA

Os resultados e discussões estão caracterizados quanto ao perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e a organização do trabalho destes nas Unidades de Saúde da Família de Cajazeiras – PB; assim como, as condições de trabalho a qual estes profissionais encontram-se submetidos atualmente; e as principais dificuldades de execução do trabalho das equipes de Saúde da Família do município.

Inicialmente existiu a proposta de se trabalhar com uma amostra de 100% da população. Todavia, como sabemos que a etapa de coleta é condicionada a fatores que ora independem do pesquisador, tais como o acesso a Unidade, a disponibilidade dos participantes e o tempo, dentre outros, optou-se por se trabalhar com uma amostra de 20% da população total, destarte 46 profissionais atuando em 15 equipes de Saúde da Família, selecionados pela técnica de amostragem estratificada. Entretanto, um participante se recusou a participar do estudo e a indisponibilidade dos demais profissionais de mesma categoria que o substituiu, fizeram com que a amostra se encerrasse em 45 profissionais.

Dessa forma os dados obtidos permitiram apresentar os resultados em quatro tópicos: características sócio-demográficas e da formação profissional dos sujeitos da pesquisa; características da equipe de Saúde da Família; organização do trabalho da equipe de Saúde da Família; e narrativas.

4.1 CARACTERIZANDO O GRUPO ESTUDADO

A saúde da população pode ser amplamente compreendida ao considerarmos as características pessoais, humanas e interdisciplinares que constituem os profissionais atuantes na área de saúde, pois são essas informações que possibilita um melhor planejamento estratégico das atividades que, por sua vez, precisam responder às reais necessidades da comunidade (COTTA, 2006).

O gráfico 1 mostra a frequência de profissionais envolvidos na pesquisa discriminados por cada Unidade de Saúde da Família de Cajazeiras – PB.

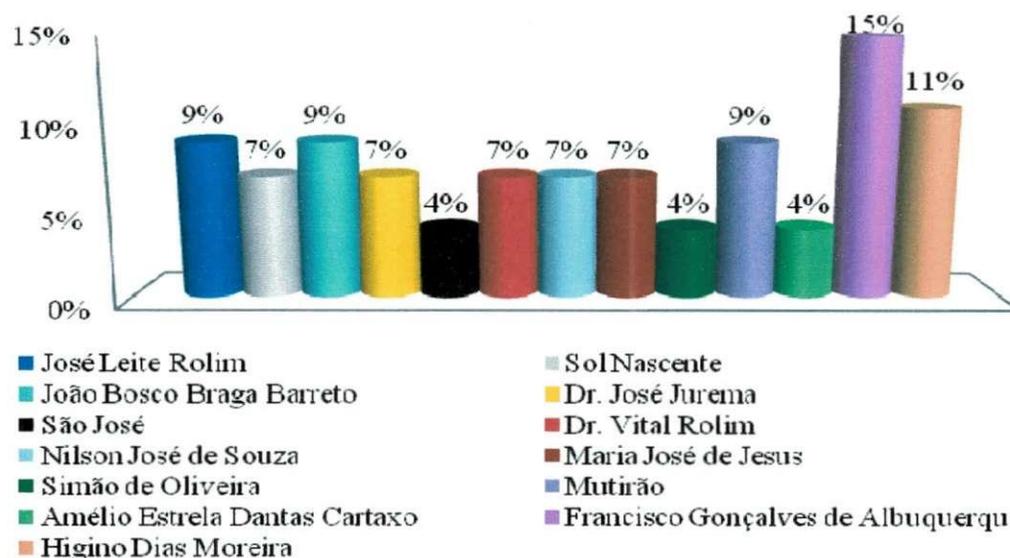


Gráfico 1 – Frequência de profissionais envolvidos na pesquisa por USF. Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

A PNAB estabelece dentre os itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família que a equipe multiprofissional da ESF responsável por, no mínimo, 4.000 habitantes, tenha como responsabilidade média 3.000 habitantes e seja integrada por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 12 ACS por equipe (BRASIL, 2006).

A cidade de Cajazeiras – PB dispõe de quinze USF, estando 11 dispostas na zona urbana (73%) e 4 na zona rural (27%); funcionando ativamente com 230 profissionais, dentre enfermeiros (15), técnicos de enfermagem (16), auxiliar de enfermagem (1), agentes comunitários de saúde (153), médicos (15), cirurgiões-dentistas (15) e auxiliares de saúde bucal (15); 171 locados na zona urbana e 59 na zona rural.

A amostra selecionada pela técnica de amostragem estratificada constituiu-se de indivíduos vinculados a 13 unidades, uma vez que o contato e o acesso as outras duas não conseguiu ser alcançado com sucesso, estando distribuídos da seguinte forma: 15% da amostra encontram-se em atividade na USF Francisco Gonçalves Albuquerque e 11% na Higino Dias Moreira, lembrando que estas estão localizadas na zona rural; 9% na José Leite Rolim, 9% na João Bosco Braga Barreto, 9% na Mutirão, 7% na Sol Nascente, 7% na Dr. José Jurema, 7% na Dr. Vital Rolim, 7% na Nilson José de Souza, 7% Maria José de Jesus, 4% São José; 4% Simão de Oliveira e 4% Amélio Estrela Dantas Cartaxo. Destes trabalhadores da saúde 31 representavam os Agentes Comunitários de Saúde (69%), 3

enfermeiros (6,65%), 3 Técnicos de enfermagem (6,65%), 3 cirurgiões-dentistas (6,65%), 3 auxiliares de Saúde Bucal(6,65%) e 2 médicos (4,4%).

4.1.1 Aspectos sócio-demográficos

A tabela a seguir expõe os dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa

Variáveis	n	%
Idade:		
21 – 30 anos	15	33,5
31 – 40 anos	14	31,1
41 – 50 anos	13	29
51 – 60 anos	02	4,5
61 – 70 anos	01	2
Gênero:		
Feminino	32	71
Masculino	13	29
Cor/Raça:		
Branca	18	40
Preta	04	9
Parda	23	51
Amarela	-	-
Indígena	-	-
Estado civil:		
Casado(a)	21	47
Divorciado(a)/Desquitado(a)	03	7
Viúvo(a)	01	2
Solteiro(a)	20	44
Total	45	100

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

A faixa etária variou de 23 a 62 anos, sendo a maioria constituída de pessoas com idade entre 21 e 30 anos (33,5%) e sua mediana correspondente a 38 anos. Com isso, pode-se afirmar que se trata de um grupo constituído por adultos jovens, provavelmente com maior disposição e disponibilidade para o exercício do trabalho em saúde; como também profissionais com idade mais elevada, na faixa etária acima dos 60 anos, o que coincide com maior tempo de atividade profissional, o que nos leva a crer que a vasta experiência e prática em saúde é capaz de contribuir com o desempenho eficaz das ações em saúde.

Com referência ao sexo houve maior índice de indivíduos do sexo feminino, correspondendo a 32 (71%) do total de participantes. Este dado sofre forte influência da

história do cuidado em saúde do século XIX, a qual atribui à mulher o papel do cuidar, de tal modo que a área de saúde foi se tornando eminentemente feminina, influenciada por questões culturais e de gênero, associada à definição de papéis (ALMEIDA, 2003).

Quanto à cor/raça predominante encontra-se a parda, totalizando 23 profissionais (51%), seguindo-se pela cor branca com 18 (40%) e preta, 4 indivíduos (9%).

Em relação ao estado civil, 47% afirmaram encontra-se casado(a), 44% solteiro(a), 7% divorciado(a) e 2% viúvo(a). Isso permite expor que, mesmo a grande parcela da população de estudo encontrando-se casada, essa tem buscado na força de trabalho a estabilidade e independência financeira.

4.1.2 Aspectos quanto à formação profissional

Em relação ao nível de escolaridade, a tabela 2 coloca que 33 (73,5%) participantes do estudo referiram formação em nível médio, 5 (11%) disseram ter curso superior de graduação, 5 (11%) têm mestrado e 2 (4,5%), especialização de nível superior. Dos 12 profissionais (11%) com formação de nível superior, 03 são graduados em enfermagem (25,1%), 03 em odontologia (25,1%), 02 em medicina (16,6%), 02 em geografia (16,6%) e 02 em história (16,6%). Em sua maioria, 10 (83,4%) profissionais são formados por instituições públicas de ensino, com tempo de conclusão variável entre 3 e 32 anos, média de 12,9 anos e mediana 11,5 anos.

A formação profissional é importante de ser detalhada, uma vez que os sujeitos da pesquisa compõem-se de trabalhadores de diferenciadas áreas do conhecimento que atuam em um mesmo âmbito de trabalho, portanto, a análise de tais particularidades subsidia os dados específicos a serem expostos posteriormente. O elevado número de profissionais com formação em nível médio caracteriza grande parcela da amostra estudada e isso se justifica pela acessibilidade mais fácil a esses profissionais quando comparados aos de nível superior, como pelo nível de escolaridade mínimo exigido na contratação de alguns cargos que oferecem grande número de vagas.

Tabela 2 – Nível de escolaridade e formação dos profissionais da pesquisa

Variáveis	n	%
Nível de escolaridade:		
Regular, EJA, supletivo do ensino médio, 2º grau	33	73,5
Superior de graduação	05	11
Especialização de nível superior	02	4,5
Mestrado	05	11
Total	45	100
Graduação:		
Enfermagem	03	25,1
Odontologia	03	25,1
Medicina	02	16,6
Geografia	02	16,6
História	02	16,6
Tipo de Instituição:		
Pública	10	83,4
Privada	02	16,6
Tempo de formação:		
1 – 10 anos	06	50
11 – 20 anos	05	42
21 – 30 anos	-	-
31 – 40 anos	01	8
Total	12	100
Variáveis	n	%
Pós-graduação:		
Saúde da família	02	23
Saúde do trabalhador	01	11
Enfermagem do trabalho	01	11
Endocrinologia	01	11
Ortodontia	01	11
Dentística e Odontopediatria	01	11
Ortopedia/Traumatologia	01	11
Metodologia do ensino superior	01	11
Total	09	100
Tipo de Instituição:		
Pública	2	29
Privada	5	71
Total	7	100

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Rocha (2007) afirma que os profissionais graduados recentemente mantiveram um contato com currículos de cursos mais generalistas e com ênfase na promoção e prevenção nas ações básicas de saúde, inclusive com discussões acerca da ESF, isso porque a ESF trata-se de uma proposta relativamente nova. Mas, para o autor as universidades não têm conseguido acompanhar o ritmo das mudanças e ainda continuam formando profissionais com dificuldades de inserção no contexto social e das organizações.

