



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SEDE DE SOBRAL,
CEARÁ A PARTIR DA TEORIA DE SISTEMAS**

FORTALEZA-CEARÁ

2010

IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SEDE DE SOBRAL,
CEARÁ A PARTIR DA TEORIA DE SISTEMAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação em Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA-CE

2010

Albuquerque, Isabelle Mont'Alverne Napoleão

Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas/ Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque. Fortaleza, 2010

109f.; il.col.enc.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira.

Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Ceará. 109p.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Teoria de Sistemas. 4. Enfermagem I. Viera, Neiva Francenely Cunha (orient.). II. Título.

IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SEDE DE SOBRAL, CEARÁ A
PARTIR DA TEORIA DE SISTEMAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Promoção da Saúde.

DATA DA APROVAÇÃO: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora NEIVA FRANCENELY CUNHA VIEIRA
Universidade Federal do Ceará - UFC

Professora Doutora RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Professora Doutora JANAINA FONSECA VICTOR
Universidade Federal do Ceará – UFC

Professora Doutora LORENA BARBOSA XIMENES
Universidade Federal do Ceará - UFC

Professora Doutora ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO
Universidade Federal do Ceará – UFC

Professora Doutora PATRÍCIA NEYVA DA COSTA PINHEIRO
Universidade Federal do Ceará – UFC

Professora Doutora FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este estudo

À linda família que DEUS me presenteou
CÁSSIO, MATHEUS, CASSINHO E
GABRIEL, vocês me deram amor, esperança e
força para continuar o meu caminhar. Obrigada
por acreditar em mim.
AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que na sua infinita bondade e misericórdia me deu essa oportunidade e por está presente em todas as minhas realizações.

Aos meus queridos pais Gilberto e Martha, eternos amores e amigos.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, pelas horas da minha ausência em que vocês davam apoio aos meus filhos.

À minha orientadora Prof^ª Dr^ª Neiva Francenely, por seu exemplo de dignidade, amor pela enfermagem e sábias palavras de conhecimento, incentivo e carinho, acima de tudo, por me mostrar novos horizontes no campo da pesquisa.

À Prof^ª Dr^ª Raimundinha Magalhães, minha eterna professora, por estar sempre presente em minha vida e comprometida com a evolução do fazer da enfermagem e com a saúde das mulheres brasileiras.

À Prof^ª Dr^ª Lorena Barbosa, pelo carinho, dedicação e maravilhosas contribuições para o desenvolvimento deste estudo.

À Prof^ª Dr^ª Ana Karina, pelo carinho, incentivo para o doutorado e pelas contribuições para o maior aperfeiçoamento deste estudo.

À Prof^ª Dr^ª Janaína Victor, por aceitar participar da banca examinadora e também pelas contribuições para o maior aperfeiçoamento deste estudo.

Ao amigo Cid Ferreira Gomes, Governador do Estado do Ceará, pelas ajudas, incentivos e liberações para poder cursar o doutorado.

Aos amigos Odorico e Ivana, pelo incentivo e apoio para cursar o doutorado em enfermagem e por acreditar nas transformações do Sistema Único de Saúde.

À minha amiga irmã Cibelly Aliny, pelo exemplo de perseverança na fé em Deus e por todas as ajudas e contribuições para a conclusão do estudo.

À minha amiga e companheira Lili, pela presença nas idas e vindas nos caminhos difíceis entre Fortaleza e Sobral.

À minha querida Priscila, por ser presença constante e por ter cuidado de mim nas horas mais difíceis de minha vida.

À minha querida amiga Fabiane, exemplo de perseverança e determinação, por toda ajuda nos momentos de dificuldades.

Ao meu querido marido Cássio, com quem convivo e aprendo muitas coisas boas todos os dias. Obrigada Amor!

Aos meus queridos filhos Matheus, Cassinho e Gabriel, por compreenderem as minhas horas de ausência de suas vidas. Obrigado filhotes!

Às minhas secretárias do lar Silvia e Neide, pela paciência e amizade, que ficavam e com os meninos enquanto eu estudava ou estava ausente.

Aos amigos da Secretaria de Saúde de Sobral, Socorrinha Melo, Henrique, Ana Eugênia, Cesário, Evanusa, Suzana, Amélia, Cristiane, pela amizade, apoio e aprendizado na prática da atenção primária à saúde e no Sistema Municipal de Saúde de Sobral.

Ao CNPq por ter financiado a minha pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, pelos ensinamentos, acolhimento e carinho dos professores e funcionários.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, pelo apoio e incentivo, nas pessoas das Professoras Socorro Dias e Maristela Osawa.

À Prefeitura Municipal de Sobral, pelo incentivo para a pesquisa.

À todos os participantes da pesquisa: gerentes, trabalhadores e usuários das unidades básicas de saúde da família de Sobral.

E a todos que contribuíram e torcem por mim!

ALBUQUERQUE, Izabelle Mont`Alverne Napoleão. **Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas.** 2010. 109f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza.

RESUMO

A avaliação da Atenção Primária à Saúde ganha destaque no Sistema Único de Saúde (SUS), mas enfrenta desafios teóricos e operacionais decorrentes da complexidade de seus processos e de suas múltiplas causas conjunturais e históricas. Em Sobral, Ceará, a construção do Sistema Municipal de Saúde, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população claramente estabelecidas, iniciou-se em 1997. Diante disso, nos reportamos ao modelo de atenção a saúde vigente em Sobral, completou dez anos de implantação, embasado nos pressupostos do Programa Saúde da Família, e centrado nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, no sentido de avaliar como se encontra esse processo de mudança ao longo desse período. Nos propomos, neste estudo a analisar o cenário da Atenção Primária à Saúde à luz do pensamento sistêmico. Para tanto, desenvolvemos um estudo avaliativo de abordagem qualitativa, a partir dos referenciais do Pensamento Sistêmico (PS). Os atores sociais da pesquisa foram os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de três Centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará, os gerentes destes Centros de Saúde e os usuários do serviço de saúde, que aceitaram participar da pesquisa a partir da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações foram coletadas durante o ano de 2006, a partir de formulário, grupo focal e entrevista. Os dados foram analisados a partir da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Nos resultados, prevaleceram os fatores facilitadores da satisfação dos serviços apresentados: acolhimento, sentimento de conforto, limpeza das UBS, satisfação com o atendimento, a não existência de dúvidas pós-consulta, confiança no trabalho da equipe, respeito demonstrado pela equipe; Sendo os restritivos: limitadas informações sobre o funcionamento do serviço e pouca receptividade dos usuários para participação nas sessões educativas. O estudo demonstrou ainda que os profissionais da equipe de saúde da família, tem uma forte relação estabelecida com a comunidade do território de abrangência da mesma e isso se apresenta como um determinante da qualidade da assistência prestada, mostra também a importância do agente comunitário de saúde como elo de ligação entre profissionais e comunidade, a participação da comunidade nas tomadas de decisão através do espaço da roda de co gestão de coletivos, percebemos ainda a dificuldade dos gerentes dos Centros de Saúde da Família em assumir dois papéis gerenciamento e cuidado das famílias, a dificuldade de acesso da população em relação aos serviços médicos. Por fim, o estudo demonstrou que os princípios da promoção da saúde estão presentes em alguns aspectos, mas ainda precisam esforços de todas as esferas de governo para que as ações sejam fortalecidas através de políticas centradas na promoção da saúde e prevenção de doenças, permitindo um melhor desempenho dos atores na ESF, inclusive de mais investimentos que priorizem o financiamento dos componentes que dão sustentabilidade as políticas na atenção primária.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Teoria de Sistemas. Enfermagem

ALBUQUERQUE, Izabelle Mont`Alverne Napoleão. **Analysis of primary health care in the seat Sobral, Ceara from the Theory of Systems.** 2010. 109f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Federal University of Ceara, Post Graduate Programme in Nursing, Fortaleza.

ABSTRACT

The evaluation of Primary Health Care gains importance in the Unified Health System (UHS), yet it faces theoretical and operational challenges due to the complexity of its processes and its multiple conjunct and historical causes. In Sobral, Ceará, the construction of the Municipal Health System, as a set of services coordinated by local management, with defined geographic area and goals to improve the population's health situation clearly established, began in 1997. Through this, we report on the current health care model in Sobral that has completed ten years of implantation, based on presuppositions from the Family Health Program and centered on health promotion actions and illness prevention, in the sense of evaluating how this process of change is faring throughout this process and socialize, after research, the main indicators of change, enabling the redirecting of actions proposed by the actors involved in the system from the perspective of health care professionals and users. Understanding the intrinsic relationship between the Health Care model developed in Sobral and the presuppositions of Health Promotion, we propose in this study to analyze the Primary Health Care scenario in the light of systemic thinking, taking the year 2006 as reference. For which, we developed an evaluative study with qualitative approach, from the referential of Systemic Thinking (ST). The social actors in the survey were the professionals that perform in the Family Health Strategy in the three Health Centers in Sobral, Ceará: Pedrinhas, Sumaré and Padre Palhano, the managers of these Health Centers and the health service users, who accepted to participate in the survey by means of a Term of Free and Informed Consent. The information was collected by means of a form, group focus and interview. For the data from interviews, managers and focus groups, we used the Collective Subject Speech technique. In the results, the facilitating factors for the satisfaction of presented services prevailed: reception, sense of comfort, at Basic Health Units, attendance satisfaction, and non-existence of post-consultation doubts, confidence in the work team, respect demonstrated by the team; With limitations being in smaller proportions and overcome by the relevance of facilitating factors, being presented by: limited information on the running of the service and little receptivity from users for participation in educative sessions. The study demonstrated that the professionals from the Family Health Team (FHT) had a strong relationship established with the community in the territory covered and this is presented as a determinant in the quality of assistance provided. Finally, we require articulation from all the governmental and non-governmental spheres to rethink, discuss and redirect strategies that permit better performance and running of (FHTs), including more investments that prioritize the financing of components that give sustainability to policies in primary care.

Key words: Primary Health Care. Health Promotion. Theory of Systems. Nursing.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS _____	11
2	OBJETIVOS _____	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO _____	19
4	METODOLOGIA _____	22
4.1	Tipo de Estudo/ Referencial Teórico _____	22
4.2	Cenário da Pesquisa _____	24
4.3	Participantes da Pesquisa _____	27
4.4	Procedimentos para Coleta de Dados _____	28
4.5	Apresentação e análise dos Dados _____	29
4.6	Aspectos Éticos _____	33
5	RESULTADOS _____	35
5.1	Apresentando os atores sociais do estudo _____	35
5.2	Dados referentes à satisfação dos usuários com os serviços ofertados nas UBS: Sumaré, Padre Palhano e Pedrinhas _____	35
5.3	Discurso do sujeito coletivo dos gerentes dos CSF _____	39
5.4	Discurso do sujeito coletivo profissionais dos CSF _____	44
6	DISCUSSÃO _____	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	68
8	REFERÊNCIAS _____	71
	APÊNDICES _____	77
	ANEXO _____	108

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, tendo como objetivo principal contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objetivo precípua de atenção, entendida a partir do ambiente de seu contexto. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolvem as condições do seu viver. Essa compreensão implica na ampliação da atenção à saúde e do processo saúde/ doença e de procedimentos de intervenções de maior impacto e significação social.

Embora rotulado como programa, a ESF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 2000).

No Ceará, o avanço no processo de municipalização e a adoção pelo Governo Estadual, da Estratégia Saúde da Família como orientadora da atenção básica, levou a um rápido crescimento em número de equipes do PSF. Logo ficou evidente a característica ‘descentralizada’ do atendimento ambulatorial, ainda centrado na doença.

Segundo Dominguez (1999) em 1997 a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) do Ministério da Saúde elaborou um eixo estruturante do Saúde da Família, estabelecendo pontos importantes como diretrizes operacionais: o caráter substitutivo, a complementariedade e a hierarquização, a adscrição da clientela, o cadastramento das famílias, a instalação de unidades de saúde da família, a composição e atribuições da equipe. Fica claro também, a reorganização das práticas de trabalho que incluem: o diagnóstico da saúde da comunidade, o planejamento local, a complementariedade da atenção, a abordagem multiprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, o estímulo à ação

intersetorial, o acompanhamento e avaliação e o controle social, além de definir níveis nacional, estadual e municipal de competências.

Desta forma o trabalho em equipe, considerado um avanço em algumas práticas sanitárias, é um pressuposto, na ESF. Da mesma forma que se muda o núcleo básico de abordagem – o indivíduo para a família e seu espaço social -, o trabalho passa de um conjunto de ações técnicas individuais para uma atuação em equipe. Há uma dupla ampliação no jogo: o indivíduo se torna um elo com suas circunstâncias sociais, familiares e relacionais; e o profissional de saúde tem seu trabalho compreendido numa lógica de ações coletivas, planejadas e executadas de forma responsável, continuada e complementar (SOUSA; FRANKLIN, 2002).

A Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas equipes, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exija criatividade para a realização de trabalhos comunitários (BRASIL, 2000).

Atualmente os conceitos centrais do novo paradigma setorial do Ministério da Saúde (MS) são o reconhecimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida; e que a compreensão de que a promoção da saúde é o resultado de um conjunto articulado de atividades, processos e recursos de origem governamental, institucional e comunitária. Trabalhar para que esse paradigma seja de fato aplicado significa suplantando o modelo assistencialista anterior, passando para o de promoção da saúde, que inclui prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação.

O novo modelo implica dispor de profissionais capazes de reconhecer a amplitude necessária de atuação e sua inserção em um conjunto articulado de ações. Devem conhecer essas ações e dar-lhe continuidade em seu seguimento, mantendo relações com os demais. Devem ser agentes ativos na produção dos serviços, conscientes de sua importância para o alcance dos objetivos maiores.

Desta forma pretendemos contribuir para as ações de saúde baseando-nos nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, respeitando a realidade específica da população, mas na tentativa de superar as barreiras físicas e estruturais do sistema, tendo como eixo norteador a qualidade da assistência à saúde.

O alcance da qualidade da assistência à saúde é uma meta que vem sendo almejada por instituições, preocupadas em garantir por meio de suas ações o exercício profissional e de cidadania aos usuários. No setor saúde observa-se uma tendência de se construírem indicadores de eficiência, eficácia e efetividade com base em padrões e critérios pré-estabelecidos para uma dada realidade.

Cada equipe da Estratégia de Saúde da Família é responsável pelo acompanhamento de 2400 a 4500 pessoas ou 1000 famílias de uma determinada área delimitada geograficamente. As equipes atuam principalmente nas unidades básicas de saúde, além de atuarem no domicílio e na mobilização da comunidade prestando assistência integral, permanente e de qualidade. Dentro dessa assistência integral, permanente e de qualidade as equipes trabalham realizando educação e promoção da saúde, com isso, a Estratégia de Saúde da Família passa a atuar de uma forma mais preventiva do que curativa atuando de maneira mais direta nos problemas da comunidade e melhorando a qualidade de vida da população assistida pela unidade básica de saúde.

Assim, será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à Estratégia Saúde da Família, considerando a pluralidade de suas dimensões e os atores envolvidos em sua construção. Para fins desta proposta, Qualidade em Saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos em frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Serão considerados, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente (BRASIL, 2004).

Em Sobral-CE, até 1997, o serviço de atenção primária era oferecido ora em unidades de maior complexidade, o que subutilizava estas estruturas, ora em unidades sem praticamente nenhuma resolutividade, implantadas em sua maioria no interior de escolas com estruturas físicas totalmente inadequadas. A Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Sobral iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1997 como forma de promover a organização e melhora destes serviços, como estratégia estruturante da organização da atenção primária e com a descentralização das ações de promoção à saúde (ANDRADE, 2004).

Ao longo de dez anos foram investidos muitos recursos na estruturação e manutenção dos Centros de Saúde da Família do município, e é por este motivo que nos interessamos em avaliar como se encontrava o cenário do saúde da família. Tomamos como referência o ano

de 2006, período em que o programa implementado já tinha caminhado com alguns dos seus objetivos alcançados, como por exemplo, a descentralização dos serviços de saúde, em consequência disso tivemos a melhoria do acesso. Além disso, tivemos um projeto de pesquisa aprovado no edital n. 049/2005 do CNPq, que foi conquistado e teve a sua primeira fase concluída no ano de 2006. A pesquisa teve como principal objetivo, avaliar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE. Foi desenvolvida com 685 usuários de 14 Centros de Saúde da sede do município de Sobral-CE, profissionais das equipes de saúde da família destes centros e gerentes dos mesmos. A partir dos resultados do estudo realizamos a segunda fase, onde selecionamos os três CSF da sede do município que tiveram melhores resultados segundo a opinião dos usuários do sistema e realizamos uma análise qualitativa dos dados das falas dos participantes do estudo.

Sabemos que para que o profissional de saúde desenvolva suas habilidades e preste a assistência adequada é importante que o município ofereça o suporte necessário em termos estruturais e organizacionais. Atualmente o município conta com 48 equipes de saúde da família, distribuídos em 27 Unidades Básicas de Saúde.

No nosso estudo o propósito da avaliação, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, especialmente, no caso, aquelas relacionadas à atenção básica. A avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesmo.

O Ministério de Saúde compreende, também, que a institucionalização da avaliação nos municípios deve estar vinculada à uma política de monitoramento e avaliação da atenção básica, em que devem fazer parte, da sua formulação diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), e que seja dada uma definição clara das responsabilidades de cada ator deste processo.

Com o intuito de aprimorar os mecanismos de avaliação da atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Departamento de Atenção Básica no ano de 2000 e dentro desse departamento foi construída uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), que nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção.

Buscando superar estes limites de concepção baseados em precedentes históricos e culturais, a presente proposta situa a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e de qualidade da atenção, como atributo fundamental a ser alcançado no SUS.

A construção do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população claramente estabelecidas, iniciou-se em 1997. O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico de saúde do município com base em dados secundários, logo em seguida à realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo, organizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde do Município (ANDRADE et al., 2004).

Nessa perspectiva a Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral realizou a I Oficina de Estratégias do Sistema Local de Saúde, em abril de 1997, com a participação de vários setores da comunidade, traçando metas a serem cumpridas em um determinado período (OLIVEIRA, 1999). Esta oficina foi uma estratégia importante de intervenção para organização e construção do primeiro Plano Municipal de Saúde de Sobral.

Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (HARTZ, 2002).

Diante desse contexto foi estrategicamente articulada e pactuada entre os vários atores a implementação da atenção básica no município, pautada nos pressupostos da Saúde da Família. Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a atenção primária ou básica em saúde, é, fundamentalmente, assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar.

Starfield (2002) conceitua atenção primária em saúde como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, foca na pessoa e não na enfermidade, fornecendo atenção a todas as situações de saúde, exceto incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar por terceiros.

Diante dessa contextualização, percebemos que o município de Sobral-CE teve o seu momento de reorientação, introduzindo um novo cenário no sistema de saúde. Naquela época, no ano de 1997, Sobral tinha como principal particularidade um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica perpassava todos os setores da administração e de forma bastante acentuada no setor saúde. Quase toda a rede dos serviços assistenciais de saúde pertencia a entidades filantrópicas,

entidades privadas e ao governo estadual. O modelo assistencial do município, referência para toda a região, tinha um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade. Mesmo os serviços ambulatoriais de Atenção Básica estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca, ou quase nenhuma resolubilidade. Os Postos de Saúde municipais estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispoendo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento. O Conselho Municipal de Saúde, criado em 1994, não realizava reuniões regulares e não havia registros de suas atividades (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 2004).

Dentre as estratégias do sistema de saúde ocorrido no cenário de Sobral, a partir do ano de 1997, a ESF surge como importante eixo estruturante na reorganização dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, construindo um novo modelo de atenção com enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Ainda nessa perspectiva outro destaque foi a criação, estruturação e organização do conselho municipal de saúde por meio da participação efetiva da comunidade.

Portanto no ano 2000, houve a estruturação da rede física de serviços de saúde de Sobral com a instalação de 27 unidades básicas de saúde (UBS), contando com 28 equipes de saúde da família, bem como a implementação do modelo de atenção com base na Estratégia Saúde da Família e organização do Sistema de Informação para fins de controle, avaliação e monitoramento das ações em saúde com ênfase no controle social.

No contexto da reorganização e reorientação no âmbito do SUS foram estratégicas as reformas iniciadas a partir da Atenção Básica à Saúde, que se caracterizam por um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Buscou-se, avançar na direção de um sistema de saúde situado da qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Outro ponto a ser considerado de grande relevância para a região em relação aos investimentos em saúde foi a criação da primeira Escola de Saúde da Família do Brasil, no ano de 2001, pautada na filosofia de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde, a qual vem subsidiando a formação, capacitação e qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família e dos trabalhadores dos Centros de Saúde da Família que atuam no município. Uma das iniciativas da ESFVS foi a Residência em Saúde da Família, uma estratégia de fundamental relevância na melhoria da qualificação dos profissionais na ESF

para o serviço de saúde do município, tendo a primeira turma em 1999, com 70 profissionais de saúde, 14 médicos e 56 enfermeiros (XAVIER et al., 2004), e no total já foram formados 250 profissionais, em sete turmas.

Diante dessas considerações, nos reportamos ao modelo de atenção a saúde vigente em Sobral que completou dez anos de implantação, embasado nos pressupostos do Programa Saúde da Família e centrado nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, no sentido de avaliar como se encontra esse processo de mudança ao longo desse período e socializar, após a pesquisa, os principais indicadores de mudança, tornando possível o redirecionamento das ações propostas pelos atores envolvidos no sistema a partir da perspectiva dos profissionais e dos usuários da atenção básica.

Campos (2005) enfatiza que a avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento *a priori*, mas uma oportunidade de mudança. Esta não deve ser entendida com um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças.

Dessa forma, a promoção da saúde é compreendida nesta investigação como uma proposta para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, bem como o fortalecimento das ações comunitárias no contexto do sistema de saúde. Nestes termos, Nutbeam (1998) refere ainda que os recentes desenvolvimentos de sistemas de saúde no mundo apresentaram novas aproximações na promoção da saúde com melhores resultados, ao focalizar em suas ações os determinantes de saúde. Entretanto, ainda permanecem dois grandes debates na implementação de ações de promoção da saúde: a formulação de novas políticas e estratégias de saúde pública e a necessidade de reorientação dos serviços de saúde.

Entendendo a relação intrínseca entre o modelo de Atenção Básica desenvolvido em Sobral e os pressupostos da Promoção da Saúde, nos propomos neste estudo analisar o cenário da Atenção Primária à Saúde à luz do pensamento sistêmico, a partir da seguinte tese:

Os princípios da Atenção Básica em Saúde implantados na rede de atenção primária das unidades de saúde de Sobral, Ceará indicam o processo de re-orientação de um modelo assistencial com foco na promoção da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a partir da abordagem sistêmica a atuação de três Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral-Ceará.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as categorias, que na opinião dos usuários, gerentes e profissionais dos CSF escolhidos nesse estudo representam a satisfação destes em relação aos serviços da atenção primária a saúde;

- Descrever os processos de trabalho compreendendo atividades, serviços, cenários que compõem os CSF que influenciaram o desempenho dos serviços da atenção primária a saúde;

- Demonstrar a relação existente entre as categorias provenientes dos discursos dos atores envolvidos, e a interação nos processos de trabalho na atenção primária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DE SISTEMAS

O pensamento sistêmico (PS) tem suas raízes na Teoria Geral dos Sistemas (TGS), elaborada pelo biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy a partir de meados da década de 20. Nesse contexto, pensar sistematicamente implica em ver e pensar a complexidade do mundo, e buscar sempre a compreensão dos acontecimentos em relação aos contextos que ocorrem. Pode-se acreditar nos recursos de auto-organização dos sistemas e nas suas possibilidades de mudança e evolução, reconhecendo que não existe realidade objetiva, e sim a construção de realidades na medida da interação com o mundo (ESTEVES, 2005).

A dinâmica de sistemas, do ponto de vista organizacional tem sido usada de uma maneira cujo objetivo principal não é a simulação exata do comportamento dos sistemas organizacionais, pois a idéia chave não é a resolução de problemas através da modelagem, mas a possibilidade de avaliar os padrões de comportamentos do sistema visando o aprimoramento dos modelos compartilhados das pessoas que têm o poder de tomar ações. Neste sentido, a dinâmica de sistemas e o pensamento sistêmico parecem ter um papel importante a cumprir nas organizações (BERTALANFFY, 1977).

O conceito de sistema sugere que a idéia dos organismos como um todo que poderiam ser aplicadas a outros tipos de todo (CHECKLAND; SCHOLLES, 1999). Entendemos no nosso estudo como o “todo” o cenário das unidades básicas de saúde da família, com todos os seus processos estruturais e interações pessoais. Da idéia de todo surge a definição de sistema: um conjunto de elementos interativos e relacionados entre si e com o meio-ambiente, que tem um objetivo, forma um todo e é caracterizado por suas partes e por suas interações. Sistemas podem ser classificados pelo tipo de elementos; e pelo tipo de relações.

A avaliação dos sistemas de saúde realizada através de um método científico visa examinar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção, analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento da intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Hartz (2002) considera a definição de sistema como um conceito de três faces: o todo, como macrounidade onde as partes têm uma identidade própria e uma identidade comum; as interações ou o conjunto das relações que se criam no sistema; a organização, como as partes

expressando um caráter constitutivo das interações e dando a idéia de sistema a sua espinha dorsal.

A noção de sistema representa uma ruptura, na medida em que obriga a substituir leis de determinação por leis de interação entre um objeto e seu ambiente (auto-eco-organização), nos fazendo pensar em utilizar metodologias na qual cada problema de pesquisa possa ser compreendido no todo do sistema em que está inserido, mas também na sua perspectiva de unidade, contendo ela mesma um conjunto de subproblemas que é preciso conhecer (HARTZ, 2002).

A pesquisa sistêmica não é um atributo que se pode medir, mas ela se faz presente em uma investigação que ultrapassa os limites “confortáveis” da precisão cartesiana para arriscar compreender os fenômenos em sua complexidade. O paradigma sistêmico, ou a cultura da complexidade comum a cientistas e profissionais de saúde, se tornou uma via indispensável no processo de avaliação (HARTZ, 2002).

Um conjunto de propostas filosóficas, teóricas e metodológicas vem sendo abordado pelo termo pensamento sistêmico. O pensamento sistêmico apresenta formas alternativas de tratar os objetos de uma investigação, a vida, as práticas sociais e, sobretudo, as implicações do investigador com o seu objeto de pesquisa (MINAYO, 2006).

O PS possibilita um “olhar” e uma abordagem que ilumina o ponto cego da visão unidimensional, fazendo enxergar interações; subverte a mente compartimentalizada, buscando fazer as diferenças e as oposições se comunicarem; e, finalmente modifica a prática que só valoriza regularidades e normas, ao contrário apresenta as coisas que permanecem e ressalta o que muda e como as coisas se transformam e se auto-organizam (MINAYO, 2006).

O estudo dos sistemas se vale das variáveis, objetos abstratos que têm um nome e podem ou não ter uma correspondência mensurável no mundo real (CHECKLAND; SCHOLLES, 1999). Outras definições relacionadas a sistema são:

1. Objetivo: é a meta do sistema;
2. Ambiente: são os cenários com que o ambiente interage;
3. Estruturas: são os sub-sistemas em que os sistemas se divide;
4. Elementos: são as unidades que compõem as estruturas;
5. Administração: é a lógica que regula as relações;
6. Complexidade: é o número de variáveis, estados, partes, relações e interações ativas no sistema.

Diante dessas considerações pensamos num quadro descritivo-analítico que retrata as dimensões na análise sistêmica no estudo proposto, inspirado nos autores:

Quadro 1 – Dimensões do estudo proposto a partir da análise do Pensamento Sistêmico. Sobral-CE, 2010.

ANÁLISE A PARTIR DO PENSAMENTO SISTÊMICO		
COMPONENTES	Definições relacionadas à Análise Sistêmica	Principais objetivos que caracterizam desempenho nos Centros de Saúde da Família
OBJETIVO	Principal meta de todos os envolvidos no desenvolvimento das ações dentro do sistema de saúde.	Identificar três Unidades Básicas de Saúde na sede do município de Sobral-CE e a opinião dos usuários sobre os melhores fatores que influenciam no desempenho das unidades de atenção básica
AMBIENTE	Principais cenários de promoção da saúde que têm impacto direto sobre a dinâmica do sistema.	Identificar as principais atividades desenvolvidas nas UBS que tem impacto na promoção da saúde. Ex: acessibilidade, atendimentos, consultas, exames, interações em rede, ações e programas.
ESTRUTURAS	Subsistemas que estão relacionadas ao cenário, composto de estruturas para o atendimento dos serviços ofertados pelo sistema.	Análise das estruturas físicas que compõem o cenário das Unidades Básicas de Saúde com seus produtos e serviços.
ELEMENTOS	Atores que participam do sistema, ofertam serviços, usufruem do sistema, em que interagem entre si na medida das ações implementadas, dando retorno ao sistema de forma positiva ou negativa.	Educação permanente dos profissionais de saúde, relação usuários-profissionais, confiança, respeito, vínculo, acolhimento, satisfação do usuário e resolutividade.
ADMINISTRAÇÃO	Envolvimento dos gestores das unidades básicas de saúde na construção, aplicabilidade e manutenção do sistema.	Gestão dos Centros de Saúde da Família.
COMPLEXIDADE	Compreensão dos acontecimentos e interações e tendências que tem impacto na dinâmica do sistema e seus resultados.	Principais elementos complexos que permeiam o cenário das Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: Checkland e Scholes (1999).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO/ABORDAGEM

Estudo avaliativo de abordagem qualitativa. Para Keen e Packwood (2005), os estudos avaliativos estão centrados na atribuição de um valor a uma intervenção ou a uma mudança política. Este tipo de estudo envolve julgamento de uma intervenção sobre os envolvidos e o sistema de saúde como um todo, avaliando se as respostas e os desfechos da intervenção estão justificados por seus inputs e processos.

Para Minayo (2005), avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. A avaliação deve fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

A importância da avaliação de programas, sistemas e serviços de saúde, para o contexto brasileiro, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços. Crescente volume de publicações e encontros científicos de saúde pública tem indicada inserção da prática da avaliação no planejamento e implementação de programas e ações na área da saúde. Essa tendência se insere em um contexto mundial, e em alguns países a avaliação de sistemas e serviços de saúde já se constitui em uma prática institucionalizada e seus resultados contribuem para as decisões nas suas políticas e práticas de saúde (HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008).

Contandriopoulos et al. (1997) afirmam que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (*avaliação normativa*) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (*pesquisa avaliativa*). Assim, a avaliação é entendida como instrumento investigativo que produz conhecimento sobre uma ação social (ação humana organizada), e como instrumento político, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, o que a caracteriza uma ciência social aplicada.

Outro conceito importante de trazer para o nosso estudo está intrínseco à avaliação qualitativa que corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material

a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Dessa forma a avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental: dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Vieira-da-Silva (2005) destaca que a avaliação de políticas, programas e projetos podem recortar todos os níveis do sistema de saúde. E, embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos. A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade.

Para Hartz (2002), institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. Requer, assim, o enfrentamento de aspectos (i) técnicos - definição de critérios, indicadores e instrumentos, (ii) culturais-organizacionais – referentes ao modus operandi de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e (iii) políticos - relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde (MEDINA; AQUINO, 2002).

Ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2003).

Os processos avaliativos, ao promoverem o debate teórico e o exercício de metodologias e instrumentos de avaliação, contribuem para o avanço do processo de conhecimento *per si*, conjugando evidências empíricas e pressupostos teóricos, produzindo novos saberes cujos efeitos se situam para além dos muros dos sistemas e serviços de saúde. O propósito da avaliação, nesse sentido, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, especialmente, no caso, aquelas relacionadas à atenção básica. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados (BRASIL, 2005).

De acordo com Takeda (2004), a avaliação dos serviços de saúde pode ser utilizada para contribuir com o aperfeiçoamento das atividades em nível local, motivação da equipe, conhecimento do nível de satisfação da população e detecção de competências e compromisso dos profissionais.

Felisberto (2004) defende que a avaliação dos serviços de saúde deve contemplar ampla participação e múltiplos focos, permitindo que se consiga obter a visão de diferentes grupos. No entanto, a articulação de diferentes enfoques e construção de ferramentas para o monitoramento e avaliação constitui-se num desafio para a consolidação de uma política de avaliação para a atenção básica no Brasil.

A avaliação da atenção básica tendo como foco o cenário da Estratégia da Saúde da Família tem de ser concebida a partir da apreensão de uma totalidade concretizada na esfera do município que tem como base um conjunto integrado e coerente de medidas, estratégias, necessidades de saúde, práticas de planejamento, gestão e cuidado (FACCHINI et al., 2006).

Furtado (2006), conclui que a avaliação de programas e serviços insere-se, assim como o planejamento em saúde, na temática da gestão em saúde coletiva. A avaliação pode ser vista ainda como uma terceira volta no parafuso dos processos de planejamento. Nesse sentido gestão, avaliação e planejamento podem ser considerados instâncias muito próximas e convergentes.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Sobral, situado na Região Noroeste do Ceará, Brasil, representa o principal pólo de atendimento de bens e serviços especializados, para a referida região. Possui uma população de 182.430 habitantes (estimativa do IBGE para 2009) com uma taxa de

urbanização de 86,6% uma das maiores do Estado e a densidade demográfica são de 98,69 hab/ Km².

Sobral-CE até o ano de 1996 tinha seu modelo de atenção à saúde concentrado em serviços hospitalares, com uma assistência predominantemente curativa e centrada no profissional médico. Isso refletia nos indicadores, que mostravam elevados índices de mortalidade infantil e desnutrição, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal. A construção do Sistema Municipal de Saúde organizado e objetivando a melhoria das condições de saúde da população iniciou-se, então, em 1997 (ANDRADE et al., 2004).

Desde então vem obtendo grandes avanços. As primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família foram implantadas em março de 1997. Sobral (2005a) ressalta a importância de sua implantação para a organização da atenção básica à saúde, construindo um novo modelo de atenção com enfoque na promoção da saúde.

Segundo Sobral (2005b), em 2005 a ESF teve uma ampliação de 10 equipes, passando para 48 e ampliando a cobertura de assistência de 79% para 96% da população sobralense. Essas equipes encontram-se distribuídas em 27 Centros de Saúde da Família, 14 localizados na sede e 13 nos distritos.

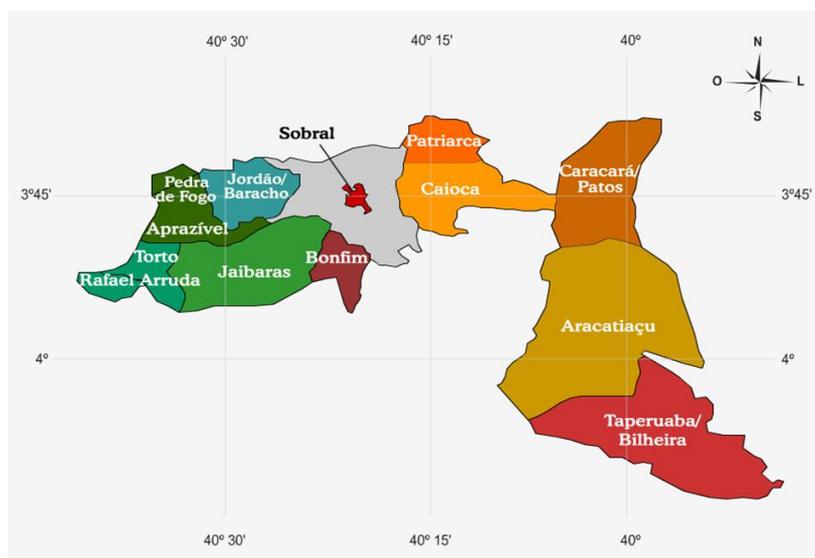


Figura 1 – Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde nos distritos de Sobral-CE.
Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE

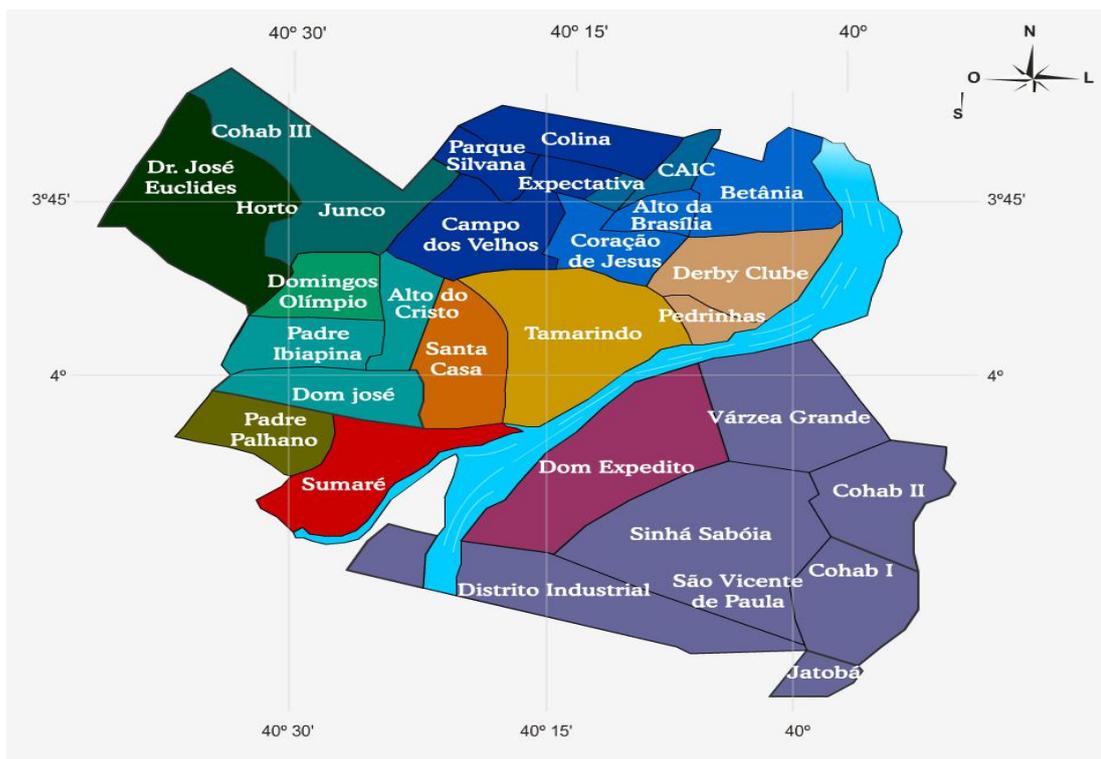


Figura 2 – Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde na sede do município de Sobral-CE.

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE

Com o objetivo de fornecer uma atenção à saúde mais integral e, portanto de melhor qualidade, foram implantados no ano de 2009, seis Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), que, articulados com as equipes de saúde da família, fortalecem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Sendo assim, quarenta profissionais de sete diferentes categorias (Psicólogos, Fisioterapeutas, Educadores Físicos, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Nutricionistas) vêm proporcionando uma abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade.

A pesquisa foi aprovada através do edital n. 049/2005 do CNPq, que foi conquistado e teve a sua primeira fase concluída no ano de 2006. A mesma teve como principal objetivo, avaliar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE. Foi desenvolvida com 685 usuários de 14 Centros de Saúde da sede do município de Sobral-Ce, profissionais das equipes de saúde da família destes centros e gerentes dos mesmos. A partir dos resultados do estudo realizamos a segunda fase, onde selecionamos os três CSF da sede do município que tiveram melhores resultados segundo a opinião dos usuários do sistema e realizamos uma análise qualitativa dos dados das falas dos participantes do estudo.

No primeiro momento da pesquisa aprovada no edital n. 049/2005 do CNPq foram investigados os 14 CSF da sede do município de Sobral em relação a qualidade da assistência prestada pelos profissionais que atuam nestes CSF. A partir dos resultados escolhemos os três CSF que tiveram os resultados mais relevantes, para analisar com mais profundidade quais os aspectos que mais significativos nestes CSF, em relação à satisfação dos usuários. São eles: Pedrinhas, Sumaré e Padre Palhano.

Em relação aos profissionais que compõem a equipe de saúde da família: Pedrinhas: 1 equipe; 1 médico; 2 enfermeiras; 11 ACS; Sumaré: 2 equipes; 1 médico; 3 enfermeiras, 1 gerente; 1 dentista; Padre Palhano: 2 equipes; 1 médico; 04 enfermeiras, 1 gerente; 1 dentista; 15ACS; Ao todo estas equipes de Saúde da Família atendem em média 5.000 famílias na sede do município.