Refletindo sobre o trabalho em saúde é necessário considerar o contexto social e procurar novas maneiras de agir no cotidiano de nossas práticas, tornando-nos disseminadores desse novo olhar, desse novo agir em saúde. Pensar sobre o objeto de trabalho em saúde entende-se que além da direcionalidade técnica (instrumentos), tecnologias e o conhecimento, existem um aspecto muito importante que envolve as relações interpessoais, a subjetividade. Considerando os elementos de trabalho em saúde ao se contemplar o objeto, sabemos que cuidar é foco capital, o ponto de partida, na qual se visam todos os aspectos para a produção do cuidado.

Como forma de suprir essa deficiência, a prática mostra que os profissionais vêm buscando cursos de especialização a fim de que possam ficar respaldados com conhecimentos científicos necessários às exigências do mercado de trabalho.

O pensar ante as possibilidades de mudanças e fortalecimento do sistema de saúde se faz pertinente, urgente e permanente junto aos profissionais de saúde e aos gestores, a fim de se concretizar uma assistência à saúde da população com qualidade e com vistas à promoção integral do cuidado. O processo de trabalho em saúde que prima pela humanização, integração e qualidade da atenção nos leva a considerar um princípio educativo demandado pelo trabalho. A Educação Permanente em Saúde (EPS) se mostra como uma política de transformação das práticas de trabalho através da aprendizagem onde o ensinar e o aprender no cotidiano do processo de trabalho se aliam.

Desse modo, sete sujeitos da pesquisa contêm especialização de nível superior, dois (28,5%) com mais de uma especialização, totalizando nove modalidades de cursos diferentes, apenas 23% são especialistas em saúde da família e 11% em saúde do trabalhador, estando as demais distribuídas em áreas afins da saúde (55%) e 11% em área complementar à docência, metodologia do ensino superior. Essa situação demonstra o crescente número de profissionais de formação superior com especialização divergente da área que atuam; no caso da pesquisa, uma pequena minoria possui curso complementar na área de saúde da família, compreendendo assim a reprodução de um modelo pedagógico de ensino centrado em conteúdos, organizados de maneira isolada, incentivando a especialização e perpetuação de

modelos tradicionais de assistência que fragmenta o indivíduo em especialidades clínicas (SILVA, 2010).

Moysés (2002) afirma que é necessária a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micro-políticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares etc. induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseado em cidadania, solidariedade e humanização.

Nessa perspectiva, pensar a estratégia Saúde da Família como eixo reorientador das práticas, nas unidades básicas de saúde, pressupõe uma reestruturação sob uma nova lógica, que só poderá ser concretizada a partir de um novo olhar e um novo fazer, centrado no usuário, dentro desses “novos serviços”.

Rocha (2007) descreve que a realização de um curso de especialização não necessariamente significa considerar toda a competência neste fato, mas que esta formação contribui de forma positiva na prática profissional quando se pensa nessa proposta como uma oportunidade de qualificação e de adquirir conhecimentos não obtidos na graduação.

Vejamos o que Merhy (2003) coloca acerca do modelo médico hegemônico:

“No modelo médico-hegemônico, o núcleo cuidador ocupa um papel irrelevante e complementar, em relação ao núcleo profissional. A implicação mais séria desse modelo é o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde; em particular, do próprio médico. Um outro problema existente é a submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica: tal lógica empobrece consideravelmente o seu núcleo cuidador. Alguns autores advogam que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico compromete seriamente a eficácia da intervenção; inversamente, podemos dizer que a morte da ação cuidadora dos diversos profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos” (MERHY, 2003, p.10).

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam, no campo da cooperação (núcleo cuidador), pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica (núcleo profissional/específico), pelo conhecimento

técnico-científico, da clínica, do planejamento e ainda o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços (NOGUEIRA, 2007).

A capacitação é de fundamental importância para o aprendizado das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, pois a busca por essa estratégia especializada de aprendizagem pode qualificar a assistência prestada à medida que melhora o desempenho individual e incentiva o trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe (OLIVEIRA, 2010).

Sabendo que o conhecimento, a tecnologia e as exigências da profissão crescem continuamente, cada vez mais rápido, os profissionais que têm como desejo se manter competente e competitivo para acompanhar essa evolução, deverão buscar o aprendizado contínuo. A educação permanente é o processo pelo qual o profissional constantemente se atualiza na sua área e em sua vida.

O percurso histórico do ensino de saúde brasileiro nos remonta a um modelo de formação profissional centrado nas ciências biológicas, voltado a uma assistência curativa e individual, desenvolvido através do emprego de procedimentos técnicos e com valorização da especialização.

A partir da construção de um novo modo de agir na produção do cuidado, que sugere além de um processo de trabalho que aposta na relação de equipe, também em uma solidária rede de conversas entre os próprios trabalhadores no momento de produção levando à interação de saberes e práticas, à constituição entre os trabalhadores de um novo ideário para o trabalho em saúde voltado ao significado do cuidado (FRANCO E MERHY, 2005).

Relacionar o perfil do serviço de saúde à forma como se processa a produção de cuidado e às relações entre trabalhadores e sua clientela a uma produção imaginária de demanda, é um passo importante para avaliar a integralidade no cuidado dos serviços.

A existência de indivíduos com mais de 20 anos de formação acadêmica no presente estudo, associa a semelhança da prática destes com os moldes antigos de assistência, uma vez que esses se formaram no contexto de modelos de atenção curativista e as mudanças na estrutura curricular dos cursos das áreas de saúde ocorreram somente após a instituição da Constituição de 1988 de onde passa a se pensar em um novo modelo de formação de profissionais, mais próximo dos conceitos e princípios do SUS, portanto, comprometidos com a sociedade e com os problemas de saúde, capazes de articular teoria e prática e visualizar a complexidade do ser humano dentro de uma visão integral da realidade; isso por entender que o processo de formação e o perfil do futuro profissional interferirão na organização dos

serviços de saúde, facilitando ou dificultando as mudanças necessárias ao fortalecimento do SUS (SILVA, 2009).

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. Pereira (2001), afirma que não cabe haver hierarquização de valor das tecnologias, a depender da situação, todas são importantes, porém, não se deve esquecer de que, em todas as situações, as tecnologias leves precisam estar sendo operadas.

Na perspectiva de otimização da utilização dessas tecnologias, surgem as discussões e as experiências centradas no acolhimento, vínculo e responsabilização na organização dos serviços de saúde, as quais vem se constituindo enquanto novas interfaces dialógicas, com grandes potencias para a reconstrução das práticas e produção do cuidado (AYRES, 2004).

4.1.3 Aspectos referentes à experiência profissional

A tabela a seguir discrimina o período de trabalho de cada categoria de servidores na unidade a qual se encontra atuando.

Tabela 3 – Tempo de trabalho do profissional na USF

Profissionais	Tempo de trabalho na USF							
	< 1 ano		1 a 5 anos		6 a 10 anos		> 10 anos	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
Enfermeiros	-	-	3	100	-	-	-	-
Téc. de Enfermagem	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3
ACS	2	6	9	29	8	26	12	39
Médicos	1	50	1	50	-	-	-	-
Cirurgiões-dentistas	-	-	3	100	-	-	-	-
ASB	-	-	3	100	-	-	-	-
Total	4	9	20	44	8	18	13	29

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

44% da amostra obteve maioria ao afirmar que se enquadram no intervalo de 1 a 5 anos de serviço naquela unidade, 29% por um tempo maior que 10 anos, 18% 6 a 10 anos, lembrando que a maior parte dos ACS constitui a categoria que está há mais tempo na USF,

por um período de tempo maior do que 10 anos; e em virtude do trabalho destes, a cada dia mais próximo da comunidade, vivenciando seus anseios da comunidade, acabam por conhecer mais profundamente as condições de vida e de saúde da população. Partindo do pressuposto que um ano é suficiente para que os profissionais estejam inseridos na rotina do serviço e familiarizados com as políticas de saúde que regem o SUS, apenas uma minoria, 9%, apresentaram o período inferior a 1 ano.

O tempo de experiência em ESF é um fator preponderante na qualidade da assistência ao paciente, ele favorece a experiência na profissão logo que o trabalhador convive com diversas situações, ao tempo que esse convívio fornece a construção de vínculos entre profissional e usuário. Alves (2004) aponta a preocupação com a rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde da Família em tão pouco tempo de implantação da ESF e o autor atribui isso, à possível busca de municípios que ofereça maiores vantagens financeira, melhores condições de trabalho e de qualidade de vida. O rodízio desses profissionais traz prejuízos à integração com equipe, famílias e comunidade além de implicar perda de pessoas estratégicas, o que pode gerar rupturas e prejudicar a eficiência (MEDEIROS et al., 2005).

Tabela 4 – Número de empregos disposto por cada categoria profissional

Profissionais	Número de empregos							
	01		02		03		> 03	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
Enfermeiros	3	100	-	-	-	-	-	-
Téc. de Enfermagem	1	33,3	2	66,6	-	-	-	-
ACS	28	90	3	10	-	-	-	-
Médicos	-	-	-	-	1	50	1	50
Cirurgiões-dentistas	-	-	2	66,6	1	33,3	-	-
ASB	3	100	-	-	-	-	-	-
Total	35	78	7	15,5	2	4,5	1	2

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Outro aspecto a destacar é a participação do profissional em outros vínculos empregatícios como podemos observar na tabela 4, onde os técnicos de enfermagem (66,6%), alguns ACS (10%), médicos (100%) e cirurgiões-dentistas (100%) dispõem de mais de um emprego. Acredita-se que esse profissional conviva com essa realidade por não ser remunerado de forma compatível com sua formação e competência, não desmerecendo a classe do enfermeiro que segundo a amostra dispõe de apenas um emprego, mas existem aspectos do cotidiano (família, número de filhos, número de empregados dentro do ambiente familiar, padrão de vida) que não podem ser dispensados quando se coloca essa perspectiva,

ninguém trabalha em mais de um local só porque deseja, mas pelas condições salariais associadas às condições de vida.

Tabela 5 – Forma de contratação do trabalhador na USF

Profissionais	Forma de contratação na USF							
	Processo seletivo		Concurso público		convite/simples ocupação de vaga disponível		Outro	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
Enfermeiros	-	-	3	100	-	-	-	-
Téc. de Enfermagem	2	66,6	1	33,3	-	-	-	-
ACS	30		1	33,3	-	-	-	-
Médicos	-	-	-	-	-	-	2	100
Cirurgiões-dentistas	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-
ASB	2	66,6	1	33,3	-	-	-	-
Total	35	77,8	7	15,5	1	2,2	2	4,5

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Outro fator que contribui para a duplicidade de empregos é a ausência de vínculo empregatício formal com a prefeitura do município, merecendo ser revista a forma de contratação do profissional, para que o mesmo se sinta estimulado a trabalhar com mais segurança no emprego; pois o estudo em tela assim permite observar que a grande maioria dos empregados (77,8%) foram contratados através de processo seletivo, o que assegura a desvalorização, segundo eles, da categoria profissional. Com isso cresce os contratos informais, os salários passam a sofrer desvalorização o que impulsiona na busca de outros vínculos. A simples ocupação de vaga disponível (2,2%) pode referenciar uma instabilidade profissional adequada à realidade política que é quem responde pela grande rotatividade encontrada na ABS e à busca por outras fontes alternativas de renda.

A realização de concurso público demonstra a tendência dos municípios em atender às recomendações do MS para a contratação dos profissionais da ESF. Além disso, a Constituição Federal do Brasil (1988), no artigo 37, parágrafo II, diz que “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvada as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração” (BRASIL, 1988).

De acordo com Alves (2004) a estabilidade profissional, correspondente ao concurso público (tabela 5), é capaz de provocar mudanças de comportamento do profissional

pelo efeito que ela produz, sendo um agente de motivação que impulsiona modificações na conduta prática, levando a maior segurança e interesse por aquilo que faz, partindo da idéia de que o trabalhador valorizado profissionalmente desenvolve com mais qualidade e afincado aquilo a que se propõe e é esperado pela sua gerência.

Com isso, a crise que perpassa o sistema local de saúde, a nível de ABS, com fortes influências nas respostas do serviço de saúde às demandas de saúde individual e coletiva é agravada pela jornada de trabalho semanal dos servidores nas USF. Na realidade prática vivenciada dentro das Unidades de Saúde da Família de Cajazeiras – PB, o médico tem resumido seu serviço a 6 a 10h semanal de trabalho na ESF, a 70 consultas em duas horas (com perspectiva média de menos de dois minutos por cada consulta), a distribuição de receitas médicas, diluindo a qualidade da assistência e sobrecarregando os demais níveis de atenção a saúde, deixando a PNAB em segundo plano, uma política que estabelece 40h de trabalho semanal para todos os profissionais da Estratégia e descreve esta como a porta de entrada preferencial. Em contrapartida, tudo se configura como resultado do meio, os baixos salários e as condições de trabalho oferecido impulsionam o servidor na busca de melhores alternativas e qualidades de vida.

Assim, a tabela 6 demonstra a existência de profissionais que apresentam 21-40 horas (82,3%), 41-60 horas (4,5%) e mais do que 60 horas (6,6%) como carga horário de trabalho semanal; e se retomarmos a tabela 4, podemos considerar que existem profissionais que não fazem cumprir as 40 horas estabelecidas pela PNAB quando se contradizem e afirmam ter mais de um emprego, obedecendo 40 horas de trabalho semanal.

Tabela 6 – Carga horária de trabalho semanal por categoria profissional

Profissionais	Carga horária de trabalho semanal							
	≤ 20 horas		21 – 40 horas		41 – 60 horas		≥ 61 horas	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
Enfermeiros	-	-	3	100	-	-	-	-
Téc. de Enfermagem	-	-	2	66,6	-	-	1	33,3
ACS	1		27		1		2	
Médicos	-	-	1	50	1	50	-	-
Cirurgiões-dentistas	1	33,3	2	66,6	-	-	-	-
ASB	1	33,3	2	66,6	-	-	-	-
Total	3	6,6	37	82,3	2	4,5	3	6,6

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Nessa linha de raciocínio podemos enfatizar a situação profissional dos sujeitos da pesquisa, como assim mostra a tabela 7, grande parcela da amostra estudada possui emprego

público. Lembrando que os servidores que estão no mercado de trabalho há mais tempo, apresentando como forma de contratação o processo seletivo, passam por um processo de efetivação recentemente assegurados por um projeto de Lei Municipal ainda em aprovação. A minoria, representada por médicos e cirurgiões-dentistas (11%) que dispõem de mais de um emprego, assim o mantém sendo público e privado e garantido pela perspectiva de trabalho autônomo que a categoria tem de poderem manter seus próprios consultórios.

Tabela 7 – Situação profissional do trabalhador de saúde da USF

Profissionais	Situação profissional					
	Emprego público		Emprego público e privado		outros	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
Enfermeiros	3	100	-	-	-	-
Téc. de Enfermagem	3	100	-	-	-	-
ACS	31	100	-	-	-	-
Médicos	-	-	2	100	-	-
Cirurgiões-dentistas	-	-	3	100	-	-
ASB	3	100	-	-	-	-
Total	40	89	5	11	-	-

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Com relação à renda mensal desses profissionais, verificou-se uma variação de acordo com a atuação deles em outros campos, estando 77,8% ganhando de 1 a 2 salários mínimos em média; 15,5% de 3 a 4 salários; 4,5% maior que 10 salários e 2,2% de 5 a 6 salários mínimos. E ainda sim os profissionais disseram que por sua remuneração ser muito baixa, procuram outras fontes de renda; isto é, os baixos salários percebidos em cada emprego assumido quando somados é que consegue suprir suas necessidades econômicas e sociais.

Tabela 8 – Renda mensal dos sujeitos da pesquisa em número de salários mínimos

Profissionais	Renda mensal (salários mínimos)							
	1 a 2		3 a 4		5 a 6		> 10	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
Enfermeiros	-	-	3	100	-	-	-	-
Téc. de Enfermagem	2	66,6	1	33,3	-	-	-	-
ACS	30		1	33,3	-	-	-	-
Médicos	-	-	-	-	-	-	2	100
Cirurgiões-dentistas	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-
ASB	2	66,6	1	33,3	-	-	-	-
Total	35	77,8	7	15,5	1	2,2	2	4,5

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

O Ministério da Saúde propõe uma política salarial diferenciada para os profissionais que trabalham na ESF, uma vez que eles devem atuar em regime de 40 horas/semana. Os municípios mais distantes dos maiores centros urbanos deveriam oferecer um salário superior ao que normalmente é pago aos trabalhadores de saúde como forma de estimulá-los a se fixarem nos municípios. (GELBCKE, 2003). Todavia, a situação é mais complexa do que se apresenta, nem sempre essa prática pode ser visualizada e as remunerações distintas para grupos diferentes de profissionais que atuam em um mesmo programa e com responsabilidades iguais, é um agente complicador sério que precisa ser discutido e revisto pela gestão.

As considerações salariais citadas anteriormente é uma situação que repercute no nível de satisfação do profissional, destacando na coleta que 13% dos pesquisados acreditam que a sua remuneração é muito baixa; 18% afirmam ser baixa; 18% a colocam como boa; e 51% como razoável para o nível de vida a que levam e às condições de trabalho a qual são submetidos. Portanto, esse é um dos aspectos que necessita ser revisto com a maior brevidade, sob pena de comprometer a eficácia e eficiência esperada pela ESF, pois a remuneração satisfatória é fator de motivação e aumenta a produtividade em números e qualidade (NETO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2007).

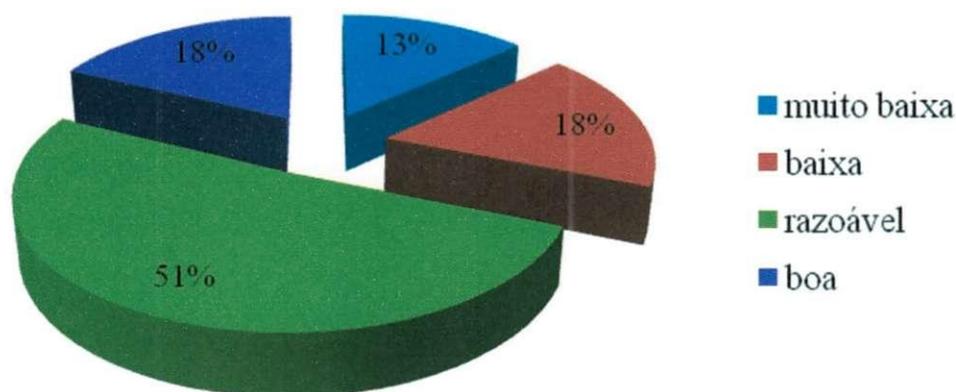


Gráfico 2 – Grau de satisfação do profissional com a sua remuneração.

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

A PNAB afirma que o processo de capacitação dos profissionais da ABS deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe, recomendando que este seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF e de responsabilidade, nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes (como é o caso de Cajazeiras – PB), da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a

Secretaria Municipal de Saúde, sendo os conteúdos mínimos regulamentados especificamente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Isso significa treinar e capacitar os profissionais sob a ótica de uma educação reflexiva e participativa, na perspectiva de prepará-los para o enfrentamento dos processos de mudanças, uma estratégia capaz de melhorar as relações e os processos de trabalho por promover atualização e aprimoramento dos profissionais (BRAGA, 2009; CAROTTA et al., 2009; KURCGANT, 2005).

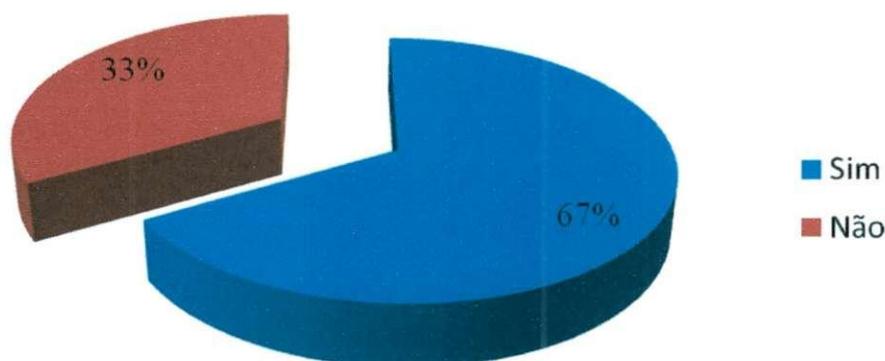


Gráfico 3 – Participação do trabalhador em curso introdutório para atuar na ESF.