O cenário estrutural que compõe estes CSF são basicamente constituídos cada um de três consultórios para atendimento de consultas médicas ou de enfermagem, um consultório dentário para atendimento de dois dentistas, uma sala de gerência e administração, salas de espera, sala de vacina, sala de curativos e outros procedimentos, sala de aerosol, sala de educação e saúde (onde são realizadas as triagens), sala de observação e de terapia de reposição oral, expurgo e cozinha.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os atores sociais da Estratégia Saúde da Família dos três Centros de Saúde de Pedrinhas, Sumaré e Padre Palhano; profissionais de saúde, os gerentes destes Centros de Saúde da Família e os usuários do serviço de saúde, que aceitaram participar da pesquisa a partir da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coletarmos e analisarmos o processo de trabalho em saúde convidamos as gerentes das unidades básicas de saúde e os trabalhadores da UBS, sendo um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista, um técnico em higiene dental, um agente comunitário de saúde, um apoio administrativo, um vigilante, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais. Os fatores facilitadores e restritivos ao atendimento nos UBS foram identificados a partir da opinião dos usuários do serviço de saúde. Dessa forma, participaram da pesquisa 3 gerentes das UBS da sede de Sobral; 27 trabalhadores das UBS e em média 40 usuários de cada UBS, sendo que a escolha dos trabalhadores foi por sorteio e dos usuários foi através da abordagem aleatória da demanda espontânea das referidas unidades de saúde.

Para definição dos trabalhadores participantes do grupo focal e das entrevistas com os gerentes das UBS, foram considerados os seguintes critérios: estar atuando na unidade no mínimo seis meses e não apresentar dificuldades para se expressar. Na definição dos usuários considerou-se os seguintes critérios: estar utilizando e conhecer o serviço (unidade de saúde) há no mínimo dois anos e não apresentar dificuldades de comunicação verbal.

Vale ressaltar que foram elaborados três termos de consentimento livre e esclarecidos, sendo um destinado aos gerentes das UBS (APÊNDICE 1), um destinado aos trabalhadores da UBS que participaram do grupo focal (APÊNDICE 2) e outro que foi utilizado com os usuários do serviço de saúde (APÊNDICE 3).

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A operacionalização dos objetivos propostos ocorreu a partir da utilização das seguintes técnicas de coleta de dados: formulário (APÊNDICE 4), grupo focal (APÊNDICE 5) e entrevista (APÊNDICE 6). A coleta de dados aconteceu nos meses de junho e julho de 2006.

1. O formulário foi utilizado com os usuários do serviço de saúde com o intuito de identificar fatores facilitadores e restritivos à acessibilidade, acolhimento, satisfação com os serviços ofertados nos CSF. A escolha do formulário para utilizarmos com a população deveu-se ao fato de podermos usar em pesquisas rápidas, com pessoas não alfabetizadas e impossibilitadas de escrever, além do contato face a face entre pesquisador e pesquisadas.

Leopardi (2001) ressalta que o formulário é uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado à coleta de dados resultantes quer de observações, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. Dentre as vantagens que o formulário apresenta, podemos destacar a assistência direta do investigador, a possibilidade de comportar perguntas mais complexas, a garantia da uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios pelos quais são fornecidos.

2. A entrevista foi o método de coleta de dados para analisar o processo de trabalho em saúde, nela foram identificados: processo de trabalho dos gerentes nos UBS, envolvimento dos atores na sustentabilidade do PSF, resolutividade dos problemas identificados no PSF, tomada de decisão no âmbito de abrangência das UBS, fatores intrínsecos relacionado ao atendimento no PSF. A escolha da entrevista deu-se por ser uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano. Gil (2000) destaca que a entrevista possibilita a obtenção de maior número de respostas, oferece flexibilidade

muito maior, posto que o entrevistador possa esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista.

3. O grupo focal foi realizado com os profissionais das equipes de saúde da família, nele foram identificados: a acessibilidade da população às UBS, a relação entre profissionais e usuários nas UBS e as principais necessidades de educação permanente para os profissionais que atuam na ESF. Segundo Iervolino e Pelicioni (2005), o grupo focal possibilita emergir as diferentes visões sobre o mesmo ou sobre um grupo, a fim de apreender as diferentes visões de mundo ou de determinados temas ou, também sobre ambos, quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado. Para utilizar a técnica do grupo focal seguimos alguns passos importantes: realizamos o convite para o momento do grupo focal aos profissionais das equipes de saúde da família, os mesmos se fizeram presentes na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, participaram deste momento 10 profissionais dos três CSF, entre médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde. À moderadora do grupo (pesquisadora) explicamos o método e pedimos permissão para gravar através do TCLE. Inicialmente foram lidas as questões norteadoras uma a uma e pedimos para que cada participante expressasse suas idéias e opiniões, em alguns momentos deixamos fluir a discussão do grupo e em outros precisamos retomar o assunto para o foco central. Todo o processo de coleta dos dados de cada grupo durou em média uma hora e meia. Os grupos focais foram realizados em três dias consecutivos, sempre às tardes, um dia para cada grupo de profissionais de cada UBS.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do formulário referentes a caracterização dos usuários do serviço foram apresentados em uma tabela multivariável. Para tratamento destes dados foi feita a tabulação, digitação e processamento no Programa SPSS for Windows 10.0.

Para os dados provenientes das entrevistas dos gerentes e do grupo focal, utilizamos a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003). Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades. Portanto, trabalhar em pesquisa qualitativa com grandes massas de dados que permitam generalizar os resultados obtidos, torna-se possível pela utilização do método, pois

o mesmo permite a manutenção da qualidade, a eficiência e o alcance das pesquisas qualitativas, por meio do conhecimento, com a segurança dos procedimentos científicos, em detalhe e na sua forma natural, dos pensamentos, representações, crenças e valores, de todo tipo e tamanho de coletividade, sobre todo tipo de tema que lhe diga respeito (LEFEVRE et al., 2007).

Os autores acreditam que seu método liga-se teoricamente à idéia de complexidade, pois o mesmo abrange, no que toca às representações sociais como objeto de pesquisa empírica, novas possibilidades de relação entre o todo e as partes, entre o individual e o coletivo, o teórico e o empírico, entre a descrição e a interpretação, entre a síntese e a análise, entre o paradigma e o sintagma. As representações sociais são entendidas pelos autores “como esquemas cognitivos de que as pessoas lançam mão para emitirem, no cotidiano de suas vidas, juízos ou opiniões, que são condições necessárias para viver e se comunicar em sociedades complexas” (LEFEVRE et al., 2007).

Dessa forma, nos baseamos na técnica do DCS que nos orientou a organizar e analisar os dados qualitativos por meio do levantamento do material verbal coletado através dos depoimentos como matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as idéias centrais ou ancoragens, aqui chamadas de núcleos do sentido. Em seguida buscamos nos textos os discursos semelhantes compondo então um ou várias sínteses que são os discursos do sujeito coletivo. Porém, não optamos por realizar a soma qualitativa discutida pelos autores, a qual apresenta números percentuais de frequências em que os discursos semelhantes das pessoas aparecem, e são, portanto, contabilizados. Optamos por, através da leitura atenta dos textos, após a identificação dos núcleos de sentido, realizar “recortes” e “colagens” aglomerando os discursos em um só, unindo os complementares, e em seguida construímos a síntese do discurso do sujeito coletivo (LEFRÉVE; LEFRÉVE, 2003).

A análise dos DSC obtidos se deu a partir da idéia dos autores de que para se aumentar o poder explicativo das representações sociais ou opiniões coletivas de grupos ou categorias de indivíduos vivendo em sociedades, é necessário, de alguma forma, metodologicamente, transformar os depoimentos individuais, que são as respostas às questões abertas de questionários, em representações coletivas, por meio de uma categorização discursiva. Dessa forma, buscamos compreender os DCS como signos ou manifestações de tradução verbal, discursiva e narrativa de atores sociais, construiu-se a análise buscando horizontalizar as relações entre descrição e interpretação, entre discurso e metadiscurso na análise teórica do pensamento coletivo (LEFEVRE et al., 2007).

Este método na prática consiste na união, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a questões de pesquisa, por sujeito social e institucionalmente equivalente ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). A partir das idéias centrais dos discursos dos gerentes dos CSF (APÊNDICE 7) foram analisados dados referentes a dificuldade de cuidar e gerenciar ao mesmo tempo, o fazer dos gerentes dos CSF, cuidado às famílias, envolvimento e interesse da gestão no fortalecimento do PSF, a comunidade como participante ativa na sustentação do PSF, o acolhimento e a triagem como forma de organização da demanda diária, a importância da equipe completa para resolubilidade dos problemas, a criatividade como um dos instrumentos básicos do cuidar, a reunião da roda como espaço coletivo na tomada de decisão, os problemas da equipe solucionados no espaço da roda, a dificuldade no atendimento pela grande demanda, os determinantes sociais e a saúde da comunidade, a importância do vínculo entre profissionais e comunidade para o desenvolvimento do trabalho no PSF.

Nos discursos dos profissionais que atuam nos CSF (APÊNDICE 8) foram identificados nas idéias centrais: desenvolvimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, o trabalho do agente comunitário de saúde, a proximidade dos CSF como melhoria da acessibilidade, o ACS como conexão entre comunidade e PSF, a falta do médico como uma das dificuldades de acesso, relacionamento entre usuários e profissionais dos CSF, o modelo de assistência, a capacitação como umas das ferramentas para o desenvolvimento do trabalho na ESF, acessibilidade dos profissionais aos cursos ofertados.

Para tal técnica de organização de dados, foram consideradas as seguintes figuras metodológicas, definidas por Lefèvre e Lefèvre (2003) para *“reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”*:

(a) **expressões-chave** - pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser destacadas pelo pesquisador e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento;

(b) **idéias centrais** - nomes ou expressões lingüísticas que revelam e descrevem, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos

analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave, e que vão dar nascimento do DSC;

(c) **discurso do sujeito coletivo** – discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das expressões-chave que têm a mesma idéia central ou ancoragem.

No caso do nosso estudo usamos a seguinte ordem para fazer a apresentação dos resultados do DSC: as expressões-chave aparecem em negrito, as idéias centrais aparecem em itálico e o discurso do sujeito coletivo aparece por último sublinhado. Como podemos ver no quadro demonstrativo a seguir:

Quadro 2 - Exemplo do Instrumento de Análise do DSC1.

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	DSC
A dificuldade de cuidar e gerenciar ao mesmo tempo, o fazer dos gerentes dos CSF, cuidado às famílias.	<i>Cuidar e gerenciar não é fácil, o cuidado requer muito tempo, são duas coisas bem diferentes.</i>	<u>A gerente antes de mim tinha área e gerenciava o que é uma loucura! Eu tentei fazer isso há um tempo, e tive dificuldade, entrei em estresse, é uma área grande com muitos agravos, passei por esse processo de cuidar e de gerenciar, que não é fácil, o cuidado requer muito tempo somente, porque são duas coisas bem diferentes, você tem que ter atenção com as famílias, e o olhar de cuidador dessas famílias. Tudo tenho que estar em cima: fazer mapa, uma fossa que estourou, problema em algum setor, eu tenho que ir atrás, tento me organizar pelas demandas. No gerenciamento tem as burocracias, tem a parte administrativa, quando só se tem o gerenciamento, a gente fica à par de tudo que acontece dentro da unidade, a gente tem todo acompanhamento mais de perto, desde os auxiliares, os agentes de saúde, enfim todos os funcionários da unidade e a problemática que possa existir dentro da unidade. A gente não trabalha com todas as famílias, porque o bairro tem famílias diferenciadas que possuem plano de saúde, me dirijo a quem mais precisa.</u>

Fonte: direta

Para proceder com a análise e discussão dos resultados utilizamos o quadro do referencial teórico do pensamento sistêmico que norteia o estudo proposto e destaca os principais objetivos que caracterizam o desempenho nos Centros de Saúde da Família.

A discussão dos dados se deu a partir dos dados qualitativos, apresentados no quadro elaborado com esta finalidade, à luz do pensamento sistêmico. Os componentes estudados e expostos no quadro de análise estão estruturados em: objetivos, ambiente, estruturas, elementos, administração e complexidade.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho.

Respeitar a autonomia é reconhecer que todo indivíduo tem seu ponto de vista e cabe a ele deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação (COSTA; OSELKA; GARRAFA, 1998). O presente estudo procurou respeitar este referencial ao possibilitar aos sujeitos o direito de participarem ou não da pesquisa bem como fornecerem suas opiniões sem nenhum tipo de influência.

Em relação ao princípio da não-maleficência, procurou-se realizar o preenchimento dos formulários de uma maneira que respeitasse o anonimato de seus relatos dos sujeitos da pesquisa.

Segundo Costa, Oselka e Garrafa (1998) o princípio da beneficência possui dois fatores que lhes são norteadores: não causar danos aos sujeitos e maximizar o número de possíveis benefícios, sendo, portanto, minimizados os prejuízos. Esse princípio pode ser alcançado no presente estudo ao ser evidenciada a importância do mesmo e ao garantir que seus resultados serão enviados aos profissionais entrevistados. Espera-se que esses resultados impliquem em reflexões que venham garantir melhores práticas no cotidiano do trabalho tanto pela melhoria das condições oferecidas, quanto pela aquisição de novas e melhores atitudes por parte dos profissionais.

De acordo com Lira (2002) a justiça é encontrada no equilíbrio entre a beneficência e a maleficência, isso pode ser alcançado por ter sido buscado reduzir os riscos, atribuindo um alto grau de beneficência.

Vale ressaltar que foram elaborados três termos de consentimento livre e esclarecidos, sendo um destinado as gerentes das UBS (APÊNDICE 1), um destinado aos trabalhadores da UBS que participaram do grupo focal (APÊNDICE 2) e outro que foi utilizado com os usuários do serviço de saúde (APÊNDICE 3).

Salientamos que este estudo foi apreciado e aprovado pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE e, por conseguinte, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado, conforme parecer consubstanciado nº 409.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS DO ESTUDO

A pesquisa teve como sujeitos usuários dos CSF dos bairros: Pedrinhas, Sumaré e Padre Palhano na sede do município de Sobral, onde são apresentados dados referentes à satisfação com os serviços ofertados. Em outro tópico são apresentados através do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, as falas dos gerentes destas UBS referentes ao processo de trabalho na assistência e gestão, principais dificuldades nesse processo e como se dá a resolutividade dos principais problemas. Também estarão sendo apresentadas as falas dos profissionais de saúde destas três UBS, médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde, através do DSC, com dados referentes à acessibilidade dos usuários aos UBS, relacionamento entre usuários e profissionais e sugestões de educação permanente.

5.2 DADOS REFERENTES À SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS OFERTADOS NAS UBS: SUMARÉ, PADRE PALHANO E PEDRINHAS

A seguir apresentaremos os fatores que foram expressos pelos usuários como facilitadores, que na perspectiva dos mesmos influenciaram na satisfação quanto aos serviços ofertados. Estes fatores foram identificados por meio das seguintes variáveis: acolhimento, sentimento de conforto, satisfação com o atendimento, a não existência de dúvidas pós-consulta, confiança no trabalho da equipe, respeito demonstrado pela equipe. Da mesma forma, ilustraremos aqueles determinantes que podem ser obstáculos no desempenho das ações de saúde nas UBS, tais como informações sobre o funcionamento do serviço, convites para participação nas sessões educativas.

Quadro 3 - Distribuição dos usuários segundo satisfação com os serviços ofertados nos CSF. Sobral/Sede, 2006.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS OFERTADOS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)											
	Padre Palhano				Pedrinhas				Sumaré			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bom acolhimento por parte dos profissionais de cada UBS	48	96,0	2	4,0	45	90,0	5	10,0	43	86,0	7	14,0
Sentimento de conforto apresentado ao entrar em cada UBS	49	98,0	1	2,0	48	96,0	2	4,0	46	97,9	1	2,1
Satisfação com o serviço realizado por cada UBS	45	90,0	5	10,0	40	81,6	9	18,4	41	82,0	9	18,0
Existência de dúvidas após a consulta	5	10,0	45	90,0	6	12,2	43	87,8	8	16,0	42	84,0
Confiança no trabalho da equipe de saúde da família	48	96,0	2	4,0	49	98,0	1	2,0	47	100,0	0	0,0
Respeito demonstrado pela equipe	49	98,0	1	2,0	48	96,0	2	4,0	47	97,9	1	2,1
Informação sobre o funcionamento do serviço	31	62,0	19	38,0	29	58,0	21	42,0	31	62,0	38,0	29
Convite realizados para participação de sessões educativas	4	8,0	46	92,0	7	14,0	43	86,0	18	36,7	31	63,3

Fonte: direta

A forma do acolhimento indica o modo como os trabalhadores dos CSF inicia o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Essa postura, conforme percebida pelos entrevistados contribuem para a qualidade do atendimento. Destacou-se no quadro acima, características de um bom acolhimento pela maioria dos usuários dos três CSF, em média 90%. Isso evidencia a satisfação dos que procuraram o serviço de saúde para atender as suas necessidades, representando uma melhoria do acesso aos serviços ofertados. Desta forma pode-se dizer que, o acolhimento constitui-se uma atitude positiva para reorganização dos serviços, garantindo na porta de entrada dos CSF, acesso e humanização da assistência. No estudo o bom acolhimento, na opinião dos usuários acontece quando os mesmos receberam uma atenção especial dos trabalhadores e facilidade no acesso ao atendimento na unidade de saúde da família.

O conforto significa neste estudo a sensação sentida pelos usuários de estar bem acomodados enquanto esperam pelo atendimento, de ter um ambiente saudável e favorável ao seu bem-estar. Considerando estes aspectos, merecem destaque quando os resultados mostram que em média 97% dos usuários se sentem confortáveis ao entrar em cada UBS. Pensamos que esse fator é um indicador facilitador e importante para a satisfação dos usuários com a oferta dos serviços, influenciando no bem-estar e comodidade da população assistida.

Percebe-se que a maioria dos usuários participantes da pesquisa sentiu-se satisfeito com o atendimento recebido. De forma a identificar quais os CSF têm apresentado melhor desempenho na realização dos serviços na opinião dos usuários, retrata os percentuais que expressam a satisfação dos serviços recebidos, como: consultas, procedimentos, marcação de exames, enfim, de todos os serviços prestados pelos CSF ficando em média 84% com resultado satisfatório.

Complementando o item anterior, a tabela ainda revela a distribuição dos usuários em cada CSF segundo a existência de dúvidas após a consulta, entre os três CSF estudados em média 87% dos usuários entrevistados informaram que não saíram com dúvidas relacionadas ao tratamento e às orientações pertinentes. Este fator é muito importante na avaliação de uma consulta, ressaltando ainda que o público que procura os CSF é bastante diversificado: idosos, adolescentes, mulheres, trabalhadores, dentre outros grupos.

A confiança no trabalho da equipe foi outro aspecto que apresentou relação com a satisfação dos usuários, com percentual de 98%. Isso pode ser observado na prática quando se percebe que o cliente acredita no potencial da equipe e na sua capacidade de solucionar os problemas. Essa relação de confiança entre usuários e profissionais é importante, pois contribui para uma maior adesão ao tratamento e, por conseqüência, a satisfação com o

atendimento que lhe é oferecido. A confiança no trabalho da equipe também é um grande aliado para a formação de vínculos entre a comunidade e os profissionais dos CSF.

O respeito foi considerado como uma atitude dos profissionais da equipe de saúde da família expressa no momento do atendimento aos usuários, a maneira como recebiam e atendiam às necessidades de cada um no momento da consulta.

O quadro ainda mostra como o respeito por parte da equipe tem sido visto pelos usuários. Percebe-se que a maioria dos usuários, cerca de 97%, consideram-se respeitados pela equipe de saúde. Isso também contribui para a manutenção do vínculo e para a confiança na equipe.