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Com isso, 33% dos participantes do estudo referem não ter participado de curso ou treinamento introdutório para atuar na ESF e 67% afirmam positivamente essa participação. Os RHS constituem um importante pilar para um serviço de qualidade e eficiente, pois são eles que se encontram na linha de frente, sendo responsáveis por grande parcela da qualidade do atendimento; (BRASIL, 2006) portanto, o treinamento introdutório torna-os habilitados na análise da situação da área adscrita da ESF, identificando os problemas potenciais e emergenciais que precisam ser resolvidos assim como os ensinam na compreensão dos indicadores de saúde, em especial, os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

A adoção da educação permanente em saúde é a estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, atenção, formação e controle social no setor segundo o Ministério da Saúde (2005). Segundo Ceccim (2005), o processo de aprendizagem deve ter caráter participativo e apresentar como eixo principal o trabalho cotidiano nos serviços de saúde, ou seja, para o autor, é importante conhecer as condições inerentes ao desenvolvimento das atividades dos profissionais da equipe de saúde da família, bem como o ambiente de

trabalho onde eles atuam e assim, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho.

Com isso, a educação permanente deve partir do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propor a transformação das condutas profissionais através da reflexão crítica das práticas dos serviços de saúde, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A PNAB define como itens necessários à implantação de equipes de saúde da Família, a existência de uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, se assim consistir também em uma equipe ampliada, incluindo a saúde bucal.

Assim sendo, a ABS da cidade de Cajazeiras se organiza de acordo com as informações epidemiológicas e sociais da população, disponíveis no município; as equipes foram implantadas com a lógica de área de abrangência e população adscrita, as famílias cadastradas e a área dividida em microáreas, procedimento esse que permite o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias e fornece informações necessárias para que a equipe possa desenvolver ações programadas e diferenciadas para os grupos e famílias mais vulneráveis.

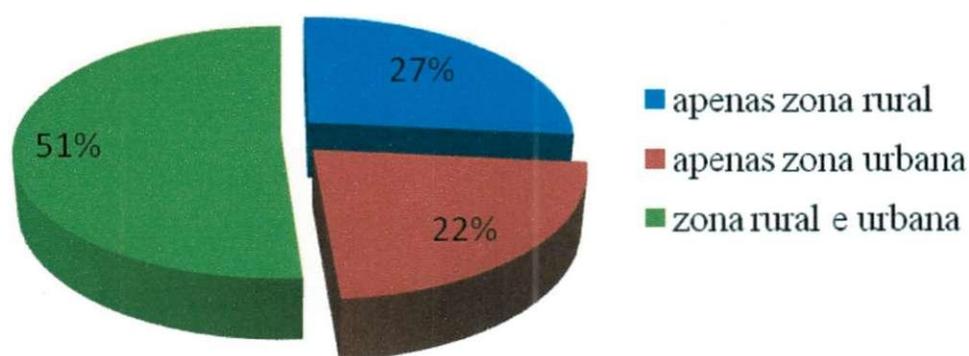


Gráfico 4 – Caracterização da população assistida pelas USF de Cajazeiras – PB.

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

O gráfico 4 representa a população que é assistida pelas unidades a qual atuam os entrevistados. 51% das 15 ESF atendem à comunidades residentes tanto na zona rural como na zona urbana; 27% apenas zona rural e 22% apenas urbana.

Ao questionar sobre o número de famílias assistidas pela unidade, 71% dos entrevistados não souberam responder o número de famílias, nem o total de pessoas que são assistidas pelas unidades. O quantitativo de famílias e de pessoas encontra-se em constante alteração, de modo que esses dados precisam estar sempre atualizados e considerando que a grande maioria da população não dispõe de casa própria e estão sempre se mudando, essa problemática é insolúvel. Todavia, esse desconhecimento pode estar relacionado à dificuldade de se reunir a equipe para discutir os problemas locais de saúde.

O MS afirma que cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de Saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão. (BRASIL, 2007)

A tabela 9 descreve os principais problemas enfrentados no cotidiano das USF de Cajazeiras – PB, distribuído segundo a opinião de cada profissional de saúde. 29 (64%) dos trabalhadores colocaram as condições de trabalho como fator adverso ao desempenho efetivo da unidade, seguindo-se pela falta de material afirmada por 27 indivíduos (27%), desinformação na opinião de 20 profissionais (44,4%), 14 (31%) colocaram o salário, 7 disseram a relação com os pacientes, 11 (24,4%) proferiram outros problemas como a desvalorização do servidor pela gestão, a falta de compromisso de membros da equipe e da gestão local, a ausência de atendimento domiciliar, a ausência de intersectorialidade, a ineficiência das ações para grupos vulneráveis; e 4 (9%) não apontaram nenhuma dificuldade.

Tabela 9 – Principais problemas enfrentados nas USF de Cajazeiras – PB.

Profissionais	Problemas enfrentados na USF											
	Relação com os pacientes		Condições de trabalho		Salário		Falta de material		Desinformação		outros	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiros	-	-	2	7	2	14,25	1	3,7	1	5	2	18
Téc. de Enfermagem	-	-	1	3,5	2	14,25	1	3,7	1	5	1	9
ACS	7	15,5	21	72	6	43	20	74,1	14	70	8	73
Médicos	-	-	1	3,5	-	-	1	3,7	2	10	-	-
Cirurgiões-dentistas	-	-	2	7	2	14,25	2	7,4	1	5	-	-
ASB	-	-	2	7	2	14,25	2	7,4	1	5	-	-
Total	7	15,5	29	64	14	31	27	42	20	44,4	11	24,4

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

A organização do trabalho em saúde deve ser capaz de promover a realização das ações de saúde pública, a ampliação das práticas clínicas com foco no vínculo terapêutico e na responsabilização com o atendimento de demandas espontâneas (PASCHE, 2007).

A qualidade dos serviços de saúde envolve vários fatores, dentre eles a capacidade de trabalhar bem em equipe. No entanto, é comum o aparecimento de conflitos que podem trazer prejuízos aos profissionais e aos usuários. Para atender a proposta inovadora de assistência à saúde e desenvolver as atividades propostas, Kurgant (2005) coloca que é preciso que se proporcionem condições adequadas de trabalho capazes de atender as necessidades dos profissionais e dos usuários, destacando entre elas a estrutura das unidades de saúde, portanto, o espaço físico e a organização do serviço como primordiais para o desenvolvimento do processo de trabalho, lembrando que o uso de equipamentos, materiais e recursos humanos não podem ser dissociados dessas questões.

4.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Lei Orgânica nº 8080/90 em seu artigo 2º, parágrafo 1º, preconiza que a organização dos serviços de saúde aconteça de forma a assegurar o acesso universal e igualitário à população, obtendo como produto final a integralidade da assistência. Gil (2006) refere que a organização dos serviços não acontece ao acaso e para o autor, as práticas profissionais ocorrem de maneira articulada a um corpo de idéias, a um conjunto de ações coordenadas que representam um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pela forma como os serviços estão organizados, geridos e financiados.

Para tanto, Ribeiro (2004) enfatiza que a abordagem com enfoque multidisciplinar é um recurso essencial para que tudo isso ocorra de forma eficaz, através de atividades como a realização do diagnóstico situacional, o planejamento das atividades e ações, o compartilhamento do processo decisório, o estímulo ao exercício do controle social e organização horizontal do trabalho.

Nesse sentido, a organização do trabalho na ESF envolve desde o funcionamento das USF até as normativas preconizadas pelo MS, incluindo os recursos humanos e a educação permanente dos profissionais; pois, acredita-se que é principalmente através do investimento nos recursos humanos que a qualidade dos serviços é alcançada, e conseqüentemente, a satisfação dos profissionais e usuários. O trabalho dos profissionais encontra-se relacionado com os processos e envolve a aplicação de conhecimentos e tecnologias no processo de cuidar e, por isso, Ribeiro (2004) ainda coloca que a organização

desse trabalho precisa ser flexível e sensível para atender as necessidades da comunidade a fim de favorecer o vínculo entre os profissionais e os usuários.

Como características do processo de trabalho da Saúde da Família, a PNAB apresenta a atualização sistemática do cadastro de famílias e indivíduos, pois são os dados referentes a esses que permitem à equipe analisar e traçar o perfil da situação de saúde do território; a definição precisa e contínua do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita; o diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando os problemas urgentes; a prática do cuidado familiar ampliado; o trabalho interdisciplinar e em equipe; a promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais; a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; a promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; bem como o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

A tabela 10 explicita as atividades que são desenvolvidas pelos profissionais na USF, discriminados por categorias. Segundo a pesquisa, todas as atividades são exercidas por 100% dos enfermeiros, exceto orientação de ASB e outras atividades como a provisão de materiais para a USF que são desenvolvidas por apenas 33,3%. Os ACS desenvolvem atividades como: orientação de ACS, perfazendo uma quantidade de 12% dos 41 ACS; visita domiciliar (100%); atividades educativas (36,5%); trabalhos com grupos específicos (27%); solicitação de consultas domiciliares de um outro profissional (61%); marcação de exames (10%) e 12% colocaram que ainda desenvolvem outras atividades como entrega de exames, acompanhamento hospitalar de pacientes da comunidades, assistência social de famílias carentes e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Dos três técnicos de enfermagem, 100% realizam visita domiciliar, 33,3% desempenham atividades educativas, 100% cumprem com o atendimento ambulatorial (curativos, retirada de pontos) e assim também entregam medicação e 66,6% ainda administram vacinas. Dos 3 ASB, 33,3% realizam orientação de ASB, 100% cumprem com o atendimento ambulatorial e 33,3% entregam medicação.

Dos três cirurgiões-dentistas, apenas 33,3% realizam orientação de ACS e de ASB e fazem visita domiciliar, 66,6% cumprem com o atendimento ambulatorial e desempenham trabalhos com grupos específicos e 100% fazem palestras para a comunidade.

Dos dois médicos, 100% realizam atividades como consulta, visita domiciliar, atividades educativas/palestras para a comunidade e atendimento ambulatorial, enquanto 50% orientam enfermeiros, desenvolvem trabalhos com grupos específicos e solicitam consulta domiciliar de um outro profissional.

Tabela 10 – Atividades desenvolvidas pelos profissionais na USF – Cajazeiras/PB, discriminados por categorias

Atividades	Profissionais											
	Enfermeiro		ACS		Téc. Enfermagem		ASB		Cirurgião dentista		Médico	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Orientação de enfermeiros	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50
Orientação de ACS	3	100	5	12	-	-	-	-	1	33,3	-	-
Orientação de ASB	1	33,3	-	-	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-
Consulta	3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100
Visita domiciliar	3	100	31	100	3	100	-	-	1	33,3	2	100
Atividades educativas/palestras	3	100	15	36,5	1	33,3	-	-	3	100	2	100
Atendimento ambulatorial	3	100	-	-	3	100	3	100	2	66,6	2	100
Trabalhos com grupos específicos	3	100	11	27	-	-	-	-	2	66,6	1	50
Entrega de medicamentos	3	100	-	-	3	100	1	33,3	-	-	-	-
Solicitação de consulta domiciliar	3	100	25	61	-	-	-	-	-	-	1	50
Mentoria de residentes	2	100	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras	1	33,3	5	12	2	66,6	-	-	-	-	-	-
Total	3	-	31	-	3	-	3	-	3	-	2	-

Fonte: USF Cajazeiras – PB.

A tabela 11 caracteriza as dificuldades que são enfrentadas pelos profissionais no dia-a-dia de trabalho. A dificuldade/demora na marcação dos exames foi citado por 36 (80%) indivíduos, portanto, considerada como problemática preponderante que tem atrapalhado a dinâmica efetiva de trabalho da ESF e o atendimento integral da assistência hoje, seguindo-se pela falta de equipamentos e de medicamentos, representando 60% cada; ausência de médicos especialistas (57,7%); escassez de profissionais (53,3%); falta de infra-estrutura (35,5%); de transporte (33,3%); fragilidades no sistema de referência do município (26,6%); acesso a USF (22,2%); nenhuma (9%) e outras (9%), como a dificuldade de cobertura populacional de 100%, o despreparo da equipe médica, ineficiência do acolhimento, e má distribuição de

família por ACS, a falta de compromisso dos trabalhadores e da gestão, principalmente deste último, com a resolutividade dos problemas, bem como a falta de diálogo entre gestão e trabalhador e a ausência de capacitações.

Tabela 11 – Dificuldades enfrentadas pelos profissionais no dia-a-dia de trabalho nas USF de Cajazeiras – PB.

Dificuldades	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Falta de transporte	15	33,3
Falta de infra-estrutura	16	35,5
Acesso a USF	10	22,2
Falta de equipamentos	27	60
Escassez de profissionais	24	53,3
Ausência de médicos especialistas	26	57,7
Falta de medicamentos	27	60
Dificuldade/demora na marcação de exames	36	80
Fragilidades no sistema de referência do município	12	26,6
Outros	4	9
Nenhuma	4	9

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Peck (2008) descreve que a ESF apresenta como estratégia fundamental a criação de vínculo, acolhimento e compromisso com a família e a comunidade o que pode proporcionar uma assistência humanizada com estreitamento de relacionamento entre os mesmos.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde da população deve ser garantido pelo Estado. Logo, é o Estado que deve procurar suprir todas as necessidades da comunidade, através do seu principal órgão reestruturante, a Estratégia Saúde da Família, sendo responsável por todo o financiamento das ações. E como podemos perceber, na tabela 11, a qualidade da assistência tem se comprometido também por conta da falta de organização e compromisso da gestão com o suprimento de recursos seja ele financeiros ou humanos.

O quantitativo de pessoal, segundo Lacerda (2006), quando não é suficiente pode gerar vários transtornos para os profissionais e para os usuários. O estresse ocupacional merece uma atenção especial, pois existe uma doença relacionada com a sobrecarga de trabalho que acomete um elevado número de profissionais na atualidade, a Síndrome do Esgotamento Profissional (Burnout). E com relação aos usuários, destaca-se principalmente a insatisfação com a assistência recebida.

A assistência domiciliar trata-se do cuidado prestado em domicílio, com base na interação entre profissionais, clientes e familiares; incluindo atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas e encontra-se inserida no processo de trabalho da ESF por promover uma relação de confiança, satisfação e fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. Destarte, essa é uma atividade de suma importância e tem o intuito de atender pessoas que não podem deslocar-se até a USF. Todavia, no município de Cajazeiras – PB essa é uma atividade que se compromete em virtude da ausência de veículo disponível para deslocar os profissionais da unidade até as comunidades mais distantes, até mesmo da zona rural; salve os profissionais que utilizam de recursos próprios para realizar essa competência.

Inclusive Cotta et al. (2006) diz que para realizar esse tipo de atividade, os profissionais da ESF precisam contar com uma infra-estrutura que seja capaz de promover o acesso dos mesmos aos domicílios, inclusive a disponibilização de transporte para esse fim.

Aguiar (2004) destaca a distribuição de medicamentos como um dos pontos positivos da ESF, na visão dos usuários. Entretanto, o próprio autor ressalta que o momento de receber o medicamento não pode caracterizar o encerramento da relação do usuário com a unidade após o atendimento médico, de enfermagem ou odontológico.

Dessa forma, é que Espínola (2006) afirma que é importante descrever a vivência e as dificuldades do profissional da Atenção, pois segundo o próprio autor, as instituições exigem muito dos profissionais, mas nem sempre as condições básicas de equipamentos de trabalho são correspondentes ao grau de exigência.

4.3.1 Planejamento da equipe e participação da comunidade

O planejamento consiste na elaboração de planos e programas de saúde em comum acordo entre todos os profissionais no trabalho e objetiva a superação da burocracia e do comodismo da simples aplicação de técnicas e preenchimento de planilhas (SANTOS et al., 2004). Para o autor, na ESF, ele vem possibilitar o alcance dos objetivos ao tempo que permite a melhora no desempenho com a otimização dos serviços, com destaque para a eficiência e a eficácia às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. É por isso que esse é considerado como um dos recursos que indica a qualidade na ABS.

De acordo com o Ministério da Saúde, o planejamento adquire importância na medida em que se configura como um mecanismo de gestão para direcionar o processo de consolidação do SUS. (BRASIL, 2007)

Tabela 12 – Planejamento das atividades dos profissionais da USF e participação da comunidade nesse planejamento.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Existência de planejamento para execução das atividades na USF:		
Não	8	18
Sim	37	82
Frequência?		
Semanal	10	27
Mensal	15	40,5
Outros	12	32,5
Utilização do SIAB como instrumento de planejamento das atividades individuais:		
Sim	18	40
Não	27	60
Organização de painel de situação, pela equipe, com mapas, dados e informações de saúde do território:		
Não	32	71
Sim	13	29
Frequência?		
Semanal	-	-
Mensal	11	84,6
Outros	2	15,4
Reunião da equipe de SF com a comunidade para debater problemas locais de saúde, assistência prestada e resultados alcançados:		
Sim	8	18
Não	36	80
Não soube responder	1	2
Participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho da equipe:		
Sim	4	9
Não	40	89
Não soube responder	1	2
Participação e/ou integração do Conselho Municipal de Saúde:		
Sim	6	13,3
Não	39	86,7
Total	45	100

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Quanto a interrogativa que versa acerca da existência de planejamento do profissional para execução das atividades na USF, 18% da amostra responderam que não

planejam essas atividades e 82% afirmaram que planejam, mensalmente sendo a frequência mais utilizada, com 40, 5%.

Na ESF, o SIAB é o principal mecanismo de coleta e consolidação dos dados gerados, trata-se de um instrumento importante de controle social do SUS, capaz de detectar desigualdades e problemas sanitários, além de avaliar intervenções e produzir indicadores de saúde através da consolidação das informações; portanto, constitui-se um importante instrumento de gestão para os profissionais que atuam como coordenadores de equipes, uma vez que direciona as ações de saúde para as reais necessidades da comunidade por meio dos dados colhidos, sistematizados e analisados através de fichas padronizadas.

Freitas (2005) revela que o envolvimento da ESF com o SIAB pode ser prejudicado em algumas realidades, pois as equipes acabam por se concentrar apenas no preenchimento das fichas; dessa forma, esquecem o verdadeiro intuito do sistema de analisar, monitorar e avaliar as informações para a realização da programação local, realidade comum no município envolvido no estudo onde grande parcela não utiliza o Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de planejamento das ações da equipe, representados na tabela 12, por 60% dos participantes do estudo.

Sobre a organização de painel de situação pela equipe, com mapas, dados e informações de saúde do território, conforme mostra a tabela 12, 71% dos participantes afirmaram negativamente sobre a realização dessa prática e apenas 29% concordaram positivamente com a realização desse método como alternativa de planejamento da equipe para o desenvolvimento de ações nas áreas mais vulneráveis.

A estratégia considera que a comunidade é a razão dela existir e essa deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema e fortalecendo o fazer democrático da saúde.

Nessa perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é quem dispõe sobre os mecanismos da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS através de duas vias: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Souza (2010) assegura que a existência de uma política que envolva os três gestores, a participação da coletividade e o controle social são o único caminho e de importância imprescindível para a construção de um novo sistema de saúde baseado na ótica desse novo modelo de atenção, mas ao mesmo tempo, enfatiza que é um processo difícil e que demanda tempo.

Com relação às questões sobre a participação da comunidade nas decisões da Unidade, através das questões a respeito da existência de reunião da equipe de SF com a comunidade para debater problemas locais de saúde, assistência prestada e resultados alcançados; da participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho da equipe; e da participação e/ou integração do profissional no Conselho Municipal de Saúde, grande parcela responderam negativamente como demonstra a tabela 12.

Oliveira (2010) informa que a satisfação profissional se reflete nas atitudes positivas dos profissionais no local de trabalho e Camelo (2008) corrobora quando incentiva a avaliação contínua desse estado e diz que os resultados precisam ser divulgados com o intuito de estimular o compromisso entre profissionais e usuários com a qualidade do atendimento. Portanto, à medida que se sentem satisfeitos e motivados, os trabalhadores desenvolvem melhor e com qualidade as suas ações.