Vimos na maioria dos resultados, aspectos positivos relacionados aos fatores facilitadores para o acesso aos serviços ofertados na atenção primária à saúde nos três CSF estudados. No entanto, no quadro percebemos como um fator restritivo à satisfação dos usuários quanto à informação dos serviços ofertados, que a média ponderal das respostas dos usuários dos Centros de Saúde da Família foram praticamente a mesma entre os três CSF, Sumaré, Pe. Palhano e Pedrinhas, dando um total de 60,6% de respostas afirmativas e 39,3% de respostas negativas, dessa forma, podemos concluir que quase 40% dos usuários entrevistados ainda não sabiam informações suficientes a respeito da dinâmica dos serviços ofertados nas UBS. Constata-se a necessidade de repensar dentro dos modelos organizacionais as diversas formas de comunicações com os usuários sobre as ofertas de serviços na Estratégia Saúde da Família.

Observamos no quadro que os usuários foram questionados quanto ao convite por parte dos profissionais para participarem de sessões educativas nos CSF. Os resultados mostraram que em média 20% tinham recebido esse convite, mas predominou a resposta negativa para participação nessas sessões, em um total de 80% em média. Percebemos aqui que apesar de vários pontos positivos nos resultados dos usuários, este fator ainda precisa ser melhor trabalhado pelas equipes de saúde da família, principalmente nos aspectos de promoção da saúde.

Tabela 01- Distribuição das unidades básicas de saúde segundo média geral de satisfação do usuário. Sobral-Ce, 2010.

<i>UBS</i>	<i>Nº médio de usuários</i>	<i>Percentual de fatores facilitadores</i>	<i>Percentual de fatores restritivos</i>	<i>DP</i>
Padre Palhano	36	72,4	27,6	19,0
Pedrinhas	36	71,1	28,9	17,6
Sumaré	37	73,3	26,7	14,6
Total	109	72,0	28,0	17,0

Fonte: direta

Em geral, a tabela 1 mostra uma média equilibrada entre os fatores positivos e negativos, todas as outras tabelas onde as variáveis que prevaleceram foram os fatores facilitadores da satisfação dos serviços apresentados: acolhimento, sentimento de conforto, satisfação com o atendimento, a não existência de dúvidas pós-consulta, confiança no trabalho da equipe, respeito demonstrado pela equipe; sendo este percentual de 72% e as unidades com maior grau de satisfação foram Sumaré, Padre Palhano e Pedrinhas, respectivamente. Sendo os restritivos em menores proporções e superados pela relevância dos fatores facilitadores, sendo apresentados por: limitadas informações sobre o funcionamento do serviço e pouca receptividade dos usuários para participação nas sessões educativas.

5.3 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS GERENTES DOS CSF

Nesta etapa da pesquisa, enfatizamos a descrição qualitativa, temos como objetivo apresentar através do DSC, o processo de trabalho em saúde, conforme compreendido pelos atores sociais, no caso, os gerentes dos Centros de Saúde da Família. Cada discurso abriga **uma idéia central** das falas dos participantes assim expressos: *Cuidar e gerenciar não é fácil, o cuidado requer muito tempo, são duas coisas bem diferentes; Precisa da participação do secretário, coordenação, profissionais e comunidade para que o processo se realize de maneira adequada; A gente começa pela triagem, de alguma forma vai ter alguém dando algum tipo de orientação, tentamos resolver da melhor forma possível; Tudo é trazido para a roda, todas as tomadas de decisão, os planejamentos, a equipe constrói junto; A população tem confiança no PSF, na equipe, nos programas, enfim, mas tem uma grande demanda; No*

trabalho desenvolvido na saúde da família são realizadas atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde e também o trabalho do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares; A dificuldade de acesso não está vinculada à estrutura física dos CSF, a gente precisa de mais médicos, essa é uma das principais dificuldades; Eles vêm “buscar” a gente não somente por problemas de saúde, nos sentimos úteis e importantes como ser humano, pois é muito bom você ser reconhecido; A Escola de Saúde da Família está sempre oferecendo momentos de atualização, há a necessidade de estarmos sempre aprendendo.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

A dificuldade de cuidar e gerenciar ao mesmo tempo, o fazer dos gerentes dos CSF, cuidado às famílias

Cuidar e gerenciar não é fácil, o cuidado requer muito tempo, são duas coisas bem diferentes.

A gerente antes de mim tinha área e gerenciava, o que é uma loucura! Eu tentei fazer isso há um tempo, e tive dificuldade, entrei em estresse, é uma área grande com muitos agravos, passei por esse processo de cuidar e de gerenciar, que não é fácil, o cuidado requer muito tempo somente, porque são duas coisas bem diferentes, você tem que ter atenção com as famílias, e o olhar de cuidador dessas famílias. Tudo tenho que estar em cima: fazer mapa, uma fossa que estourou, problema em algum setor, eu tenho que ir atrás, tento me organizar pelas demandas. No gerenciamento tem as burocracias, tem a parte administrativa, quando só se tem o gerenciamento, a gente fica à par de tudo que acontece dentro da unidade, a gente tem todo acompanhamento mais de perto, desde os auxiliares, os agentes de saúde, enfim todos os funcionários da unidade e a problemática que possa existir dentro da unidade. A gente não trabalha com todas as famílias, porque o bairro tem famílias diferenciadas que possuem plano de saúde, me dirijo a quem mais precisa.

No DSC 1, podemos identificar como a dupla função no processo de trabalho dos gerentes dos CSF podem interferir na execução de suas atividades profissionais como: dificuldade de cuidar e gerenciar ao mesmo tempo, algo ainda bastante presente na maioria dos CSF, sobrecarregando o profissional e ao mesmo tempo comprometendo a qualidade da assistência. Esta realidade é bastante importante no desempenho de todas as outras atividades

exercidas, influenciando na organização e funcionamento adequado dos serviços. O cuidado às famílias aparece em menor proporção, pois o fazer do gerente encontra-se voltado para as atividades de organização, manutenção e bom funcionamento dos CSF.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

Envolvimento e interesse da gestão no fortalecimento do PSF, a comunidade como participante ativa na sustentação do PSF

Precisa da participação do secretário, coordenação, profissionais e comunidade para que o processo se realize de maneira adequada.

É muito complexo! Existe desde a participação do secretário, da coordenação, dos profissionais, o processo pra que se realize de maneira adequada a gente precisa realmente de que a equipe toda esteja fazendo parte. A comunidade tem uma influência no trabalho, se você faz um trabalho legal a comunidade reconhece, e se não faz direito, ela te denuncia. A comunidade hoje é bem esclarecida e sabe dos direitos dela, sabe que tem direito a um medicação e se não consegue, reivindica, vai naquele programa de rádio conhecido, influencia no andamento do PSF, às vezes quer ter direito mais do que é pra ser, a gente tenta se organizar de acordo com a necessidade da população.

A participação de alguns atores é de extrema importância na sustentabilidade do SUS e de seus princípios, sendo destacado no DSC 2. Contudo, o que podemos observar, é que, é necessário o envolvimento e interesse da equipe gestora, trabalhadores das UBS, e a participação da comunidade para que efetivamente aconteça uma melhor assistência e atenção aos usuários das UBS.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3

O acolhimento e a triagem como forma de organização da demanda diária, a importância da equipe completa para resolubilidade dos problemas, a criatividade como um dos instrumentos básicos do cuidar.

A gente começa pela triagem, de alguma forma vai ter alguém dando algum tipo de orientação, tentamos resolver da melhor forma possível.

A gente começa pela triagem mandando para o médico, depois de passada a triagem as demandas são agendadas, as que podem estar sendo esperadas, e à tarde os adultos. Então se chega um paciente lá pelas dez horas com atendimento de verminose não vai estar agendado, alguém vai estar orientando esse paciente pra vir para a triagem. De alguma forma vai ter alguém dando algum tipo de orientação. Uma enfermeira fica no acolhimento para que não se torne uma coisa desorganizada, para que o paciente não chegue e fique solto na unidade sem saber onde vai, isso é feito toda manhã, pois a questão de medicamentos, consulta, é feito uma triagem com o médico e ele decide se deve tratar ou se deve referenciar. Os problemas de saúde identificados na unidade existem de vários tipos: os mais complicados, os menos graves, enfim, quando a gente está com a equipe completa, de médicos, enfermeiros, a gente consegue desenvolver um trabalho melhor, a gente tenta resolver da melhor forma possível. Nós enfermeiros estamos mais em outros programas, grupo de gestantes e um grupo de adolescentes. Tem alguns casos, como por exemplo, a desnutrição que a gente deveria dar um olhar melhor pra essas crianças, então a gente cria um programa das sopas, as crianças se alimentam dentro da unidade duas vezes durante o dia, então assim, cada problema tem a sua forma de ser resolvido que são vários, mas quando ele é mais simplificado a gente até consegue ter o poder de resolver a situação dentro da unidade.

Dadas as características dos itens anteriores, o DSC 3 traz os resultados relacionados a como se dá a resolutividade dos problemas identificados no cotidiano do atendimento prestado pelos profissionais aos usuários dos CSF. Destaca-se como principal indicativo desta variável, o acolhimento e a triagem como forma de organização da demanda diária, ambos são atividades relevantes, porém distintas, mas que geram impacto no primeiro atendimento dentro do CSF. Dentro do mesmo contexto, segue a importância da equipe completa para a resolubilidade dos problemas, pois a falta de um dos membros da equipe no CSF acarreta danos aos serviços prestados à comunidade, sendo o médico a categoria mais precária na atenção primária à saúde. Complementando o tópico antecedente, mostra-se que a criatividade aparece no discurso como um dos instrumentos básicos do cuidar necessário para o processo do cuidado em saúde.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4

A reunião da roda como espaço coletivo na tomada de decisão, os problemas da equipe solucionados no espaço da roda.

Tudo é trazido para a roda, todas as tomadas de decisão, os planejamentos, a equipe constrói junto.

Tudo é trazido para a roda, eu nunca costumo tomar decisão só. Se for algo que nós temos que decidir juntos nós decidimos. Todas as tomadas de decisão, os planejamentos, toda a equipe constrói junto. As decisões não são somente minhas, toda a equipe participa e nesse momento a gente discute em equipe. Dessa forma as decisões são realizadas na roda, e qualquer problema é resolvido na roda, a gerente está aqui, mas o trabalho é democrático, e a roda tem poder para resolver todos os questionamentos.

O DSC 4 aborda sobre um importante aspecto que é a tomada de decisão nas equipes de PSF, aparece o momento de discussão semanal da roda, como um espaço coletivo que os profissionais atuam e compartilham das tomadas de decisão, solucionando os problemas apresentados pelo grupo. Esse método tem sido bastante difundido no sistema de saúde municipal de Sobral e tem tido um impacto positivo no processo de gerenciamento, organização e estruturação dos CSF, na medida em que todos são co responsáveis pelas decisões compartilhadas, inclusive a comunidade.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 5

A dificuldade no atendimento pela grande demanda, os determinantes sociais e a saúde da comunidade, a importância do vínculo entre profissionais e comunidade para o desenvolvimento do trabalho no PSF.

A população tem confiança no PSF, na equipe, nos programas, enfim, mas tem uma grande demanda.

A gente tem uma grande população, muitas famílias, a maioria da nossa população, 99% é carente, a gente não tem aquele número de tantas famílias que vive melhor. A maioria vem realmente e são atendidos, são carentes e são os pobres que realmente necessitam de

atendimento. Organizamos por demanda pra que todos venham, pois é uma demanda muito grande, de manhã na triagem é muita gente, tentamos organizar por forma de necessidades de atendimento. A população tem confiança no PSF, na equipe, nos programas, nas puericulturas, enfim, eu acredito que a gente desenvolva um bom trabalho dentro do bairro. A População é boa de trabalhar, participativa, aceita decisões, pactua com a equipe. Então, assim tem todo um processo de vinculo PSF e comunidade. As pessoas vêm para serem bem recebidas, ninguém é pago para maltratar as pessoas. A equipe é pequena, apesar dos diferentes níveis é muito unida e trabalha como uma família. Para que você trabalhe bem para a comunidade tem que estar bem com a equipe. Nossa maior dificuldade é com o número grande da população e a falta de médico na equipe. Tentamos nos organizar, dividindo esses atendimentos programados da puericultura, pré- natal, nos grupos das prevenções para gestantes, estamos tentando organizar a saúde da mulher para atender esse tipo de população, o que esta pegando nesse momento é que a população é muito grande para um só médico, e assim tem horas que agente fica sem saber onde colocar tanta gente.

O atendimento aos usuários dos CSF ainda é uma questão que deve ser destacada. O DSC 5 traz os principais fatores que estão diretamente relacionados à qualidade da assistência prestada pelos profissionais na atenção primária. Observa-se que um dos fatores que dificultam uma boa assistência é a grande demanda da população para um número pequeno de profissionais. Outro indicador importante são os determinantes sociais da saúde e seu impacto no processo saúde-doença da comunidade. Como fator positivo para o bom atendimento aparece o vínculo estabelecido entre profissionais dos CSF e a população assistida.

5.4 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO PROFISSIONAIS DOS CSF

Assim como os gerentes, os profissionais de saúde também manifestaram em suas falas destacadas nos discursos, suas ações que repercutem na qualidade da assistência de saúde dos CSF, como: as atividades desenvolvidas no âmbito da ESF, acessibilidade da comunidade aos CSF, relação entre os profissionais dos CSF e usuários do serviço de saúde e capacitação dos profissionais para atuação na Estratégia Saúde da Família.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 6

Desenvolvimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, o trabalho do agente comunitário de saúde.

No trabalho desenvolvido na saúde da família são realizadas atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde e também o trabalho do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares.

O trabalho desenvolvido no saúde da família envolve vários tipos de atividades, e tem os programas que a gente acompanha toda a população, desenvolvendo atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde a nível primário: pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase, puericultura, grupos de gestantes, as vacinações e os cuidados gerais, visita domiciliar que é o cuidado aos pacientes no domicílio, atividades educativas, tem também o trabalho da agente de saúde, que é o acompanhamento dessas visitas domiciliares, é um trabalho muito amplo, envolve a saúde pública num todo. A população é carente, a grande demanda é de crianças e adultos.

O DSC 6 aborda as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais que compõem a atenção primária no município. Observamos um destaque para as ações que estão relacionadas às demais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), como atenção à saúde da mulher, da criança, do idoso, os grupos de hipertensão e diabetes, entre outros; ressalva feita às visitas domiciliares desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde como reforço ao trabalho da equipe. Neste aspecto é importante que a equipe de saúde da família esteja completa para realizar eficazmente as atividades preconizadas pelo MS.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 7

A proximidade dos CSF como melhoria da acessibilidade, o ACS como conexão entre comunidade e PSF, a falta do médico como uma das dificuldades de acesso.

A dificuldade de acesso não esta vinculada à estrutura física dos CSF, a gente precisa de mais médicos, essa é uma das principais dificuldades.

Aqui, as pessoas são muito próximas, elas têm liberdade. Podem chegar na gente, são bem educadas em relação a isso. Acredito que não tenha dificuldade, todo mundo mora por aqui, atendemos uma parte do centro que também fica próximo. As gestantes, por exemplo, quando a gente chama para as consultas de pré-natal elas sempre comparecem, às vezes tem umas que esquecem, mas aí a gente não deixa esquecer, estamos lá todo dia, a gente diz “olha tua consulta é amanhã”, vamos buscar, então não tem como esquecer por que o ACS está junto, todo tempo buscando. O ACS visita as famílias e traz, às vezes, uma pessoa que tenha alguma dificuldade, aí encaminha para o PSF, fica até bem mais fácil, encontra mais facilidade para resolver seu caso. Essa história do paciente ficar às 3 horas da manhã à espera de uma ficha pra depois numa segunda triagem com a enfermagem às 7 horas da manhã, isso pode ser melhorado, a gente precisa de mais médicos, essa é uma das principais dificuldades de acesso. Todo dia de segunda a sexta fica manhã e tarde, um profissional de nível superior fazendo o acolhimento das pessoas que não pegaram a ficha com o vigia, mas mesmo assim, no acolhimento vai aparecer uma urgência, um tipo de atendimento que teria sido uma prioridade para o médico. A população vai crescendo e a gente tem que crescer junto.

O DSC 7 traz como principal destaque uma das questões de maior relevância para a assistência na atenção primária à saúde que é acessibilidade. No discurso a mesma aparece em três focos distintos o primeiro refere à acessibilidade como a proximidade aos CSF como um dos fatores positivos para a resolutividade dos problemas da comunidade. Outro foco baseia-se na proximidade do ACS à comunidade como uma das principais conexões de acesso com a equipe de saúde da família. Por último, o discurso vincula a falta de acesso na atenção primária à restrição do trabalho do médico de saúde da família, isso denota a importância da equipe completa para a eficácia do trabalho desenvolvido na ESF.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 8

Relacionamento entre usuários e profissionais dos CSF, O modelo de assistência.

Eles vêm “buscar” a gente não somente por problemas de saúde, nos sentimos úteis e importantes como ser humano, pois é muito bom você ser reconhecido.

É ótima, eles chegam aqui e já conhecem até a gente pelo nome, e é muito difícil eu não conhecer a pessoa... Eles vêm “buscar” a gente não somente por problemas de saúde, por

que querem fazer certo tipo de atividade, às vezes só para conversar, eles são muito assíduos, se sentem muito à vontade assim, pra chegar e falar as suas queixas ou conversar, nunca tive nenhum problema com nenhum paciente. Só assim a gente se sente útil e importante como ser humano porque é muito bom você ser reconhecido, você saber que uma pessoa gosta de você, isso dentro da família da gente, no trabalho, com os amigos. O PSF acaba se tornando alvo das políticas públicas de saúde que está sendo exercida no momento. A gente sabe se o usuário tá insatisfeito, ele deve procurar saber que a comunidade tá carente em alguma questão, que às vezes não tem nada a ver com o PSF e às vezes esta questão prejudica, mas no geral eles vêm, são bem atendidos. Eu acredito nas visitas e eles também, a gente atende direitinho, eles não se queixam muito do atendimento, se tiver uma queixa, a gente vai ver é outra coisa, às vezes até uma coisa pessoal que não tem nada a ver com o serviço em si. A queixa deles é que às vezes não tem remédio no posto, e de não ter o que eles realmente desejam que tivesse no posto, o que eles acreditam que o posto pudesse oferecer. Por que a estrutura não oferece esta disponibilidade, não tem dentista também e entre outras estas coisas que deixam então que a pessoa se sinta melhor com todas as suas sugestões concedidas. Tem um entrave muito grande aí na relação do profissional com a comunidade é a questão da informação. Apesar de a gente já tá com 10 anos de Programa Saúde da Família, mas tem muita gente na comunidade que não entende o que é o Programa de Saúde da Família. (...) chegamos 7:00 h, a gente deixa 2 fichas para emergência, quando dá 9:00/10:00 h chega aquelas consultas de rotina, que não eram mais pra chegar nesse horário, aí o pessoal acha ruim, porque eles não sabem, eles não entendem o que é uma triagem, o que é um acolhimento, já foi falado isso aí várias vezes, mas tem uns que não se adequam à realidade, que, na hora que eles chegam no posto, querem ser atendidos, nem que seja uma consulta que você possa agendar para daqui uma semana. A gente atende a zona rural, então dá prioridade a eles, porque eles vêm a pé, eles vêm com a maior dificuldade. Os da sede são os piores, eles querem ser atendidos logo para ir pra casa. Às vezes também nós fazemos palestras educativas, então a nossa intenção é fazer a prevenção, queremos passar informação pra muita gente, mas o vício deles é ainda medicação. Eles não querem fazer a prevenção da doença, querem medicamento, e saem falando do profissional porque não sabem porque não passou remédio.

O DSC 8 destaca os aspectos relacionados à relação existente entre usuários e profissionais dentro do cenário que compõe a ESF. Destacamos que apesar de algumas dificuldades estruturais ou de recursos, existe uma relação de amizade e afeto construída a

partir da confiança, respeito e vínculo entre equipe e comunidade. Percebemos no discurso dos profissionais que ainda existe uma dificuldade dos usuários para com a proposta do PSF. Percebemos a necessidade de informar a comunidade sobre o funcionamento dos serviços, inclusive horários de atendimento.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 9

A capacitação como umas das ferramentas para o desenvolvimento do trabalho na ESF, Acessibilidade dos profissionais aos cursos ofertados.

A Escola de Saúde da Família está sempre oferecendo momentos de atualização, há a necessidade de estarmos sempre aprendendo.

Há a necessidade de estar sempre aprendendo, de estar sempre estudando, às vezes, as pessoas querem fazer e não tem acesso, não podem ir, é o que ta faltando, sempre tem idéia nova, tem realidades novas, é diferente, então tem que ter esse acesso. Estamos participando da gincana do projeto Amor à vida, e temos que voltar o atendimento só para o adolescente, e não tivemos um treinamento para isso, para saber lidar na consulta de enfermagem com o adolescente de uma melhor forma. No caso da gerente, ela não foi capacitada como gerente, e sim convidada a ser gerente, mas nunca houve um treinamento, nunca houve um curso, já foi até pedido, já teve até projeto e tudo, mas não saiu, então, isso seria muito bom. A Escola de Saúde da Família está fazendo sempre momentos para nos atualizarmos, nos casos de pré-natal, a gente às vezes tem dificuldade, mas elas procuram sempre está fazendo, já fez também para os Auxiliares de Enfermagem um curso de capacitação. Se fala tanto em educação permanente, educação continuada, mas eu sinto falta de um momento aqui na equipe, desse momento de estudo em relação as coisas do dia-a-dia, por exemplo, se tira um dia pra estudar prontuário familiar, fica aberto pra todo mundo, eu sei como fazer, qual a importância do cadastro da família, sei quais são os dados que se pergunta para se cadastrar as pessoas, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, mas era importante ter esse momento de estudo, pra ser aberto não só pra profissionais de nível superior ou agente de saúde, mas ser aberto pra todas as outras categorias, temas pra ser visto como momento de estudo na equipe, porque acredito que é coisa do interesse de todo mundo, afinal de contas não seria temas relacionados a atenção terciária, seria da atenção primária mesmo. Estar inteirados do que a nossa população adoece; a secretaria de saúde exige um plano de

cuidados, para que a equipe possa montar esse plano, deve fazer realmente um aulão, um momento de estudo, é importante isso e sinto falta disso na equipe, não temos esse momento de parar pra estudar, nem nível superior, nem a equipe toda. Lembrei que a nutricionista tinha uma proposta de fazer um treinamento, acompanhar o trabalho da copa por conta da sopa dos desnutridos, não sei se foi feito, ela ia participar, sentar com as meninas da copa para estar orientando o manuseio, o preparo da sopa, como é que devia ser feito isso, em que condições, como fazer a seleção dos alimentos. Os ACS não têm problema porque estão tendo o curso técnico, deu uma paradinha mas retorna logo, logo. Foi iniciado o curso técnico dos ACS, mas ainda não foi concluído. O curso é muito importante, eles se atualizam nos dados, conseguem novas formas de como trabalhar, um jeito melhor de como chegar na comunidade. O ACS tem uma carga de informações bem pesada, mas sempre é bom está se atualizando, mas este curso é algo que vem para complementar, porque eles são o elo da comunidade com o PSF e vem mais a somar, com essas novas informações.

Seguindo com o DSC 9, que diz respeito à capacitação dos trabalhadores da saúde para atuação na ESF, o discurso tem como ponto marcante a atuação e o comprometimento de Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em oferecer acessibilidade a estes trabalhadores bem como uma variedade de cursos de educação permanente, atualização, residência multiprofissional em saúde da família, residência médica em saúde da família, e outros cursos *stricto sensu* que tem afinidade com a área de saúde coletiva. Percebemos a importância da educação no trabalho como eixo de reorientação das práticas assistenciais. Aqui fica claro que existe ainda uma deficiência em relação à cursos que envolvem a gestão dos serviços de saúde, isto denota que este é um aspecto importante que precisa ser lembrado por todos que estão voltados à educação no trabalho para melhoria da qualidade na assistência.

6 DISCUSSÃO

A discussão deste estudo está pautada no referencial de análise dos dados o pensamento sistêmico apresentando os principais resultados que caracterizam o desempenho dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas. Os componentes necessários de análise dos sistemas são variáveis, objetos e definições relacionadas ao pensamento sistêmico, podendo ou não ter uma correspondência mensurável no mundo real. Os componentes estudados e expostos no quadro de análise estão estruturados em: objetivos, ambiente, estruturas, elementos, administração e complexidade. Nesse estudo nos propomos a fazer essa análise usando como referência o quadro 4 integrando os resultados da caracterização dos usuários com os dados qualitativos.

O primeiro componente de análise é o **Objetivo**, o qual corresponde a principal meta de todos os envolvidos no desenvolvimento das ações dentro do sistema de saúde, no caso os CSF estudados. Neste componente percebemos resultados relevantes que podem refletir na qualidade da assistência prestada pelos profissionais dos serviços de saúde da família, tais como: confiança dos usuários na equipe e estabelecimento de vínculo, bem como a abertura para tirar dúvidas com os profissionais. Estes elementos contribuem para a satisfação dos usuários e promovem um ambiente acolhedor nos CSF.

A postura dos profissionais dos CSF pesquisados demonstra que os mesmos têm adotado um comportamento ético junto aos usuários, principalmente no que diz respeito ao manuseio das informações reveladas, que inspira e reitera a confiança depositada na equipe pelos clientes, tal como constatamos nos estudos de Valentim e Kruehl (2006).

Entre os principais atores que participam ativamente do PSF, destacam-se os gestores de saúde pública, os integrantes das equipes de saúde da família, as lideranças comunitárias e os próprios usuários do SUS. Entre todos eles, estabelecem-se relações que possuem diferentes características, as quais influenciam diretamente na construção e manutenção da confiança e conseqüentemente um maior vínculo entre profissionais e usuários.

Estes comportamentos dos profissionais se assemelham ao que Acioli (2001) e Campos (2000) propõem ao dizer que o vínculo favorece a realização de uma prática clínica de qualidade e integral, partindo da aproximação afetiva entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados, e do reconhecimento legítimo do saber biomédico, porém agregado ao saber difundido, e também legítimo, dos ritos e práticas populares.

Na verdade estas características dos profissionais são importantes na medida em que aumentam a confiança dos usuários nas orientações propostas. Ainda sobre a confiança, o vínculo e a satisfação que permeiam as relações entre equipe de saúde e usuários, estudos como o de Santos e Assis (2006) apontam que o PSF possibilita o entrelaçamento das relações e dos afetos entre os trabalhadores de saúde e a comunidade, ao fazer com que a prática ultrapasse os “muros” dos Centros de Saúde da Família.

O cuidado no contexto da saúde coletiva deve ser reforçado por relações que permitam um fluxo contínuo de informações para planejamento das ações de saúde por parte dos profissionais da equipe.

É importante que a confiança perpassa as relações entre a equipe e os usuários. Primeiramente, um comportamento por parte da equipe, o qual demonstre que esta confia nos usuários, pode ser servir de base para que estes, reciprocamente, também confiem nela. Além disso, é fundamental que a equipe confie nos cidadãos, já que são eles que fornecem as informações-base para os diagnósticos de cada família e suas ações posteriores. Tão ou mais importante que a confiança da equipe nos usuários é o oposto: a confiança destes nos membros integrantes da equipe de Saúde da Família. O usuário é o pilar de sustentação de toda a Estratégia de Saúde da Família (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Sem que o usuário confie na equipe, todo o processo é dificultado. É ele que deve abrir as portas de sua casa para que os técnicos possam realizar seu trabalho, bem como lhes fornecer informações sobre seus hábitos, costumes e necessidades de saúde. Deve-se levar em conta que estes dados fornecidos são, muitas vezes, confidenciais e até mesmo constrangedores e, assim, fica clara a necessidade de que estes usuários confiem na equipe para que possam ser tão sinceros quanto for possível. Além disso, as pessoas, ao aceitarem o tratamento das equipes de saúde da família, confiam sua saúde à elas e, desta forma, o sucesso do tratamento depende em grande parte da sua confiança na capacidade técnica da equipe, no sentido de que os diagnósticos e as prescrições sugeridas sejam seguidas. Entretanto, esta confiança se caracteriza como a única alternativa para alguns pacientes em determinados momentos, já que eles não possuem outras opções para dar conta das enfermidades enfrentadas (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Os CSF e seus profissionais têm que se preocupar com a apresentação e as interações que ocorrem no seu ambiente interno. Um bom ambiente nos serviços de saúde favorece o bem estar físico, mental, social e espiritual dos seus profissionais, trabalhadores e usuários durante a permanência nas suas dependências. Os profissionais precisam construir um

ambiente em que a subjetividade também seja considerada, tanto para os usuários quanto para eles mesmos.

O segundo componente refere-se ao **Ambiente** como principal cenário de promoção da saúde que tem impacto direto sobre a dinâmica do sistema. Entretanto, observa-se que tanto os profissionais de saúde como os usuários entendem o ambiente como o espaço restrito a unidade de atendimento. Embora os elementos apontados tenham sido importantes como: conforto e acolhimento, eles são restritos como espaços de promoção da saúde e num enfoque sistêmico. A ambiência na saúde é considerada o espaço físico enquanto espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006). Isso reforça que o espaço físico é importante, sem dúvida, mas este sozinho, não é determinante na sensação de bem-estar que se pode oferecer à população.

Em relação a saúde e ambiente, há políticas públicas que operacionalizam os princípios da Promoção da Saúde e que estão na perspectiva ambiental, são: municípios saudáveis, vigilância ambiental em saúde, melhoria sanitária domiciliar, Agenda 21, desenvolvimento local integrado/sustentável e rede brasileira de habitação saudável.

Estas estratégias e iniciativas são capazes de operacionalizar a promoção da saúde por intermédio da elaboração de políticas públicas saudáveis, que exigem a ação intersetorial e de uma nova institucionalidade social. Esta se materializa através de propostas como a Estratégia da Saúde da Família, que tem em sua lógica central a operacionalização de conceitos como a territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais, biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias (COHEN et al., 2004).

No estudo proposto devemos considerar que este aspecto ainda deve ser mais trabalhado, principalmente nos ambientes que acolhem os usuários da atenção primária, que é definida como “a porta de entrada” do sistema de saúde no Brasil. Este ambiente deve ser o mais acolhedor não em relação aos aspectos estruturais, mas também em relação aos aspectos da humanização, em que os profissionais podem ser agentes transformadores destes ambientes, na medida em que abordam os usuários com respeito, atenção e amor, gerando um sentimento de conforto.

A concepção de confortabilidade deve considerar o fato de que ao entrar em um ambiente de saúde, tanto usuários quanto trabalhadores arriscam-se a deixar de lado referências sobre seu cotidiano, cultura e desejos. Portanto, pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção

de saúde. Para tanto, é importante conhecer e respeitar os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que se está atuando. O ambiente deve ser acolhedor e harmônico, para que possa contribuir com o bem-estar e desfazer o mito de espaços de saúde frios e hostis (BRASIL, 2006).

Quanto ao acolhimento como elemento para o ambiente da unidade. O acolhimento denota a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para identificar suas necessidades, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas. Na UBS, este assume um papel muito importante, pois implica mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção do usuário de modo a incluir atividades derivadas na “releitura” das necessidades sociais de saúde da população (RAMOS; LIMA, 2003).

A ESF favorece mudanças no processo de trabalho no que se refere ao acolhimento, pois a relação profissional de saúde e usuário vai além de apenas tratar bem, o que pressupõe respeito, interesse e responsabilidade, envolve também os problemas e as necessidades que a população vivencia. A perspectiva da relação se sustenta na escuta e na responsabilidade profissional, que favorecem a formação de vínculos que estabelecem uma relação de confiança e amizade (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Assim, concordamos com Merhy (1997), quando cita que o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos.

Mas percebemos que ainda é um desafio para a gestão do nosso município, chegar a um consenso sobre como fazer o acolhimento de forma mais humanizada, participativa, levando em consideração as necessidades de saúde de cada território de saúde da família, proporcionando um bom entendimento entre profissionais e usuários no sistema de saúde. Na verdade cada área territorializada tem as suas particularidades em relação a demanda que procura os serviços de saúde, tem indicadores de saúde próprios, doenças sazonais e isso dificulta a organização da demanda. Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), o acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, a ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da APS no SUS, de ser a principal "porta de entrada" do sistema.

Além do contexto ambiental dos CSF também é importante considerar a forma como o serviço se organiza para facilitar o acesso aos usuários no sistema de saúde. Outra característica importante aparece no terceiro componente – **Estruturas**, o qual está relacionada a triagem como forma de organização da demanda diária, a acessibilidade ao sistema de saúde e a capacitação dos profissionais para o SUS.

O resultado relacionado à grande demanda populacional em relação ao número de equipes de saúde da família existente, é apontado como um fator negativo que causa impacto na qualidade e na continuidade do atendimento nos CSF.

O planejamento das atividades e dos recursos de um centro de saúde deve obedecer à definição das prioridades da população usuária. É necessário, então, identificar os seus principais problemas de saúde e definir o seu perfil epidemiológico. Os pacientes que apresentarem demandas que não podem ser atendidas nas unidades básicas, tais como consultas especializadas e internações que devem ser encaminhados para unidades mais complexas como ambulatórios ou hospitais.

A nossa realidade de saúde local se aproxima da realidade da maioria das cidades brasileiras, a procura pelos CSF se dá tanto pela demanda espontânea como pela demanda programada e agendada com antecedência. Diante desta realidade concordamos com os estudos de Tesser, Poli Neto e Campos (2010) quando enfatiza que o PSF, na sua criação, propunha-se a superar a tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na Promoção à Saúde. Em alguma medida, a introdução dessa estratégia de fato produziu uma saudável tensão paradigmática entre a biomedicina e abordagens mais ampliadas. No entanto, não houve uma reorganização da formação de especialistas médicos e enfermeiros em escala suficiente para sustentar esse tipo de reforma cultural. Além disso, o PSF, inicialmente, orientou as equipes a lidar centralmente com os programas de saúde, com protocolos, diagnósticos e terapêuticos definidos. Observou-se, contudo, que não havia recomendações sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos serviços de atenção básica ou como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde.

Uma das estratégias propostas dentro da política do PSF era a descentralização do cuidado à saúde. É nesta perspectiva que aparece a acessibilidade aos serviços da atenção primária como uma meta foi alcançada pela maioria dos programas. Nesse estudo isto não foi diferente, a proximidade aos CSF aparecem como uma das formas de acessibilidade aos serviços de saúde. Concordamos com Tesser, Poli Neto e Campos (2010), quando enfatiza que a APS é a porta de entrada do sistema, sendo necessária uma estratégia que permita um

fluxo facilitado de pessoas. Além disso, uma das características para a efetividade e o sucesso da APS é o fácil acesso, motivo que torna crucial o desenvolvimento de arranjos institucionais e práticas profissionais facilitadores desse acesso.

Diante desse contexto, a acessibilidade ao sistema de saúde está intrinsecamente relacionada a integralidade da atenção prestada ao usuário dentro das redes assistenciais: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviço de atenção à saúde mental. Andrade e Santos (2008) destaca o cuidado em saúde nas redes assistenciais possibilita o reconhecimento das peculiaridades e desnivelamentos no sistema de saúde, auxiliando nas tomadas de decisões para orientar a qualidade da atenção tendo como foco a satisfação das necessidades da população.

Outro aspecto importante neste componente refere-se à capacitação da equipe para o atendimento dos usuários na APS. Este elemento ancora-se no desenvolvimento das competências de trabalho dos profissionais que garantam a resolutividade das demandas dos serviços de saúde. No nosso estudo os profissionais referem a importância das capacitações e atualizações para o desenvolvimento do trabalho de qualidade na ESF. Em relação a este aspecto, os estudos de Balbino et al. (2010) também revelam que a capacitação da equipe voltada para aspectos que assegurem a satisfação do usuário, como a forma de ouvir e acolher, demonstraram a relevância dada aos princípios e posturas inerentes ao cuidado em saúde, tendo como objetivo a geração de um produto que atenda as necessidades de saúde dos usuários.

Assim, a capacitação dos profissionais da ESF, é reconhecida pelo Ministério da Saúde como ponto fundamental para a consecução dos princípios e das diretrizes gerais do SUS, dando-lhe factibilidade, coerência, viabilidade e resolutividade dos problemas demandados pela população no território da área de abrangência do Saúde da Família (BRASIL, 1999).

Um fato a ser destacado é que a questão de recursos humanos representa desafios e riscos para a sustentabilidade do PSF. Desde a concepção do mesmo sabia-se da inexistência de profissionais com o perfil necessário para este novo modelo. Para atuarem em uma equipe de saúde da família, os profissionais precisam compreender a nova dinâmica do processo de trabalho. Para isso, é necessária uma visão ampliada, ser resolutivo nas clínicas básicas e ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da população em uma concepção de recuperação adequada de saúde e de qualidade de vida. É necessário conhecer as necessidades de cada profissional, para que cursos de capacitação e reciclagem de

profissionais em serviço possam vir a adequar os perfis destes profissionais e consolidar a Estratégia Saúde da Família (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

Para atender as necessidades dos profissionais do PSF do município em relação à qualificação para o trabalho, Sobral conta com o apoio da Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, uma estrutura de educação profissional que proporciona um constante aprendizado voltado para as necessidades de saúde da população do município. Isto provavelmente tem impacto positivo no sistema de saúde, na medida em que proporciona a melhoria dos indicadores de saúde doença e uma constante atualização e redirecionamento da assistência por parte dos profissionais.

No quarto componente temos os **Elementos** que apontam para o desempenho dos serviços no sistema de saúde, que são: a satisfação dos usuários, a participação ativa da comunidade e o trabalho do ACS.

Nesse componente percebemos que há uma importante interação de atores que contribuem para que haja a sustentabilidade da política e das ações que permeiam a ESF. Nesta interação percebe-se um conjunto articulado entre comunidade, equipe de saúde da família e o ACS como o principal elo entre esses atores. Essa realidade reforça o trabalho desenvolvido pelo ACS como principal articulador da equipe na comunidade, possibilitando o conhecimento das necessidades de atenção da população, e conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde do território, promovendo a satisfação do usuário.

O trabalho do ACS é de grande importância ao serviço de saúde, pois a sua presença junto à população facilita o vínculo com o sistema de saúde, atuando como facilitador das relações entre indivíduos, famílias-comunidade com o sistema local de saúde (BARALHAS, 2008). A facilidade em conhecer as famílias e formar vínculos se deve principalmente ao cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde e também pelo fato dos mesmos, fazerem parte da comunidade, desempenhando um papel de elo entre os profissionais de saúde e as famílias, trazendo e mostrando informações que facilitam o trabalho das equipes.

Nosso estudo corrobora com o de Ferreira, Schimith e Cáceres (2010), quando refere que a conquista da confiança e o vínculo foram os componentes mais valorizados e vistos como essenciais à realização do trabalho dos ACS. A confiança se estabelece de forma gradual, sendo essencial para manter acesso à conversação, mediante a qual tomam conhecimento das necessidades de saúde da população.

Silva e Dalmaso (2002), identificam na atuação do agente, dois componentes principais: um técnico, relacionado ao conjunto de intervenções curativas e preventivas

realizadas nos domicílios da microárea que fica sob sua responsabilidade e junto à unidade para acolhimento, registro de dados, programação e supervisão de suas atividades; e outro político, contemplando duas perspectivas complementares, a mediação da discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde e as alternativas para solucioná-los, e da organização comunitária para a cidadania e a transformação social.

Para desempenhar esse papel de ligação entre as concepções e os modos de agir institucional e comunitário, o ACS necessita exercitar um contínuo ir e vir entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática. A racionalidade técnica está apoiada em argumentos e informações voltadas para a afirmação da eficácia de intervenções, comportando a pretensão de que os meios escolhidos são os mais adequados para os fins propostos. A racionalidade prática se fundamenta nas experiências vividas e nas opiniões e valores que circulam nas redes informais de comunicação. Desta perspectiva, a escolha dos agentes comunitários entre os residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família, parte do pressuposto de que o compartilhamento de significados e do uso da linguagem cotidiana da população facilita a realização das mediações entre o saber técnico-científico e o popular (DANTAS; SILVA; FELICIANO, 2010).

Outro aspecto relevante neste item foi a participação ativa da comunidade na atenção em saúde, o que corrobora com as discussões de Promoção da Saúde (PS), em especial a Carta de Ottawa (1986), a PS é entendida como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (OMS, 1986).

Goya (2003), em seus estudos, quando se refere a participação social destaca que as populações locais dentro do território do saúde da família devem estar convencidas de que somente a partir de sua participação direta pode-se modificar mesmo que gradativamente, os cenários que compõem os serviços de saúde da atenção primária.