A tabela 13 discrimina a avaliação do trabalho dos profissionais da USF segundo a percepção dos entrevistados. Em uma avaliação geral, o trabalho de todos os profissionais é classificado como sendo bom. Gouveia et al. (2009) acredita que os estudos de satisfação refletem a qualidade dos serviços e a forma como o usuário está sendo realmente tratado pelo sistema.

Tabela 13 – Avaliação do trabalho dos profissionais da USF segundo a percepção dos entrevistados.

Profissionais	Avaliação do trabalho dos profissionais da USF							
	Excelente		Bom		Regular		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiros	17	38	26	58	2	4	-	-
Téc. de Enfermagem	17	38	25	55,5	3	6,5		
ACS	16	35,5	24	53,3	4	9	1	2,2
Médicos	9	20	22	49	10	22	4	9
Cirurgiões-dentistas	11	24,4	21	46,7	12	26,7	1	2,2
ASB	16	35,5	21	46,7	7	15,6	1	2,2

Fonte: ESF Cajazeiras – PB.

Lima (2005) relata que a insatisfação dos usuários mostra a existência de problemas na forma como a assistência está sendo conduzida. E Passos (2004) diz que a satisfação dos usuários está diretamente relacionada à dos profissionais, por meio da qualidade da assistência prestada, pois a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários

são os resultados esperados na produção de bens e serviços, podendo ser o modelo de avaliação, o controle social e a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

4.4 NARRATIVAS

Esta segunda fase da pesquisa compreende as narrativas dos profissionais entrevistados. A partir de suas falas, objetivou-se identificar a percepção dos mesmos acerca de sua posição no processo de trabalho desenvolvido pela estratégia Saúde da Família.

4.4.1 Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Segundo Franco (2007) e Merhy (2008) o usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado. A busca pelo serviço se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço e essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa idéia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Assim, esta idéia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado a assistência que se presta, e se ela não for capaz de fazer com que o usuário de fato sintam-se protegido, isto é, se a idéia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado.

A desmotivação dos trabalhadores do SUS – Cajazeiras apresentava-se como fator revelador de uma série de processos mal conduzidos e com reduzidos espaços de discussões, sabendo que o trabalho constituía-se claramente como fragmentado, onde cada área técnica produzia suas agendas e intervenções, dessa forma observa-se em seus discursos:

“Hoje nessa unidade eu me sinto desmotivada, porque a gente não tem valor, não pelos profissionais da nossa equipe (...), mas a própria secretaria que desvaloriza o nível médio.” (P. 1)

“Não me sinto numa profissão muito feliz, não só pela questão financeira, mas pelas dificuldades que a gente encontra no serviço, dificuldades que acho que muitas vezes poderiam ser solucionadas se a gestão tivesse boa vontade.” (P.5)

“Desvalorizada. Primeiro em relação ao salário, porque a gente percebe que os profissionais de saúde não são valorizados em relação ao que se percebe né, de vencimentos. E depois é cobrado muita coisa de você quando não há um investimento na sua função. (...)É como se nós fôssemos assim os burrinhos de carga.” (P. 2)

“Sobrecarregado. Tudo no Programa de Saúde da Família, não tudo, praticamente tudo é de responsabilidade do enfermeiro. Não existe o comprometimento, num é nem comprometimento, a questão é de assentar responsabilidade, dividir pela equipe.” (P.3)

“Desvalorizada. Sem cargo de carreiras.” (P.4)

“O que falta é maior empenho dos profissionais, responsabilidade com aquilo que faz, não ficar sobrecarregado apenas no enfermeiro, um profissional só não é capaz de levar uma comunidade inteira nas costas, então a gente precisa de apoio do médico, do agente de saúde, do dentista, uma relação de trabalho equipe.” (P.3)

“(…) muitos profissionais perderam o entusiasmo com o trabalho, principalmente por causa da remuneração, então não recebem bem, não trabalham bem. Não deveria ser assim né, por que a gente quando vai trabalhar já sabe quais são as dificuldades que vai encontrar, então você tem que trabalhar por amor ao que você faz, não só pelo dinheiro, por que em todas as profissões tem dificuldades, então se você não trabalhar por amor, você não vai trabalhar em nenhuma.”(P.30)

“Eu to num estágio de bastante desmotivação, principalmente pela questão de relacionamento com a gestão, a questão salarial, a desvalorização. O enfermeiro é visto sempre como uma bucha de canhão.” (P.15)

“Qualquer reunião que tenha, ‘chame o enfermeiro’ para fazer público, é inauguração; então passa desde a própria desvalorização, a desvalorização profissional e também a questão financeira, que principalmente aqui em Cajazeiras está bastante decadente, principalmente quando a gente compara os outros municípios do porte de Cajazeiras. Muito desmotivado é que eu me sinto.” (P. 25)

“Nós agentes de saúde somos quem menos participa das coisas, fica muito no lugar, de todos os profissionais é o que mais trabalha, mas o que tá lá embaixo. A gente se valoriza tanto, trabalha tanto e termina láaaa. A gente somo as pessoas que fica lá no final, as pessoas que trabalha mais e as que fica no último dregau, lá de baixo.” (P.16)

“No trabalho que a gente desenvolve, ainda sim, nós somos ainda muito deixado de lado. Muitas vezes eles sempre dizem assim, o agente de saúde é o elo, é o primeiro vínculo com a unidade, mas assim, o que se diz aí em direção a secretaria de saúde, a outras

coisas, a gente é muito deixado pa trás, por que a gente sabe quem é que tá necessitando de um exame com urgência e se em caso a gente fosse diretamente marcar, seria bem mais rápido, do que a gente levar pra unidade e marcar, por que vai demorar mais. Muitas vezes quando a gente chega lá eles não marcam, volta pra unidade.” (P.18)

Assim, nas Unidades encontravam-se:

- Um elevado número de trabalhadores efetivos e atuando apenas durante um turno de trabalho;
- Grande fragmentação do processo de trabalho da equipe, ou seja, cada trabalhador respondendo por áreas técnicas específicas;
- Baixa capacidade de interlocução (aproximação, vínculo e responsabilização) com as Equipes de Saúde da Família e demais serviços da rede;
- Baixa acumulação de conceitos estruturantes para a compreensão da organização do Sistema Único de Saúde;
- Serviços de saúde que serviam e atendiam interesses de determinados grupos e indivíduos.

O processo de trabalho em saúde não consegue ser controlado plenamente por lógicas gerenciais, pois é um “trabalho vivo realizado em ato”, com autonomia dos trabalhadores e um grau de liberdade significativo no modo de produzir os atos de saúde, que é decorrente da relação subjetiva que estabelecem com o usuário. Dessa forma, atuar sobre o núcleo tecnológico de produção do cuidado é o mesmo que operar sobre o modelo tecnoassistencial, estando essas dimensões ligadas, por assim dizer, pela lógica de produção do cuidado, onde um determina o outro e vice-versa (FRANCO, 2007).

Esta disputa se dá diariamente dentro dos serviços, na luta contra o modelo médico hegemônico, a cultura arraigada dentro dos próprios usuários e dos trabalhadores, conforme ressalta Feuerwecker (2005) ao afirmar que “as idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS”.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e

processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2005).

Podemos observar, concretamente, nas falas a seguir, a percepção que os trabalhadores têm acerca da Estratégia Saúde da Família:

“O que tá no papel é muito bonito. No papel, da forma como é planejada, a Estratégia Saúde da Família é perfeita. Então a gente tem os entraves seja com a população, seja com os profissionais da própria unidade, da equipe de saúde, que dificulta um pouco o alcance desse objetivo, o objetivo do programa.” (P.19)

Um outro bloco de relatos se destaca ao expressar a posição em que o trabalhador o percebe no processo de trabalho desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família:

“Um soldado que está na batalha trazendo todos os problemas para o PSF.” (P.7)

“Uma peça fundamental, muito importante porque eu vou buscar os problemas e trás para a unidade.” (P. 9)

“De grande importância. O enfermeiro é o profissional que tá em contato diretamente com a comunidade, além dos agentes de saúde.” (P.17)

“A gente costuma dizer que a gente é a base de tudo, a gente quem leva os dados, todas as informação do que tá acontecendo em cada comunidade.” (P.21)

“De suma importância, se não for o agente de saúde lá na ponta sabendo o problema pra diagnosticar, por que quem primeiro assim dá um diagnóstico, não falando como o médico, mas eu digo assim, quando elas querem estatisticamente falando, quando se quer o número de hipertensos, de diabéticos, nós não precisamos tá na ponta dum lápis, eu sei quantos diabéticos eu tenho, quantos hipertensos eu tenho. (...) Não é mais importante que nenhum outro da equipe, mas é muito importante, porque se não for o agente de saúde a equipe fica perdida.” (P.37)

De acordo com Paulo Freire, o conhecimento só é possível na interação comunicativa, bem como a educação só pode se realizar na comunicação entre sujeitos a respeito de saberes. Para ele, a educação é uma relação entre sujeitos que vão permanentemente produzindo e ressignificando conhecimentos. (BRUTSCHER, 2005).

4.4.2 Um olhar crítico da realidade do processo de trabalho

Olhando no sentido da horizontalidade do SUS, vemos hoje um processo de mudança no modelo assistencial dos serviços de saúde de Cajazeiras. Apesar de alguns avanços na atenção básica, alguns setores ainda seguem numa lógica burocrática e centralizadora de processos. Esta dificuldade começa no próprio espaço de gestão, quando não consegue acabar com seus setores indivisíveis e intocáveis, levando para as Unidades e, por conseqüente aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, um processo de trabalho engessado e pautado nos problemas da gestão ou das equipes em detrimento das necessidades de saúde da população.