A participação da comunidade nos faz refletir no estudo de Andrés (2005), quando diz que a satisfação do usuário com a assistência é considerada hoje indispensável para quem busca a qualidade dos serviços.

Diante do propósito de que o PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente e busca fazer isso através dos princípios da equidade, da qualidade, da integração, da democratização e da descentralização das ações básicas de saúde. Nesse sentido a família passou a ser o objeto da atuação, entendida a partir do espaço em que vive, estuda e trabalha, professando assim as diretrizes norteadoras do SUS, a exemplo do fortalecimento do controle social e a participação comunitária no processo de planejamento e avaliação. Sendo assim a

participação dos usuários na prática do PSF é de suma importância, pois a comunidade é a razão de sua existência e, portanto, precisa ser identificada como perfeitamente capaz de avaliar, intervir e modificar o próprio sistema em que está inserida, fortalecendo assim, o fazer democrático da saúde (TEIXEIRA, 2004).

Percebemos que na maioria dos CSF do município de Sobral há uma articulação importante no que se refere a participação da comunidade nas decisões junto à gestão do saúde da família. A maioria dos CSFs têm o seu conselho local de saúde, isto é relevante na medida em que as reivindicações para melhoria dos serviços e da assistência a saúde são atendidas pela gestão da secretaria de saúde. A articulação entre comunidade, profissionais e gestão tem como objetivo maior atender as necessidades da população do território de abrangência de cada CSF e priorizar o atendimento da demanda, como também a manutenção de recursos materiais para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais das equipes.

Diante destas considerações concordamos com Carlos et al. (2009), que refletem em seus estudos que uma comunidade organizada é capaz de alcançar objetivos e superar adversidades. Pontualmente é preciso entender o lugar atribuído às novas formas de participação popular como formas alternativas de relação entre governo e sociedade civil. Os Conselhos de Saúde organizados e atuantes constituem importantes estratégias de participação da sociedade civil nas lutas pela melhoria das condições de assistência à saúde.

Desta forma entendemos que os Conselhos Locais de Saúde são canais de participação e articulação entre representantes da população, profissionais e gestores, são formas importantes de mobilização e representam espaços insubstituíveis de negociação de conflitos e formas de constituição de sujeitos democráticos e autônomos, e, por sua relevância, devem ser mantidos e fortalecidos.

Considerando a importância dos atores no desempenho das atividades do Programa Saúde da Família na lógica do pensamento sistêmico, nos referimos agora ao componente **Administração**, onde estão retratadas as dificuldades dos gerentes de compatibilizar as atividades gerenciais e assistenciais, bem como o reconhecimento da roda como um espaço coletivo para tomada de decisões e o interesse da gestão na sustentabilidade da ESF.

As dificuldades expressadas pelos gerentes dos Centros de Saúde permeiam o acúmulo de funções que envolvem a assistência, assumindo o território e as famílias adscritas, além da gerência das unidades e das equipes de saúde, incluindo responsabilidades, como: organização diária do atendimento, articulação entre profissionais e gestores, organização da estrutura e dos processos de trabalho dos profissionais, vigilância dos indicadores de saúde e doença relacionados ao seu território de abrangência, consolidação mensal das atividades produzidas

pelas equipes de saúde da família, monitoramento das ações desenvolvidas por todos os profissionais que atuam na UBS, responsabilidade social perante a comunidade vinculada à UBS, mobilização e moderação das reuniões semanais da roda de gestão que acontecem em cada UBS com todos os profissionais vinculados aos mesmos, inclusive, além dos trabalhadores, participam da roda os profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), residentes do saúde família, alunos de graduação em enfermagem e medicina, e alunos de cursos técnicos que realizam estágio nas dependências das UBS.

Essa realidade que envolve as múltiplas funções que os gerentes, na sua maioria enfermeiros, assumem comprometem a qualidade da assistência, quando estes também são membros de uma das equipes de saúde da família. Torna-se desafiador para um gerente também desempenhar o papel de enfermeiro na equipe, pois são muitas atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde, além de outras atividades locais que são desempenhadas de acordo com as necessidades de saúde da comunidade.

Uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e a necessidade de envolver todos os trabalhadores de saúde nesse processo. Desta forma, trabalhar com a gerência de serviços de saúde implica entender tais relações, compreender a dinâmica em que estas se processam e os limites dela decorrentes. E de alguma forma identificar as contradições presentes no processo de trabalho como inerente ao seu próprio desenvolvimento e necessárias a sua transformação (VANDERLEI, 2005).

Seu desafio é romper com a lógica da racionalidade gerencial hegemônica e em instituir novos arranjos com distribuição de poder mais igualitário, trabalhando-se com a noção de gestão mais participativa, enquanto tarefa dos dirigentes, trabalhadores de saúde, usuários na perspectiva da construção de um projeto assistencial coletivo, que atenda às necessidades da população, possibilitando uma recomposição do trabalho, voltado para a integralidade e para um agir cotidiano com força de mudança (CAVALCANTE, 2004).

Nessa perspectiva de gestão participativa, destaca-se em Sobral o método da roda de co-gestão de coletivos como um espaço que propicia a reflexão dos problemas, a integração, a troca de experiências, a aprendizagem significativa, o vivenciar angústias, o trabalhar interdisciplinar, sendo um espaço que acolhe opiniões, sugestões, críticas e decisões no coletivo, possibilitando o desenvolvimento de um trabalho intersetorial e uma maior aproximação da comunidade com a equipe, valorizando o trabalho de cada profissional e do coletivo.

O método propõe instituir uma nova racionalidade na gestão de coletivos, reconhecendo essa multiplicidade de lógicas e procurando lidar com a polarização de efeitos

decorrentes. Reconhecer que esta polaridade é inerente aos coletivos organizados para a produção de saúde e que a co-gestão, objetiva potencializar diversas e variadas soluções provisórias para estas polaridades conflituosas, sempre tomando os trabalhadores como sujeitos sociais em processo permanente de constituição. E isto ainda, quando a maioria estiver cristalizada em posições defensivas e inermes, resistentes a funcionar como agentes de mudança. Ou seja, é uma diretriz permanente e não apenas uma técnica com sentido tático para estimular o envolvimento ou a produtividade entre os trabalhadores (CAMPOS, 2007).

A própria equipe pode avaliar e decidir responsabilmente quais as ações a serem ofertadas à população, e para isso é necessária a construção de uma cultura e espaços próprios para a organização do trabalho cotidiano, de forma democrática, fazendo co-gestão entre as demandas e diretrizes institucionais. A forma organizacional recomendada para isso é a reunião semanal da equipe de referência para discutir, avaliar e gerir o trabalho, a rotina de agendamento, acolhimento, visitas domiciliares, grupos, elaboração e avaliação de projetos terapêuticos individuais de casos complexos, problemas sanitários e sociais coletivos, demandas epidemiológicas etc., da qual participam todos os membros da equipe de saúde da família (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Outra característica que envolve a administração do setor saúde é o interesse dos gestores no fortalecimento da política que ampara a ESF, com vistas ao bom funcionamento do serviço de saúde na atenção às demandas da população. Sobre este aspecto, não nos remetemos somente à instância municipal, mas também à estadual e à federal, como co-responsáveis por todo o processo que permeia as políticas e os financiamentos vinculados a assistência à população, tendo como base os preceitos constitucionais previstos no SUS.

No que se refere ao fortalecimento da gestão da saúde em uma dada região, a operacionalização do SUS depende da construção de consensos e da criação de uma institucionalidade jurídica e legal que preserve a autonomia dos entes federados envolvidos e permita uma gestão intergovernamental eficiente.

Sobre este aspecto, Silva e Ronzani (2008) menciona que o fortalecimento da gestão regional, nesse contexto, depara-se com duas dimensões de desafios. A primeira diz respeito ao aperfeiçoamento da relação entre os gestores públicos de saúde da região visando ampliar a governabilidade da rede de atenção à saúde. A segunda, mais ampla, à articulação e cooperação entre atores e instituições do setor público e privado para harmonizar essas relações, visando atingir os objetivos propostos e consolidando a governança da rede de atenção à saúde.

O processo de trabalho na ESF, como vimos, pressupõe o trabalho coletivo, a disposição para o planejamento, organização, ação e avaliação entre trabalhadores, usuários e gestores. Esse fato mostra que a participação nas decisões políticas e a aproximação dos gestores municipais de saúde junto aos trabalhadores nos seus espaços de trabalho, são apontadas como fatores importantes para a satisfação com o trabalho na ESF.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2010), para que haja consolidação dos princípios do SUS, é necessário que os gestores vejam os trabalhadores como sujeitos no seu processo de trabalho, pois podem contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde.

Dessa forma, defende-se que o trabalhador se sinta participante das decisões e co-responsável na execução das ações, por meio de um ambiente de trabalho democrático e participativo que possibilite o sentimento de pertencimento.

De acordo com Santana (1996), o problema da gestão da saúde vai além da idéia de que existe despreparo dos gerentes dos serviços públicos em geral, e que esse pensamento quase sempre busca mudanças apenas por meio de capacitações em desenvolvimento de recursos humanos. Portanto, o autor defende que a área sofre influências das mudanças de grande repercussão sobre o processo produtivo ocorridas nos últimos anos.

Neste aspecto Santana (1996), ainda destaca que é papel dos gestores proverem mecanismos e estimular oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades relacionadas ao desempenho dos trabalhadores. Desse modo, a relação entre ensino-assistência como eixo de organização da gestão do trabalho traz à tona a busca dos gestores pela qualificação dos trabalhadores a partir da articulação das escolas com os serviços, gerando a partir daí, movimentos de discussão e construção permanente de estratégias assistenciais efetivas principalmente voltadas administração dos CSF pelos enfermeiros gerentes.

Para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2010) uma das três maiores dificuldades dos gestores municipais de saúde atualmente é a falta de políticas eficientes de formação e educação de profissionais de saúde, que se orientem pelas necessidades do sistema público de saúde, incluindo os gestores de saúde.

Pensamos também que ainda são incipientes as orientações para a formação de gestores para atuação na gestão dos CSF, a nível local e nacional.

Nesta perspectiva o contexto da saúde de Sobral nos leva a elencar uma série de fatores no componente **Complexidade**, embora alguns destes tenham sido discutidos nos

componentes anteriores, encontram-se citados neste pelo impacto que geram na dinâmica e funcionamento do sistema de saúde.

Aqui nos deteremos em analisar as características ainda não discutidas, que são os determinantes sociais e de saúde da comunidade e a deficiência de recursos (materiais e humanos) para garantir um bom atendimento.

Os determinantes sociais e de saúde da comunidade, considerando o resultado positivo de saúde, está e depende diretamente das condições de vida e saúde da população, nos levando a refletir sobre a importância das ações intersetoriais e de uma gestão voltada para a articulação das políticas públicas, com vistas a melhoria da qualidade de vida do coletivo.

As características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que pertencem às condições de vida e saúde local e com elas se relacionam. Em tal conjuntura, o processo de trabalho com os elementos/fatores determinantes sociais de saúde – ao conhecer e atuar junto às condições de vida e saúde de indivíduos e famílias – no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) é abordado pelo Ministério da Saúde como estratégia de reestruturação da Atenção Básica, que desenvolve a mediação das ações para melhorar as condições de vida e saúde, a partir da ação de uma equipe multiprofissional. Essa força de trabalho impulsiona ações promotoras a grupos com fatores de risco comportamentais e ambientais, visando adequar hábitos/estilos de vida saudáveis, minimizando o aparecimento de agravos (SANT'ANA et al., 2010).

Para tanto, as políticas de saúde devem estar pautadas nos pressupostos da Promoção da Saúde, no sentido de propiciar melhores condições de vida e trabalho, habitação, saneamento, educação, estilo de vida saudável, melhoria das condições sócio-econômicas, culturais e ambientais, participação efetiva da comunidade em redes sociais e comunitárias. Estes aspectos guardam uma forte relação com os determinantes sociais e de saúde da população, pois a maioria dos problemas de saúde advém dos determinantes.

Estas considerações corroboram com Carvalho et al. (2004), quando afirmam que a saúde é um produto de amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, com ênfase em ações voltadas para o coletivo e o ambiente (físico, social, político, econômico e cultural), contemplando a autonomia de indivíduos e grupos equânimes.

Paim (2006) acrescenta que a saúde é um produto de comportamentos de indivíduos e famílias (estilo de vida, dieta, atividade física, hábito de fumar), que pode ser reforçado por programas educativos relacionados a riscos comportamentais passíveis de mudanças.

Neste contexto, apesar dos esforços e da criação de novas políticas com vistas a melhoria da saúde da população, percebemos ainda lacunas, principalmente quando esta é

dependente de financiamento no setor saúde. Dentre estas, podemos citar a realidade que aparece no nosso estudo, o que é a da maioria das cidades brasileiras, que é a deficiência de recursos materiais e humanos para garantir o bom funcionamento do PSF. Este aspecto constitui-se como um fator externo que, poderia ser minimizado com a melhoria da política de financiamento no programa.

Ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de se fazer saúde", preparando os profissionais para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação, com ênfase na saúde coletiva.

O crescimento do PSF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde (GIL, 2006). Neste sentido, pode-se considerar que o PSF avançou de programa para estratégia, em parte, devido ao acúmulo subjacente aos debates e experiências em torno de diferentes realidades, portanto não avançou nas questões estratégicas de financiamento e gestão.

Concordamos ainda com a autora acima citada quando refere que é fundamental potencializar esforços que impulsionem mudanças em direção à construção de um novo paradigma no setor, e que o esclarecimento destas questões pode resultar numa importante sinergia em torno não apenas da Saúde da Família enquanto principal estratégia da Atenção Básica, como da reforma sanitária brasileira em si. Uma agenda pactuada entre gestores das três esferas de governo, aprofundando e qualificando os debates em torno dessas questões pode contribuir para tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população.

Entendemos que a reflexão sobre o conceito de promoção de saúde, sua evolução e operacionalização colaboraram para a estruturação, viabilização e avaliação dos programas e políticas de saúde implementados no município. No estudo proposto percebemos que em algumas áreas há uma tendência e direcionamento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde, há na verdade o interesse de vários atores: gestores, profissionais da saúde e usuários em colocar em prática aquilo que é preconizado e proposto na maioria dos relatórios e documentos que enfatizam o redirecionamento das ações para um novo modelo.

Desta forma as ações propostas pelos profissionais poderão ser mais consistentes, considerando as necessidades de saúde da população, ou seja, do diagnóstico local de saúde nos territórios de abrangência do saúde da família. Para diagnosticar a situação de saúde e

construir planos para as comunidades é necessário dialogar com as pessoas, os grupos sociais e entender as lógicas destes grupos de forma diferente, adentrando a linguagem e os saberes populares.

Nesta perspectiva a enfermagem assume um papel importante no cuidado, na gestão, na formação e na participação social, no momento em que se propõe a direcionar as ações e práticas valorizando as tendências para o redirecionamento do modelo de atenção voltado para práticas promotoras de saúde, com foco centrado na família, na comunidade, contribuindo para a autonomia dos usuários dos CSF, para tomada de decisão e tomando para si novas tecnologias para a gestão em saúde da família.

Percebemos uma convergência de idéias que ocorreram desde a implantação do saúde da família no município de Sobral em 1997 até os tempos atuais. Sabendo ainda que existe muitos desafios a serem superados. Dentre os campos de ação propostos pela de Ottawa, estão: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; reforço da ação comunitária, envolvendo a participação social dos atores na elaboração e controle das ações, e o empoderamento da comunidade; criação de espaços saudáveis que apóiem a promoção da saúde, escolas, mais unidades de saúde, espaços de lazer; desenvolvimento de habilidades pessoais, estratégias educativas, programas de atuação e capacitação profissionais; reorientação dos serviços de saúde, esforços para ampliação do acesso aos serviços e programas de saúde (OMS, 1986).

Para concluir, o estudo proposto proporcionou avaliar os principais elementos que permeiam os Centros de Saúde da família do município de Sobral e aponta como se encontram estes fatores atualmente em relação aos princípios das cartas de promoção da saúde. Aparecem elementos positivos, que estão em processo de desenvolvimento e que são pautados nestes princípios como: a participação da comunidade, profissionais e gestor em algumas decisões para melhoria da saúde da população; a triagem como forma de organização da demanda diária; o método da roda como espaço coletivo para o planejamento das ações e a tomada de decisão, no qual participam vários atores; aparece também a confiança da população no trabalho da equipe de saúde da família, segundo a percepção dos profissionais das equipes; o desenvolvimento de atividades preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde; o trabalho do agente comunitário de saúde e o elo, entre o mesmo e a comunidade como forma de facilitar o acesso entre profissionais e usuários dos serviços; as visitas domiciliares como estratégia de descentralização do atendimento; além dos aspectos que envolvem os usuários no cenário dos CSF, como as poucas dúvidas após as orientações das consultas, o bom acolhimento por parte da equipe de saúde e o conforto nos CSF, ainda

aparece como fator positivo o trabalho desenvolvido pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia na capacitação e educação permanente dos profissionais para atuação no sistema de saúde.

Consideramos ainda, que nos resultados encontrados alguns aspectos ainda são um desafio e devem ser repensadas ações para um redirecionamento dos mesmos, como: a dificuldade do trabalho dos gerentes dos CSF que algumas vezes tem que fazer o duplo trabalho de cuidado das famílias e gerenciamento dos CSF, além da formação para desenvolver o trabalho de gestão nestes CSF, a inadequação da quantidade de profissionais para a grande demanda, gerando uma deficiência na qualidade do atendimento, a dificuldade de acesso ao trabalho do médico de saúde da família, pelo número insuficiente de médicos para atender a demanda, onde estas questões estão intrinsicamente ligadas aos financiamentos do setor saúde. Sabemos que todos estes aspectos têm impacto direto na qualidade da assistência prestada à população e que por isso devem ser repensados.

66

Compreendemos que a saúde do município de Sobral, e mais ainda a atenção primária, se encontra num processo de redirecionamento das práticas, muito do que foi realizado foi pensado com base nos pressupostos dos princípios da promoção da saúde, como a reorientação dos serviços para melhoria da qualidade de vida e saúde, mas sabemos que ainda é necessário que o planejamento das ações devam ser melhor articulados e pactuados entre os vários setores: saúde, educação, habitação, planejamento, desenvolvimento, para que haja um maior alcance dos objetivos que foquem na melhoria da qualidade de vida e saúde da população com ênfase na promoção da saúde. Para isso é necessário que os outros setores se articulem, se envolvam e até mesmo conheçam os princípios de promoção da saúde que permeiam a maioria das decisões quando se quer pensar e atingir a melhoria da qualidade de vida de toda uma população.

Quadro 4 – Quadro referencial de análise do pensamento sistêmico sobre o desempenho dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde da sede de Sobral-Ce. Sobral, Ceará, 2010.

QUADRO DE ANÁLISE A PARTIR DO PENSAMENTO SISTÊMICO		
COMPONENTES	Definições relacionadas à Análise Sistêmica	Principais resultados que caracterizam o desempenho dos serviços nos Centros de Saúde da Família
OBJETIVO	Principal meta de todos os envolvidos no desenvolvimento das ações dentro do sistema de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • 87% dos usuários entrevistados não saíram com dúvidas relacionadas ao tratamento e às orientações pertinentes; • A confiança no trabalho da equipe foi outro aspecto a apresentar relação com a satisfação dos usuários, com percentil de 98%; • A importância do vínculo entre profissionais e comunidade para o desenvolvimento do trabalho no PSF; • Desenvolvimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde.
AMBIENTE	Principais cenários de promoção da saúde que têm impacto direto sobre a dinâmica do sistema.	<ul style="list-style-type: none"> • Um bom acolhimento pela maioria dos usuários dos três CSF, em média 90%; • 97% dos usuários se sentiram confortáveis ao entrar nos CSF;
ESTRUTURAS	Sub-sistemas que estão relacionadas ao cenário, composto de estruturas para o atendimento dos serviços ofertados pelo sistema.	<ul style="list-style-type: none"> • A triagem como forma de organização da demanda diária; • A dificuldade no atendimento pela grande demanda e por apresentar equipe incompleta; • A capacitação como parte fundamental do desenvolvimento do trabalho dos profissionais do PSF; • A proximidade do CSF como melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde.
ELEMENTOS	Atores que participam do sistema, ofertam serviços, usufruem do sistema, em que interagem entre si na medida das ações implementadas, dando retorno ao	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos usuários em relação todos os serviços prestados pela UBS; • A comunidade como participante ativa na sustentação do PSF; • O trabalho do agente comunitário de saúde, como uma das principais conexões

	sistema de forma positiva ou negativa.	entre comunidade e PSF.
ADMINISTRAÇÃO	Envolvimento dos gestores na construção, aplicabilidade e manutenção do sistema.	<ul style="list-style-type: none"> • A dificuldade de cuidar e gerenciar ao mesmo tempo; • Envolvimento e interesse da gestão no fortalecimento do PSF; • A reunião da roda como espaço coletivo na tomada de decisão;
COMPLEXIDADE	Compreensão dos acontecimentos e interações e tendências que tem impacto na dinâmica do sistema e seus resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • A dificuldade de cuidar e gerenciar ao mesmo tempo; • Envolvimento e interesse da gestão no fortalecimento do PSF; • A importância da equipe completa para a resolubilidade dos problemas; • A dificuldade no atendimento da grande demanda pela escassez de profissionais. • Os determinantes sociais e a saúde da comunidade; • A falta do médico como uma das dificuldades no acesso da comunidade; • Os clientes mantêm relação de conflito com os profissionais de saúde do PSF devido à falta de recursos necessários para desenvolvimento de um bom atendimento. • Acessibilidade dos profissionais do PSF aos cursos oferecidos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do estudo podemos inferir que há uma tendência dos resultados para uma reorientação do modelo de atenção à saúde. Percebemos que aparecem de uma forma positiva parte dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde. Isto tem de certa forma, refletido na qualidade de vida e saúde dos usuários do sistema de saúde do município de Sobral-CE, demonstrando que o modelo adotado na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral tem procurado avançar numa assistência de qualidade.

Algumas características do estudo versam sobre os principais elementos que apontam para o desempenho dos serviços no sistema de saúde, que são: a satisfação dos usuários, a participação ativa da comunidade e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde-ACS. Neste aspecto percebemos que aparece uma importante interação de atores que contribuem para que haja a sustentabilidade da política e das ações que permeiam a ESF. Essa realidade reforça o trabalho desenvolvido pelo ACS como principal articulador da equipe na comunidade. A grande visibilidade do PSF se dá pela presença dos ACS, responsáveis pelas visitas e acompanhamento dos grupos prioritários. Os agentes são responsáveis em grande parte, pelos efeitos positivos na integralidade em função das visitas e acompanhamento desses grupos.

O estudo mostra alguns aspectos importantes que estão relacionados aos princípios propostos no Sistema Único de Saúde, como a confiança dos usuários, a aproximação com a equipe profissional, principalmente no que se refere a tirar dúvidas sobre as consultas. Os profissionais da equipe de saúde da família também têm uma estreita relação com a comunidade do território de abrangência da mesma e isso se apresenta como um determinante da qualidade da assistência prestada.

Outro dado importante é o que compõe os ambientes caracterizados como conforto, limpeza e acolhimento. Cabe ainda um maior investimento nesses espaços dentro da perspectiva de ambiente saudável e promotor de saúde.

Consideramos um forte indicativo para o redirecionamento de novas reflexões que devemos fazer na política que dá sustentabilidade ao SUS e à assistência primária a saúde como podemos citar: a realidade para a escassez do trabalho do médico de saúde da família, a dificuldade dos gerentes das UBS em cuidar e gerenciar no mesmo espaço, a necessidade do trabalho de todos os profissionais que compõem a equipe, os determinantes sociais e a saúde da comunidade, a relação de conflito com os profissionais de saúde do PSF devido à falta de recursos necessários para desenvolvimento de um bom atendimento e acessibilidade dos profissionais aos cursos ofertados.

Assim precisamos da articulação de todas as esferas governamentais e não governamentais para repensar, discutir e redirecionar estratégias que permitam o melhor desempenho e funcionamento da ESF, inclusive de mais investimentos que priorizem o financiamento dos componentes que dão sustentabilidade as políticas na atenção primária, dentre eles: mais profissionais para dar suporte às equipes de saúde da família, um plano de cargos e carreiras de trabalho que ampare todos os profissionais da equipe de SF, para assim fortalecer a permanência destes profissionais nos municípios, como forma de estreitar os vínculos, para que haja um maior comprometimento de gestores e trabalhadores para com a população a ser assistida

Apesar de todas as características que aparecem no estudo ainda é um desafio que precisa ser superado, quando nos referimos às atividades permanentes dos profissionais que compõem o cenário das unidades básicas de saúde da família na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Nesta perspectiva a enfermagem tem um importante papel como o principal articulador em todas as instâncias que envolvem a saúde.

Acreditamos que esse estudo ainda ressalta a relevância dos processos de educação permanente propostos pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, ao mencionar os processos de qualificação dos profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família, hoje o processo de formação e qualificação dos profissionais que atuam no programa saúde da família tem tido grandes incentivos por parte do governo federal. Mas merece atenção especial uma proposta de educação permanente para os gerentes dos CSF, sendo uma de nossas sugestões de intervenção e contribuição do estudo.

Pensamos que este estudo abre novas portas para pesquisas avaliativas que analisem a atenção no cuidado às famílias dos territórios de abrangência do PSF, com ênfase na promoção da saúde e na assistência de enfermagem. Outro estudo poderá avaliar a gestão dos enfermeiros na perspectiva da estratégia saúde da família, onde são exigidas novas competências que devem ser trabalhadas na formação dos enfermeiros. Precisamos estar atentos às competências necessárias para a atuação dos enfermeiros gerentes dos CSF, para uma gestão pautada nos pressupostos da melhoria da assistência à saúde, na promoção da saúde, prevenção de doenças e com ênfase na participação da comunidade nas decisões compartilhadas de gestão.

Destacamos aqui também aquelas que acreditamos que sejam nossas principais limitações no estudo: a não inclusão de outros atores no estudo, como profissionais dos CSF, que não os da equipe de saúde da família, como por exemplo, os outros funcionários dos CSF

auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem, agentes administrativos e outras pessoas que têm um contato direto com os usuários e que também possam contribuir para a avaliação da assistência nestes locais. Tais limitações nos levam a perceber a necessidade de se ampliar os estudos nessa área e que dediquem mais tempo à avaliação dos processos de trabalho dos profissionais que atuam nos CSF, da gestão na saúde e da participação da comunidade.

Um dos produtos desse estudo foi a implantação de um Núcleo de Avaliação da Gestão na Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-Ce, como forma de realizar avaliações permanentes no sistema de saúde orientando para a tomada de decisões em relação ao planejamento e redirecionamento das ações dentro do sistema de saúde, com foco na melhoria dos indicadores de saúde e na promoção da saúde.

8 REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A, (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco, 2001. p. 157-66.

ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família: Construindo um novo modelo – A experiência de Sobral. **SANARE, Revista de políticas públicas**, Sobral, v.3, n. 1, p. 9-20, jan./fev./mar. 2004.

ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L. Rede interfederativa de saúde. In: CARVALHO, G. et. al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas – SP: CONASEMS, 2008.

ANDRADE, L.O.M. et al. Estratégia saúde da família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE. Revista de políticas públicas**, Sobral, n. 1, p. 9-20, jan./fev./mar. 2004.

ANDRÉS, A. **Avaliação do grau de satisfação do usuário do Programa Saúde da Família no município de Herval d' oeste, Santa Catarina**. 2005. 53p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.

ARAÚJO, Maria Aparecida da Silva; BARBOSA, Maria Alves. **Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso**. Esc. Anna Nery [online]. 2010, v.14, n.4, pp. 819-824.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o sistema Único de saúde**. São Paulo: Editora Ateneu, 2006.

BALBINO, et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da ESF de Sobral, Ceará. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio. v. 8, n. 2, 2010.

BARALHAS, M. **O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência**. Tese apresentada a Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do grau de Mestre. Botucatu; s.n; 2008.

BRASIL. Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília (DF), 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. 12º ed. Editora São Paulo (SP), 2002.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres/ Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS** – Brasília: Ministério da Saúde, 104p, 2003.

_____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série pactos pela saúde, v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Saúde da Família:** avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas.** Petrópolis: Vozes, 1977.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública** [online]. 2007, v.41, n.1, pp. 150-153.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 3º edição. Editora Hucitec. São Paulo, 2007.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 573-583.

CARVALHO, A. I et al. Concepções e Abordagens na Avaliação em Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

CHECKLAND, P.; SCHOLLES, J. **Soft systems methodology in action.** Chichester, sest Sussex: John Wiley & Sons, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina**, 1998. 302p. Disponível em: < www.cfm.org.br >. Acesso em: 02 jul. 2003.

DANTAS, M.; DA SILVA, M.; FELICIANO, K. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. **Revista de APS, América do Norte**, 13, out. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/942/389>>. Acesso em: 01 Abr. 2011.

ESTEVES, V. M. J. Epistemologia sistêmica: pensamento sistêmico-novo paradigmático. In: AUN, J. G.,;ESTEVES, V. M. J.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais- fundamentos teóricos e epistemológicos**. v.1. Belo Horizonte, Oficina Arte e Prosa; 2005.

FACCHINI, L. A. et al. **Monitoramento e avaliação, expansão e consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF): Estudo qualitativo**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006. 302 p.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.4, n.3, july./sept. 2004.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Fiocruz, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2000.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, v.22, n.6, p. 1171-1181.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos – humanamente solidários e felizes. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**. v. 4, n. 1. jan./fev./mar. 2003.

FERREIRA, M. E. V, SCHIMITH, M. D, CACERES, N. C. Necessidade de capacitação e aperfeiçoamento de profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4 Coordenadoria

Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2611, 2010.

HARTZ, Z. M. A.; FESLISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. **Meta-avaliação da atenção em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n. 3, p. 419-421, 2002.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola: relato de uma experiência. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. 2005, v.15, n.2, p. 99-110.

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: (Org.). POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção básica**. 2. ed. Artmed editora, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Ed. Ver e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

LIRA, R. C. M. **Participação Masculina na opção pela esterilização feminina a partir do discurso das mulheres: ocultamento de uma ideologia?**. 2002. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, 2002.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da família. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, Hucitec, p.135-151, 2002.

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: Editora Hucitec, 1997. pp. 71-112.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.29, n. 1. 2005.

NUTBEAM, D. **Health Promocion Glossary**. Oxford University Press, v. 13, n. 4, 1998.

OLIVEIRA, D. C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais . **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, v.24, n.1, p. 197-206.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Genebra: WHO, 1986.

PAIM, J. S. Determinantes Sociais da saúde. Apresentação em Power point. UFBA. 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br/pps/.../CNDSSjpDez4a.ppt>. Acesso em: 24 set.2010.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

SANT'ANNA, C. F.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S, ERDMANN, A. L, SOARES J. F.S. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre – RS, v. 31, n. 1, p. 92-9, mar. 2010.

SANTANA, J. P. Recursos Humanos: desafios para os gestores do SUS. **Rev Divug Saúde Deb**. Rio de Janeiro: CEBES. n. 14. ago. 1996.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.1, p. 53-61, 2006.

SILVA, C. M.; RONZANI, T. M. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva>. Acesso em: mar. 2008.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comunic Saúde Educ.**,v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Gestão**. 2005.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: STARFIELD, B, (Org.) **Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TAKEDA, S. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde**. 2004.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, v.15, suppl.3, pp. 3615-3624.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). 2005.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2006. Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.3, p. 777-788, 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 15-39. 2005.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** [online]. 2005, v.15, suppl., pp. 225-264.

XAVIER, L. N. et al. Residência em Saúde da Família: Análise da aquisição de competências na visão dos egressos da primeira turma da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/ Sobral/ CE- 2003, **SANARE**, 2004.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(GERENTES)**

Estamos desenvolvendo a pesquisa: **Avaliação da Qualidade da Assistência dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE**. Seu objetivo central é avaliar o processo de trabalho dos gerentes da ESF, segundo referencial de DONABEDIAN.

Assim gostaríamos de contar com sua participação autorizando-nos a entrevista-lo, enquanto gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Sua colaboração será muito importante para realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;
- Responder a este formulário não trará risco pra você. Entretanto, caso se sinta constrangido (a) em alguma informação interromperemos a mesma.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Geraldo Rangel, n. 1, Campus Derby. Telefone: (88) 3611-5861.

Desta forma esperamos contar com seu apoio permitindo que a graduanda realize o estudo, contribuindo com o processo de adequação da estratégia de implementação do PSF à realidade sobralense, bem como para autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

**Profª Izabelle Mont´Alverne Napoleão Albuquerque
Pesquisadora**

▪ **CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO**

Eu, _____, aceito participar da entrevista para pesquisa: Avaliando o Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família – ESF, segundo referencial de DONABEDIAN e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

_____, _____ de 2006.

Assinatura

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TRABALHADORES)**

Estamos desenvolvendo a pesquisa: **Avaliação da Qualidade da Assistência dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE**. Seu objetivo central é avaliar o processo de trabalho dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde da Família, segundo referencial de DONABEDIAN.

Assim gostaríamos de contar com sua participação na realização de grupos focais respondendo a questionamentos que dizem respeito ao seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Sua colaboração será muito importante para realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário não trará risco pra você. Entretanto, caso se sinta constrangida em alguma informação interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Geraldo Rangel, n. 1, Campus Derby. Telefone: (88) 3611-5861.

Desta forma esperamos contar com seu apoio permitindo que a graduanda realize o estudo, contribuindo com o processo de adequação da estratégia de implementação do PSF à realidade sobralense, bem como para autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

**Profª Izabelle Mont´Alverne Napoleão Albuquerque
Pesquisadora**

▪ **CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO**

Eu, _____, aceito participar da entrevista da pesquisa: Avaliando o Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família – ESF, segundo referencial de DONABEDIAN e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

_____, _____ de 2006.

Assinatura

**APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(USUÁRIOS)**

Estamos desenvolvendo a pesquisa: **Avaliação da Qualidade da Assistência dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE**. Seu objetivo central é: Avaliar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família – ESF no município de Sobral-CE, segundo os princípios e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Gostaria de deixar claro para o Senhor(a), que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será, em nenhum momento, divulgado. Caso se sinta constrangida (a) você terá o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu trabalho.

Os dados obtidos serão somados com outros dados que permitirão o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, sempre respeitando o caráter confidencial do seu nome. Pretendemos com essa pesquisa, obter informações sobre a qualidade da assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;
- Responder a este formulário não trará risco para você. Entretanto, caso se sinta constrangida (o) em repassar alguma informação interromperemos a mesma.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Geraldo Rangel, n. 1, Campus Derby. Telefone: (88) 3611-5861.

Desta forma esperamos contar com seu apoio permitindo a realização do estudo, contribuindo com o processo de adequação da estratégia de implementação do PSF à realidade sobralense, bem como para autorização para divulgação dos resultados.
Atenciosamente,

Profª Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Pesquisadora

▪ **CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO**

Eu, _____, aceito participar da pesquisa: Avaliação Qualidade da Assistência dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar meu consentimento.

_____, _____ de 2006.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Orientador (a)
APÊNDICE 4 - FORMULÁRIO (USUÁRIO)

USUÁRIO: _____

TIPO DE ATENDIMENTO: _____

1] Foi informado como funciona o serviço? () SIM () NÃO

Se sim, que informações foram recebidas?

2] Ficou satisfeito com a consulta? () SIM () NÃO

Justifique?

3] Saiu da consulta com dúvidas? () SIM () NÃO

Se sim, justifique?

4] Se sentiu acolhido pelos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde? () SIM () NÃO

Se sim, como foi o acolhimento?

5] Busca o serviço mesmo quando não está doente, apenas para conversar sobre problemas familiares ou pessoais? () SIM () NÃO

6] Confia no trabalho da Equipe de Saúde? () SIM () NÃO

Se não, por que?

7] Se sente respeitado pela Equipe de Saúde? () SIM () NÃO

8] Foi solicitado sua presença para sessões educativas? () SIM () NÃO

9] Se sente confortável ao entrar na Unidade de Saúde? () SIM () NÃO

10] Considera a Equipe de Saúde gentil e acolhedora? () SIM () NÃO

11] Confia na Equipe de Saúde para resolver seu problema de doença e apoiar sua manutenção de saúde? () SIM () NÃO

APÊNDICE 5 - ROTEIRO GRUPO FOCAL (TRABALHADORES)

- 1]** Como você vê o acesso da população ao serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde?
- 2]** Como você vê a relação entre profissionais da Unidade Básica de Saúde e usuário do serviço de saúde?
- 3]** Quais as necessidades de capacitação de vocês para atuarem na Estratégia Saúde da Família?
- 4]** Existe um programa de educação permanente para os profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde? Como acontece?

APÊNDICE 6 - ENTREVISTA (GERENTES)

- 1]** Quando foi implantado o PSF no município?
- 2]** Como se deu o processo de implantação do PSF no município?
- 3]** Quantas equipes do Programa PSF estão implantadas no município?
- 4]** Qual é o número de famílias e a população atendida pelo PSF nessa UBS?
- 5]** Quais as atividades que o Programa Saúde da Família desenvolve no município?
- 6]** Quais as dificuldades ou limitações na operacionalização e no gerenciamento do PSF no município?
- 7]** Ocorreu a participação dos trabalhadores de saúde das UBS na implantação e/ou implementação do PSF? Como?
- 8]** Qual foi seu papel na implantação e/ou implementação do PSF?
- 9]** Quem influencia o processo de trabalho das Equipes do PSF? Você poderia dar um exemplo disso?
- 10]** Houve mudanças nas UBS e Secretaria Municipal de Saúde após a implantação do PSF? Poderia citar algumas dessas mudanças?
- 11]** Como você articula as atividades administrativas e as gerenciais no seu dia a dia? (cuidar X administrar)
- 12]** Como são resolvidos os problemas de saúde identificados nas UBS?
- 13]** Como são tomadas as decisões no âmbito do Programa?
- 14]** Poderia falar-me sobre o PSF?
- 15]** E do modelo assistencial?
- 16]** Qual a relação que você faz do PSF com o modelo assistencial?