“Por um profissional exigir mais, querer melhorar o seu serviço, (...) esse profissional ele é tipo que perseguido, não pode falar, tem que se adequar ao serviço como está. (...) se a gente tá aqui trabalhando a gente sabe quais as necessidades da gente, da comunidade, a gente sabe o que a gente precisa. Quando a gente pede uma coisa, num é porque a gente tá exigindo aquela coisa, é por que a gente tá precisando daquela coisa.” (P.45)

Observa-se ainda uma contradição de modelos que são relacionados a não compreensão do processo saúde-doença. O modelo hospitalocêntrico histórico tenta fazer com que o usuário acredite que a atenção básica não tem resolutividade. Não há efetivamente o planejamento com monitoramento e avaliação das ações de saúde, persistindo no erro de ditar um modelo e operar outro completamente diferente. Outro problema que ocorre é o nível de responsabilização encontrada em alguns profissionais que ainda não é o ideal, resultando no desestímulo daqueles que tentam desenvolver um trabalho coerente com as diretrizes do SUS nas Equipes de Saúde da Família, assim como mostra as falas:

“Eu percebo que a Estratégia Saúde da Família sem o enfermeiro não anda (...). Não era pra ser assim, era pra ser como todo trabalho em equipe, então era pra todos ter participação no funcionamento da unidade, todos ter sua responsabilidade com o desenvolver do trabalho, com o bem-estar da comunidade.” (P.45)

“O trabalho em equipe é muito importante, infelizmente é muito fragilizado.” (P.32)

Este é um tema muito delicado e que reserva um momento para reflexão: Os serviços de saúde devem se adaptar as necessidades dos usuários, dos profissionais ou da gestão?

Como todo processo de mudança é gradual, difícil e demorada, ainda vemos uma prática verticalizada em algumas unidades, porém existem muitos avanços no sentido de iniciar um processo de mudança onde cada saber é importante para o desenvolvimento e continuidade do trabalho em equipe. A importância que cada trabalhador tem na construção de um sistema de saúde que seja universal, integral, de qualidade e centrado no usuário, principalmente no que tange a formação de uma equipe multiprofissional, da troca de saberes e experiências entre os atores da gestão e também com os que estão na assistência ao usuário nos demais serviços da saúde do Município.

O trabalho em equipe e entre equipes deveria, idealmente, acontecer de forma harmônica nos espaços da assistência e na gestão, mas para se chegar a esta harmonia muitos conflitos devem ser dirimidos. Num ambiente onde trabalham várias pessoas não é difícil acontecer conflitos. Quando um conflito aparece quer dizer que algo está errado, que existem problemas nos processos de trabalho ou na condução deles. Eles podem estar explícitos, implícitos nas relações, podem aparecer apenas como cochichos nos corredores, e estes conflitos são uma ótima ferramenta de mudança de processo de trabalho.

A auto-análise e a autocrítica dos atores envolvidos remetem as possibilidades de um fazer diferente, para tornar o processo de trabalho mais eficaz e a convivência mais amistosa.

Quando não há responsabilização individual no grupo, as ações não conseguem ser alcançadas, embora possam ser alcançados em detrimento da sobrecarga de alguns e não de outros. A comunicação entre os envolvidos no processo tem que ser afinado, pois quando acontece alguma falha, a ação pode perder a potência ou nem ser executada. Se isto acontece pode enfraquecer o poder do grupo e seu estímulo para continuar o plano operativo. As ações do plano devem ter viabilidade de conclusão, pois é a própria equipe que irá executá-la. Não é estratégico montar um plano com ações inviáveis que fujam a governabilidade da própria equipe ou pactuar coisas com pessoas que não estão participando da elaboração do plano. Alguns acordos são quebrados pelas equipes e, às vezes, pela própria comunidade. Estas pactuações que são desconstruídas podem ser reconstruídas se adequando ao momento que vive o grupo que planeja, ficando bom para quem gerencia, para quem executa e para quem usufrui do serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão desse trabalho, percebemos que a necessidade de avaliar o perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e a organização do trabalho destes nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras, nos permitiu identificar os padrões de comprometimento com a organização empregadora e com o trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família; relacionando ainda o processo de formação desses sujeitos e a dinâmica de trabalho da gestão com as práticas preventivas e sanitárias observadas.

Os profissionais de saúde devem levar para a roda da atenção básica discussões que tem o cuidado à saúde do usuário como tema central. Este debate qualifica o trabalho dos profissionais da atenção e reforça a sua missão, que é o ato de cuidar, aumentando o vínculo entre a comunidade, o trabalhador e a equipe de gestão.

Todo processo de produção coletiva, seja a gestão participativa, os processos assistenciais multiprofissionais ou mesmo os programas de educação permanente e outros dispositivos, podem contribuir para a formação desses trabalhadores, motivando-os a produzirem mudanças nos serviços de saúde e acreditando que toda a rede deve estar comprometida e com o olhar voltado ao usuário.

Os arranjos utilizados na rede de saúde têm sua potencialidade e isso se faz perceber nas mudanças de novas práticas dos serviços, porém não concluídas, pois é um processo em construção. Deste modo visualizamos os usuários, gestores sendo participes nesta construção coletiva. Esse dispositivo vem se entrelaçando junto a outras ferramentas e construindo esse novo modelo de atenção, com novas habilidades, capacidades, permitindo assim o cuidado humanizado e integral.

Esta luta pela democracia no campo da saúde tem contado com diferentes atores sociais comprometidos com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações e proposições (de saúde, de democracia) e com modos de fazer política compatível com a radicalidade da proposta em questão.

O desafio de propor mudanças no modelo médico hegemônico, avaliar constantemente o processo de trabalho vigente sob o eixo da integralidade e humanização, a valorização das tecnologias leve e leve-dura, a necessidade de significar e re-significar conceitos, a possibilidade do uso de novas ferramentas que potencializam o processo de trabalho e a produção de uma saúde pautada na qualidade, nos mostra que precisamos aprender a formular e trabalhar as políticas públicas de saúde e aos gestores do SUS, aprender a cuidar dessas políticas, observando comportamentos, acompanhando processos, oferecendo

assessoramento, disponibilizando informações e principalmente abrir-se para as mudanças de sentido e ordenamento gerencial.

No tocante as mudanças de práticas e processos de trabalho pode-se perceber um avanço, ainda que de forma lenta e gradual nos trabalhadores a partir da implementação de espaços dialógicos de uma gestão que considera o trabalhador na sua micropolítica, capaz de disputar um modelo tecnoassistencial contra-hegemônico ao flexneriano, que está colocado. Porém, ainda há muito que se conquistar na luta pela implementação do projeto de sociedade em defesa da saúde individual e coletiva.

Permanece assim, a proposta de implementar dispositivos que acreditamos serem relevantes no processo de organização ou reorganização das práticas de saúde. Entendemos que não existe um modelo ideal de assistência, já que o engessamento das ações não corresponde ao que defendemos, por necessitar de constante movimento do processo, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Indivíduo este, que também apresenta suas fragilidades na compreensão de todo este processo, mas que deve ser a peça fundamental na busca de uma assistência a saúde humanizada e integral. O desafio aos que trabalham com a saúde, é o de construir uma produção de saúde capaz de se firmar com novas referências para o usuário, dando-lhe segurança de que as tecnologias leves têm a potência de cuidar tal qual ele imagina e deseja.

A gestão pública na saúde ainda tem muito que avançar. As novas práticas implantadas nos mostram que a análise de processos é estruturante na organização dos serviços. É um desafio hoje, no município de Cajazeiras, fazer com que o Sistema Único de Saúde seja fortalecido, oferecendo serviços de qualidade guiados por ações cuidadoras, integrais, resolutivas e que atendam as necessidades do usuário-cidadão.

Isto pode explicar a capacidade que o processo de construção do SUS tem tido de continuar apaixonando, mobilizando e conquistando militantes ao longo desses anos e que mesmo sabendo das muitas fragilidades encontradas, acreditamos que este ainda é o melhor caminho para buscarmos uma rede efetiva de atenção a saúde dos usuários deste Sistema.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEIRAS PARAIBA

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. Atenção primária a saúde e o programa de atenção a família: perspectiva de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev. Min. Saúd. Públ.** v.1, n.1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enf.**, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004.

ANDRADE, S. M.; CORDONI JUNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

ANTUNES, R. Fordismo, Toyotismo e acumulação. In: REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interfaces – Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n. 23, p. 655-666, set./dez. 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Inter. Com. Saúd. Edu.** v.8. n.14, p.73-92, set.2003/fev.2004.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Textos de apoio em políticas de saúde**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Dr. Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 457-486, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Convergência e divergências sobre a gestão regional do SUS**. Brasília: CONASS, 2004.

_____. **Constituição Federal da República**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade: qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília, Distrito Federal, 2007.

BRAGA, AT. **Análise do serviço de educação continuada de um hospital de ensino na perspectiva da equipe de enfermagem**, São Paulo. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e [dissertação]). São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 116 p.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2006.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, sup. 1, p.48-51, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interf. Comum. Saúd., Educ.**, v.9, n.16, p.161-177, set./fev, 2005.

CECCIM, R. B. FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúd. Col.**, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúd. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar/abr., 2005.

CNES. Estabelecimento de Saúde do Município: CAJAZEIRAS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=25&VCodMunicipio=250370&NomeEstado=PARAIBA> Acesso em: 20 de julho de 2011.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G.C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: **Textos de apoio em políticas de saúde**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Dr. Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 157-179, 2006.

COLZANI, V. F. **Guia para redação do trabalho científico**. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2010.

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

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DOWBOR, T. P. **O trabalho dos determinantes sociais da saúde no Programa de Saúde da Família do município de São Paulo**, São Paulo. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

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

FONTINELE JÚNIOR, K. Programa de Saúde da Família comentado. AB. Goiânia – GO, 2003.

FORTUNA, C. M. ET al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 13, n.2, p.262-268, 2005.

FREITAS, FP; PINTO, IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Rev. Latino – Am Enfermagem**. V. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.

FRANCO, T. B. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: em: < http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf >. Acesso em 10 de novembro de 2011.

GELBCKE, F.L. Trabalho da enfermagem: o caso brasileiro. In: 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2003, Rio de Janeiro/RJ. **Anais do 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, p. 1 – 17, 2003.

GIACOMOZZI, CM; LACERDA, MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto – enferm**. v.15, n.4, p.645-653, 2005.

GIANINI, R.J. et al. Prática de rastreamento no cenário Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). **Rev. bras. educ. méd.** v. 32, n.1, p. 15-22, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas. São Paulo, 2002.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 4 ed. Campinas: Alínea, 2007.

GOUVEIA, G.C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. Brás. Epidemiol.** v.12, n.3, p. 281-296, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEDEIROS, K. R. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**. V. 10, n. 2, p. 443-440, 2005.

MEDINA, W. H. **Formação dos profissionais de saúde: uma análise dos cursos de especialização do pólo de capacitação, formação e educação permanente para saúde da família, Bahia**. 2007. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MEDRONHO, R. A. (edit.) *et al.* **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. **Mimeo**. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 2003.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interf. Comun. Saúd., Educ.**, v.9 n.16, set./fev., 2005.

MERHY, E. E. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. **Cad. Saúd. Púb.** v. 24, n.8, 2008.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interf. Comun. Saúd., Educ.**, v.4, n.6, p. 109-116, 2000.

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

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária a saúde**. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando um corpo ganha uma boca. Os dizeres da boca em Curitiba – Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis, CEBES. Rio de Janeiro. 2002.

NASCIMENTO, M. A. A. O desafio da clínica na Saúde da Família. In: ENCONTRO DE ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, 1., 2004, Juiz de Fora, MG.

NETO, F. R. G.; GUIMARÃES, F. R.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes de território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev. Bras. Enfer.**, v. 60, n. 6, p. 687-695, 2007.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de Saúde da Família**. OPAS/OMS: Ministério da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, T. B. S. **Câncer de boca: a abordagem preventiva na estratégia de saúde da família em Sousa**. Cajazeiras, 2010.

OLIVEIRA, W. M. A. **O Avaliação da melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: visão do enfermeiro da administração regional de saúde Oeste II – Goiás**. 2010.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Desempenho em equipes de saúde – manual**. Rio de Janeiro: Opas, 2001.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. v.12, n.2, p.312-314, 2007.

PASSOS, J. P. **A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro**. Tese[tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2004. 175 p.

PASSOS, JP; CIOSAK, SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.40, n. 4, p.464-468, 2006.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PECK, E. P. **O processo de trabalho de Estratégia de Saúde da Família**, Criciúma. 2008. 55f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Saúde da Família, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

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

RIBEIRO, L. L.; ANDRADE, L. O. A enfermagem e a construção de novos saberes e práticas a partir da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Políticas Públicas.**, v.5, n.1, 186p., 2004.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enf. UERJ**, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à Epidemiologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006).

SÁ E. T. et al. O Processo de Trabalho na Recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.30, n.3, p.461-470, 2009.

SEABRA, G. **Pesquisa científica: o método em questão**. 2 ed. João Pessoa: UFPB, 2009.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. N. et al. Programa Saúde da Família: os desafios da Formação de Recursos Humanos em Saúde. In: II Colóquio Luso-Brasileiro: sobre Saúde, Educação e Representação Social e III Fórum Internacional sobre Envelhecimento e Representação Social, 2010, João Pessoa/PB. **Anais do II Colóquio Luso-Brasileiro: Sobre Saúde, Educação e Representação Social e III Fórum Internacional sobre Envelhecimento e Representação Social**, 2010.

SILVA, J. C. C. **O trabalho de enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família**. Cajazeiras, 2009.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. Os quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 59-66, abr./jun, 2003.

SOUZA, R. F. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. labor.**, v. 1, n.3, p. 1-15, 2010.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p. 449-455, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A:
Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 Identificação

Idade _____ **Gênero** ()Feminino ()Masculino **Cor/Raça** ()Branca ()Preta
()Parda ()Amarela ()Indígena

Estado civil ()Casado(a) ()Desquitado(a)/Separado(a) ()Divorciado(a) ()Viúvo(a)
()Solteiro(a)

Nível de escolaridade: () Alfabetização ()Regular do ensino fundamental (da 1ª a 4ª série/
1º ao 4º ano) () Regular do ensino fundamental (5ª a 8ªsérie/ 6º ano 9ºano) () Regular,
EJA – Educação de jovens e adultos, Supletivo do ensino médio, 2º grau. () Superior de
graduação ()Especialização de Nível Superior (mínimo de 360 horas) () Mestrado
()Doutorado

Curso de graduação _____ **Instituição** ()Pública ()Privada

Pós-graduação _____ **Instituição** ()Pública ()Privada

Tempo de formação (anos) _____

2 Características Profissionais

Unidade de Saúde da Família (USF) _____

Há quanto tempo trabalha na USF? () menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos
() mais de 10 anos **Função na USF** _____

Número de empregos atualmente _____ **Jornada de trabalho semanal** _____

Renda mensal () menor que 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 3 a 4 salários
mínimos () 5 a 6 salários mínimos () 7 a 8 salários mínimos () 9 a 10 salários mínimos
() maior que 10 salários mínimos

Grau de satisfação com a remuneração () muito baixa () baixa () razoável () boa

Áreas de atuação/Especialidade _____

Qual a sua situação profissional? () apenas emprego público () acumula emprego público
e emprego privado () outros. Qual? _____

Forma de contratação na USF () processo seletivo () concurso público () convite/simples
ocupação de vaga disponível () outro(a). Qual? _____

Participou de algum treinamento/curso introdutório para atuar na ESF? ()sim ()não

3 Características da Equipe de Saúde da Família

População assistida pela USF ()apenas zona rural ()apenas zona urbana ()zona rural e zona urbana

Número de famílias assistidas _____ Número de pessoas assistidas _____

Quais os principais problemas enfrentados na USF?

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| () relação com os pacientes | () falta de material |
| () condições de trabalho | () desinformação |
| () salário | () outros. Qual? _____ |

4 Organização do trabalho da Equipe de Saúde da Família

Quais as atividades desenvolvidas por você na USF?

- | | |
|---|--|
| () orientação de enfermeiros | () Atendimento ambulatorial |
| () orientação de ACS | () Trabalhos com grupos específicos |
| () orientação de TSB | () Entrega de medicamentos |
| () Consulta | () Marcação de exames |
| () Visita domiciliar | () Solicitação de consulta domiciliar |
| () Atividades educativas/palestras para a comunidade | () outra(s). Qual(is)? _____ |

Você realiza planejamento para execução das atividades na USF?

- ()Sim Com que frequência? ()Semanal ()Mensal ()Outros _____
()Não

Você utiliza o SIAB para planejamento de suas atividades? ()sim ()não

A equipe de Saúde da Família organiza “painel de situação” com os mapas, dados e informações de saúde do território?

- ()Sim Com que frequência? ()Semanal ()Mensal ()Outros _____
()Não

A equipe de Saúde da Família reúne-se com a comunidade para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados?

- ()Sim Qual a última vez? _____
()Não

Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das equipes de saúde da Família? () Sim () Não

Quais as dificuldades enfrentadas por você no dia-a-dia de trabalho em uma USF?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| () Falta de transporte | () Falta de medicamentos |
| () Falta de infra-estrutura | () Dificuldade/demora na marcação de exames |
| () Acesso a USF | () Fragilidades no sistema de referência e contra-referência do município |
| () Falta de equipamentos | () Outra(s). Qual(is)? _____ |
| () Escassez de Profissionais | |
| () Ausência de médicos especialistas | |

Como avalia o trabalho dos demais membros da equipe?

Médico () excelente () bom () regular () outros. Qual? _____

Enfermeiro () excelente () bom () regular () outros. Qual? _____

Dentista () excelente () bom () regular () outros. Qual? _____

ACS () excelente () bom () regular () outros. Qual? _____

ASB () excelente () bom () regular () outros. Qual? _____

Técnico de enfermagem () excelente () bom () regular () outros. Qual? _____

Você participa e/ou integra o Conselho Municipal de Saúde?

() sim () não

ENTREVISTA

1 O que significa o trabalho em equipe para você?

2 Como você se sente enquanto profissional da USF?

3 Como você se percebe no processo de trabalho desenvolvido pelo programa de saúde da Família?

Cajazeiras, _____ de _____ de _____.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Título da pesquisa: Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano

Eu, MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO, Docente da UFCG, portadora do RG 1.603.996 SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Orientador(a)

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

ANEXO B – Termo de Concordância com o Projeto de Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano

Eu, Kylvia Luciana Pereira Costa, discente da UFCG, portadora do RG 3.221.107 SSP/PB e CPF 061.512.284-13, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Orientador(a)

Orientando(a)

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Título da pesquisa: Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Título da pesquisa: Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano** terá como objetivo geral **caracterizar a organização do trabalho e o perfil dos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano**.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário semi-estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 8853-6874** com **Kylvia Luciana Pereira Costa** ou no número **(83)**

8852-2263 com a professora **Maria Soraya Pereira Franco Adriano**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA DA SAÚDE
CNPJ: 05.325.381/0001-00
Rua Arsênio Rolim Araruna, 01 Cocodé
Fone: (83) 3531-4734

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA

Título da pesquisa: Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano

Eu, _____ RG nº: _____, li a descrição do estudo “*Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano*” e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, de forma que concordo com a realização da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que a participação é voluntária e que posso desistir da continuação do estudo, assim como os sujeitos envolvidos diretamente na pesquisa. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que não comprometa ou identifique qualquer participante.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAÍBA

ANEXO D – Termo de Consentimento Pós-informado da Pesquisa

ANEXO E – Termo de Autorização Institucional



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA DA SAÚDE
Rua Arsênio Rolim Araruna, 01 Cocodé
Fone: (83) 3531-4734

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família do município do Alto Sertão Paraibano**” desenvolvida pela discente Kylvia Luciana Pereira Costa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Maria Soraya Pereira Franco Adriano.

Cajazeiras, 16 de junho de 2011.

Luciana de Souza Abreu
Secretária de Saúde

ANEXO F - Declaração da Instituição Co-participante



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
CNPJ: 05.325.381/0001-00
Rua Arsênio Rolim Araruna, 01 Cocodé
Fone: (83) 3531-4734

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Luciana Souza de Abreu

SECRETÁRIA DE SAÚDE
DE CAJAZEIRAS-PB
CPF: 028.114.654-20

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

ANEXO G - Formulário de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE: 0439.0.133.000-11

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: Organização do Trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um Município do Alto Sertão Paraibano

PESQUISADOR: MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO

ANÁLISE DOS ITENS:

Inicialmente verificamos a presença dos seguintes documentos: Termo de Autorização Institucional; Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, Folha de Rosto, Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa, e de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ; estando tais documentos em conformidade com as normas padronizadas por este Comitê, e em concordância com a Resolução nº 196/96 do CNS/MS.

No corpo do projeto, observamos a introdução, os objetivos, hipóteses, fundamentação teórica, metodologia, cronograma e referências; estando esses elementos com harmonia e coerência científica.

Portanto, tomando por base as normas que disciplinam este Comitê, bem como de acordo com a Resolução supracitada, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 06 de setembro de 2011

Relator: 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEIRAS, PARAIBA