APÊNDICE 7

DISCURSO SUJEITO COLETIVO (GERENTES)

PERGUNTAS	EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIA CENTRAL	CATEGORIZAÇÃO	DSC
<p style="text-align: center;">Quais as atividades que o Programa Saúde da Família desenvolve no município?</p>	<p>G01: Nós desenvolvemos atividades educativas a nível primário, e os programas das NOAS, pré-natal, prevenção, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase em torno de tudo isso a gente faz a puericultura os grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, nos temos grupo de Obesos com a nutricionista e o pessoal do Núcleo nos fazemos atendimentos quando a demanda, a população é carente, a grande demanda é de criança e adulto, depois que nós enfermeiras, não pudemos mais fazer o AIDPI eu acho que</p>	<p>Atividades educativas a nível primário, e os programas das NOAS, pré-natal, prevenção, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase, puericultura, grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, a população é carente, a grande demanda é de criança e adulto, a prática educativa (...) dos grupos, da puericultura, da educação em saúde.</p>	<p>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</p>	<p>Envolve vários tipos de atividades, e então estão os programas que a gente acompanha toda a população, atividades educativas a nível primário, e os programas das NOAS: pré-natal, prevenção, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase, puericultura, grupos de gestantes, as vacinações e os cuidados gerais. Visita domiciliar que é o cuidado aos pacientes internado no domicílio, tendo o trabalho do agente de saúde, que é o acompanhamento dessas visitas domiciliares, é um trabalho muito amplo que envolve a saúde pública num todo. A população é carente, a grande demanda é de criança e adulto.</p>

<p>Quais as atividades que o Programa Saúde da Família desenvolve no município?</p>	<p>melhorou mais na prática educativa, onde a gente estava longe, a gente estava sendo médica sem ser, a pratica educativa que estava ficando de quando a gente esta podendo vir mais pra perto dos grupos, da puericultura, da educação em saúde.</p>			
	<p>G02: Você ta falando do município todo, não é só no Sumaré, não é? Quais as atividades que o ... é muito amplo, né, envolve vários tipos de atividades, né e então estão os programas que a gente acompanha toda a população, que os programas é de prevenção, hipertenso, diabetes,, hanseníase, TB, parte da criança, que é a puericultura, as vacinações, tem o trabalho da agente de saúde, que o acompanhamento do VD, é um trabalho muito amplo, envolve a saúde pública num todo.</p>	<p>(...), envolve vários tipos de atividades, né e então estão os programas que a gente acompanha toda a população, que os programas é de prevenção, hipertenso, diabetes, hanseníase, TB, parte da criança, que é a puericultura, as vacinações,</p> <p>tem o trabalho da agente de saúde, que o acompanhamento da visita domiciliar, é um trabalho muito amplo, envolve a saúde pública num todo.</p>		

	<p>G03: Pré natal, doenças crônicas: hipertensão e diabetes, hanseníase, atendimento a criança a mulher ao idoso e os cuidados gerais visita domiciliar, cuidados aos pacientes internado no domicílio.</p>	<p>Pré natal, doenças crônicas: hipertensão e diabetes, hanseníase, atendimento a criança a mulher ao idoso e os cuidados gerais</p> <p>visita domiciliar, cuidados aos pacientes internado no domicílio.</p>		
<p>Como você articula as atividades administrativas e as gerenciais do seu dia-a-dia? Cuidar X</p>	<p>G01: Eu não tenho área definida para tomar conta, porque a gerente antes de mim tinha área e gerenciava, o que é uma loucura, eu tentei fazer isso a um tempo atrás e tive dificuldade, entrei em estresse, é uma área grande com muitos agravos, (...), o cuidado requer muito tempo somente para isso, tudo eu tenho que dar em cima, tenho que fazer mapa, uma fossa</p>	<p>...a gerente antes de mim tinha área e gerenciava, o que é uma loucura, eu tentei fazer isso a um tempo atrás e tive dificuldade, entrei em estresse, é uma área grande com muitos agravos, (...), o cuidado requer muito tempo somente (...),</p> <p>...tudo eu tenho que dar em cima, tenho que fazer mapa, uma fossa que estourou, problema em algum setor eu tenho que ir atrás, eu tento me organizar pelas demandas.</p>	<p>CUIDAR E GERENCIAR NO PROCESSO DE TRABALHO DA ESF</p>	<p>... a gerente antes de mim tinha área e gerenciava, o que é uma loucura, eu tentei fazer isso há um tempo atrás e tive dificuldade, entrei em estresse, é uma área grande com muitos agravos, (...), passei por esse processo de cuidar e de gerenciar, que não é fácil, o cuidado requer muito tempo somente (...), porque são duas coisas bem diferentes, você tem que ter atenção com as famílias, e o olhar de cuidador dessas famílias.</p>

<p>Administrar?</p>	<p>que estourou, problema em algum setor eu tenho que ir atrás, eu tento me organizar pelas demandas.</p>			
	<p>G02:Aqui eu sou a gerente, mas eu já passei por esse bom bocado aí de cuidar e de gerenciar, que não é fácil, eu posso dizer, porque eu tô com um pouco tempo que sou só gerente, mas meu maior tempo que eu estou no PSF, eu tinha minha área e gerenciava, então não é fácil realmente você cuidar, você gerenciar, porque são duas coisas bem diferentes, você tem que ter atenção com a família, você tem que ter aquele olhar do cuidador das famílias né, e na parte de gerenciamento tem as burocracias, tem muita parte administrativa, então é muito complicado, fazer os dois papéis não é fácil, certo, e com certeza quando só se tem só o papel de gerenciamento, porque a gente fica à par de tudo que acontece dentro da unidade, a gente tem</p>	<p>... passei por esse processo de cuidar e de gerenciar, que não é fácil, (...) mas meu maior tempo que eu estou no PSF, eu tinha minha área e gerenciava, então não é fácil realmente você cuidar, você gerenciar, porque são duas coisas bem diferentes, você tem que ter atenção com a família, você tem que ter aquele olhar do cuidador das famílias</p> <p>... e na parte de gerenciamento tem as burocracias, tem parte administrativa, (...) a quando só se tem só o gerenciamento, a gente fica à par de tudo que acontece dentro da unidade, a gente tem todo acompanhamento mais de perto, desde os auxiliares, os agentes de saúde, enfim todos os funcionários da unidade e a problemática que possa existir dentro do PSF</p>	<p>GERENCIAMENTO NOS CENTROS SAÚDE DA FAMÍLIA</p>	<p>...tudo eu tenho que dar em cima, tenho que fazer mapa, uma fossa que estourou, problema em algum setor eu tenho que ir atrás, eu tento me organizar pelas demandas (...) e na parte de gerenciamento tem as burocracias, tem parte administrativa, (...) quando só se tem só o gerenciamento, a gente fica à par de tudo que acontece dentro da unidade, a gente tem todo acompanhamento mais de perto, desde os auxiliares, os agentes de saúde, enfim todos os funcionários da unidade e a problemática que possa existir dentro do PSF. (...), a gente não trabalha com todas as famílias, porque o bairro tem famílias diferenciadas que possuem plano de saúde, então eu não tenho dificuldades administrativas,</p>

	<p>todo acompanhamento mais de perto, desde os auxiliares, os agentes de saúde, enfim todos os funcionários da unidade e a problemática que possa existir dentro do PSF</p>			<p>pois eu me dirijo a quem mais precisa, (...).</p>
	<p>G03: Como eu trabalho em uma unidade pequena , a gente não trabalha com todas as famílias, porque pedrinhas é um bairro que tem famílias diferenciadas que possuem plano de saúde e então eu não tenho dificuldades administrativas, eu me dirijo a quem mais precisa, moradores da beira do rio, gestantes carentes, a gente procura fazer o que a gente pode, questão de cesta básica, medicamento e também tem uma outra enfermeira que colabora no cuidado, por isso a carga de trabalho não é tão grande.</p>	<p>(...), a gente não trabalha com todas as famílias, porque o bairro tem famílias diferenciadas que possuem plano de saúde, então eu não tenho dificuldades administrativas, eu me dirijo a quem mais precisa, (...).</p>		

<p>O que influencia o processo de trabalho das equipes do PSF? (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>G01: Muito a secretaria com suas demandas mandando a gente seguir e a própria demanda da população onde a gente trabalha, a gente tenta se organizar de acordo com o que a gente vê na população, se a gente necessita que algum trabalho necessita ser aumentada por carência, a gente vai mexendo e vai influenciando em como seguir.</p>	<p>(...) a própria demanda da população onde a gente trabalha, a gente tenta se organizar de acordo com o que a gente vê na população, (...).</p>	<p>A COMUNIDADE COMO PARTICIPANTE ATIVA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE</p>	<p>A comunidade tem uma influência no trabalho, se você faz um trabalho legal a comunidade reconhece, e se não faz direito ela te denuncia, a comunidade hoje é bem esclarecida e ela sabe dos direitos dela, ela sabe que tem direito a um medicação e se ela não consegue ela reivindica, vai naquele programa de rádio conhecido, ela influência no andamento dos PSF's, às vezes quer ter direito mais do que e pra ser, a gente tenta se organizar de acordo com a necessidade da população, (...).</p>
	<p>G02: É...o processo de trabalho do PSF, ele é muito complexo, né, existe desde a participação do secretário, da coordenação, dos profissionais, enfermeiros, enfim, então o processo pra que ele se realize de maneira adequada a gente precisa realmente de que a equipe toda esteja fazendo parte</p>	<p>...o processo de trabalho do PSF, ele é muito complexo, existe desde a participação do secretário, da coordenação, dos profissionais, enfermeiros, enfim, então o processo pra que ele se realize de maneira adequada a gente precisa realmente de que a equipe toda esteja fazendo parte desse processo, desde o secretário, até os funcionários da unidade.</p>	<p>A IMPORTANCIA DO ENGAJAMENTO DE TODOS PARA A SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</p>	<p>...Ele é muito complexo, existe desde a participação do secretário, da coordenação, dos profissionais, enfermeiros, o processo pra que ele se realize de maneira adequada a gente precisa realmente de que a equipe toda esteja fazendo parte desse processo, desde o secretário, até os funcionários da unidade.</p>

	desse processo, desde o secretário, até os funcionários da unidade.			
	G03: A comunidade tem uma influência no trabalho, se você faz um trabalho legal a comunidade reconhece, e se não faz direito ela te denuncia, a comunidade hoje é bem esclarecida e ela sabe dos direitos dela, ela sabe que tem direito a um medicação e se ela não consegue ela reivindica, vai naquele programa de rádio conhecido e acho que a comunidade influencia no andamento dos PSF'S.as vezes quer ter direito mais do que e pra ser.	A comunidade tem uma influência no trabalho, se você faz um trabalho legal a comunidade reconhece, e se não faz direito ela te denuncia, a comunidade hoje é bem esclarecida e ela sabe dos direitos dela, ela sabe que tem direito a um medicação e se ela não consegue ela reivindica, vai naquele programa de rádio conhecido e acho que a comunidade influencia no andamento dos PSF'S. as vezes quer ter direito mais do que e pra ser.		
Como são resolvidos os	G01: A gente começa pela triagem mandando para o médico, ou, por exemplo, uma gripe, ai a gente pode ta passando um Paracetamol se for uma gripe simples e mandando para o médico, depois disso vai	A gente começa pela triagem mandando para o médico (...), depois de passada a triagem a gente agenda as demandas que podem estar sendo esperadas e a tarde os adultos. Então se chega um paciente lá pelas dez horas com atendimento de verminose não vai estar	A EQUIPE COMO PRINCIPAL RESOLUTIVIDADE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA UNIDADE	A gente começa pela triagem mandando para o médico (...), depois de passada a triagem as demandas são agendadas, as que podem estar sendo esperadas e a tarde os adultos.(...) Então se chega um paciente lá pelas dez horas com atendimento de

	<p>como e o correto do atendimento da unidade, ou se realmente o paciente tiver necessidade ele vai esta vindo e sendo visto pelo médico. Isso agente deixa uma enfermeira no acolhimento e que não fique uma coisa desorganizada, que chegue e fique solto na unidade pra saber onde vai então, é feito toda amanhã.</p>			
<p>Como são resolvidos os problemas de saúde identificados na UBS?</p>	<p>G02: Os problemas de saúde identificados na unidade, existem de vários tipos os mais complicados, os menos graves, enfim, como eu tava falando quando a gente ta com a equipe completa, de médicos, enfermeiros, a gente consegue desenvolver um trabalho melhor, porque o médico faz o atendimento, faz a sua prescrição, se for preciso solicitar algum exame, ele solicita e gente</p>	<p>Os problemas de saúde identificados na unidade, existem de vários tipos: os mais complicados, os menos graves, enfim, (...) quando a gente ta com a equipe completa, de médicos, enfermeiros, a gente consegue desenvolver um trabalho melhor, (...) a gente tenta resolver da melhor forma possível.</p> <p>Em alguns casos, como por exemplo a desnutrição, (...), a gente deveria dar um olhar melhor pra essas crianças, então a gente criou um programa do sopão, as crianças se alimentam dentro da unidade</p>	<p>OS PROGRAMAS QUE AUXILIAM NA RESOLUÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DA COMUNIDADE</p>	<p>Nós enfermeiros (...) nós estamos mais em outros programas, tem grupo de gestantes e estamos formando um grupo de adolescentes. Em alguns casos, como por exemplo a desnutrição, (...), a gente deveria dar um olhar melhor pra essas crianças, então a gente cria um programa do sopão, as crianças se alimentam dentro da unidade duas vezes durante o dia, então assim, cada problema</p>

<p>Como são resolvidos os problemas de saúde identificados na UBS?</p>	<p>tenta resolver da melhor forma possível. Em alguns casos, como por exemplo a desnutrição, a criança desnutrida, a unidade achou por bem, a gente deveria dar um olhar melhor pra essas crianças, então a gente cria um programa do sopão, as crianças se alimentam dentro da unidade duas vezes durante o dia, então assim, cada problema tem a sua forma de ser resolvido que são vários né, mas quando ele é mais simplificado a gente até consegue ter o poder de resolver a situação dentro da unidade.</p>	<p>duas vezes durante o dia, então assim, cada problema tem a sua forma de ser resolvido que são vários né, mas quando ele é mais simplificado a gente até consegue ter o poder de resolver a situação dentro da unidade.</p>	<p>tem a sua forma de ser resolvido que são vários né, mas quando ele é mais simplificado a gente até consegue ter o poder de resolver a situação dentro da unidade.</p>
	<p>G03: Nós temos uma médica, que a questão de medicamentos, consulta é feito uma triagem com ela e ela decide se ela pode tratar ou se deve referenciar, nós enfermeiros não estamos muito na questão de prescrever medicamentos, nós</p>	<p>Nos temos uma médica, que a questão de medicamentos, consulta é feito uma triagem com ela e ela decide se ela pode tratar ou se deve referenciar, nós enfermeiros (...) nós estamos mais em outros programas.</p>	

	estamos mais em outros programas , tem grupo de gestantes e estamos formando um grupo de adolescentes.			
Como são tomadas as decisões no âmbito do programa?	G01: Aqui no PSF é assim, agente faz a roda semanalmente, tudo eu trago para a roda , eu nunca costumo tomar só, ate por que pra depois agente ta vendo a conseqüência que nos vamos tomar todos juntos, se tem a demanda da secretaria eu apresento para a roda e se for uma coisa que tem que ser feita, agente realiza, se for algo que nos temos que decidir juntos nos decidimos. Todas as tomadas de decisão, todos os planejamentos eu trago novamente para a roda, e toda a equipe constrói junto.	tudo eu trago para a roda , eu nunca costumo tomar só, (...) se for algo que nos temos que decidir juntos nos decidimos. Todas as tomadas de decisão, todos os planejamentos eu trago, e toda a equipe constrói junto.	A REUNIÃO DA RODA COMO ESPAÇO PARA TOMADAS DE DECISÕES	tudo é trazido para a roda , eu nunca costumo tomar só, (...) se for algo que nós temos que decidir, juntos nós decidimos. Todas as tomadas de decisão, todos os planejamentos, toda a equipe constrói junto.(...) As decisões não são somente minhas, toda a equipe participa e nesse momento a gente discute em equipe (...). Dessa forma as decisões são realizadas na roda, e qualquer problema é decidido na roda, a gerente esta aqui mas o trabalho é democrático, (...) e a roda tem poder para resolver questionamentos, (...).
	G02: Dentro da Unidade do Sumaré elas não são somente minhas, como gerente. Aqui no PSF do	(...) as decisões não são somente minhas, toda a equipe participa e nesse momento a gente discute em equipe, enfim, e também as		

	<p>Sumaré elas não são somente minhas, toda a equipe participa e nesse momento a gente discute em equipe, enfim, e também as decisões são tomadas junto com toda a equipe, eu não tomo simplesmente. Eu chego a tomar a não ser que sejam situações pessoais, com funcionários, entendeu? As decisões do Programa, em si, toda a equipe participa.</p>	<p>decisões são tomadas junto com toda a equipe (...).</p>		
	<p>G03: As decisões são realizadas na roda, quinzenalmente, e qualquer problema é decidido na roda, a gerente esta aqui mas o trabalho é democrático, eu não estou aqui para fazer as coisas sozinhas, nós somos uma equipe e a roda tem poder para resolver questionamentos, no caso de punição de funcionários a roda é que decide.</p>	<p>As decisões são realizadas na roda, e qualquer problema é decidido na roda, a gerente esta aqui mas o trabalho é democrático, (...) e a roda tem poder para resolver questionamentos, (...).</p>		
	<p>G01: A gente tem uma grande população,</p>	<p>A gente tem uma grande população, muitas famílias, a</p>		<p>A gente tem uma grande população, muitas famílias, a</p>

<p>Fale um pouco do PFS?</p>	<p>muitas famílias, a maioria da nossa população, 99% da população é carente, a gente não tem aquele número de tantas famílias que vive melhor. A maioria da população vem realmente e são atendidos, e uma população carente e são pobres que realmente necessita de atendimento e a gente tenta organizar pra que todos realmente venham, então a gente tenta organizar uma demanda, e uma demanda muito grande, de manhã na triagem e muita gente, então tentamos organizar por forma de necessidade de atendimento, quem realmente esta necessitado para ir para o dia que não ta para ser agendado, agente ta só com os médicos. Nos temos 2 e as equipes de 4 enfermeiras, e assim o PSF, e dividido em 2</p>	<p>maioria da nossa população, 99% da população é carente, a gente não tem aquele número de tantas famílias que vive melhor. A maioria da população vem realmente e são atendidos, e uma população carente e são pobres que realmente necessita de atendimento. (...) a gente tenta organizar uma demanda, pois é uma demanda muito grande, de manhã na triagem é muita gente, e tentamos organizar por forma de necessidade de atendimento (...).</p> <p>(...) e a dificuldade maior é com o número grande da população e a falta de médico na equipe. O restante das enfermeiras nós estamos tentando organizar, dividindo esses atendimentos programados da puericultura, pré-natal, nos grupos das prevenções para gestantes, nós estamos tentando organizar a saúde da mulher para atender esse tipo de população, o que esta pegando nesse momento e que a população é muito</p>	<p>A COMUNIDADE COMO FATOR ESSENCIAL PARA UM BOM TRABALHO DO PSF</p>	<p>maioria da nossa população, 99% é carente, a gente não tem aquele número de tantas famílias que vive melhor. A maioria da população vem realmente e são atendidos, é uma população carente e são os pobres que realmente necessita de atendimento. A gente tenta organizar por demanda pra que todos realmente venham, pois é uma demanda muito grande, de manhã na triagem é muita gente, e tentamos organizar por forma de necessidade de atendimento (...). População tem confiança no PSF, na equipe, nos programas, nas puericulturas, enfim, e eu acredito que a gente desenvolva um bom trabalho dentro do bairro(...). A População é uma população boa de se trabalhar, (...) população passiva, população que aceita decisões, pactua com a equipe. Então, assim tem todo um processo de vinculo PSF e a população do bairro, as pessoas vem aqui para ser bem recebida, ninguém é pago para maltratar as pessoas.</p>
-------------------------------------	---	--	--	--

	<p>equipes,temos 10 ACS que cobre essas famílias, e a dificuldade maior e com o número grande da população e a falta de um médico na equipe.O restante das enfermeiras nos estamos tentando organizar, dividindo esses atendimentos programados da puericultura, pré- natal, nos grupos das prevenções para gestantes,nos estamos tentando organizar a saúde da mulher para atender esse tipo de população,o que esta pegando nesse momento e que a população e muito grande para um só medico,e assim tem horas que agente fica sem saber onde colocar tanta gente,sem agente poder atender.</p>	<p>grande para um só médico,e assim tem horas que agente fica sem saber onde colocar tanta gente.</p>		
	<p>G02: O PSF do Sumaré, ele iniciou em 1998 com uma equipe. Funcionava numa casa alugada e a população</p>	<p>(...) A população não era pequena (...).População tem confiança no PSF, na equipe, nos programas, nas puericulturas, enfim, e eu</p>		<p>A equipe é pequena, (...) apesar dos diferentes níveis é muito unida e trabalha como</p>

	<p>não era pequena e se viu a necessidade de criar mais uma equipe para o Sumaré e o Sumaré hoje tem duas equipes, é para ter duas equipes no Sumaré, que seriam dois médicos, os enfermeiros, auxiliares, agentes de saúde, dentistas. O Sumaré é uma Unidade bastante procurada pela população. População tem confiança no PSF, na equipe, nos programas, nas puericulturas, enfim, e eu acredito que a gente desenvolva um bom trabalho dentro do bairro. A gente, por exemplo, eu acho isso por conta da procura, que não é pouca, né? A População é uma população boa de se trabalhar, algumas pessoas tem receio do Sumaré, mas, é só receio mesmo, não tem com o que se preocupar, não tem com o que temer, eu acho uma população passiva, população que aceita decisões, pactua com a equipe, né? Então, assim tem todo um processo de vínculo PSF e a população do bairro.</p>	<p>acredito que a gente desenvolva um bom trabalho dentro do bairro. (...) A População é uma população boa de se trabalhar, (...) é uma população passiva, população que aceita decisões, pactua com a equipe, né? Então, assim tem todo um processo de vínculo PSF e a população do bairro.</p>	<p>A EQUIPE COMO FOCO PRINCIPAL DO PSF: EQUIPE X DEMANDA</p>	<p>uma família (...), e para você trabalhar bem para a comunidade você tem que estar bem com a equipe,(...), e a dificuldade maior é com o número grande da população e a falta de médico na equipe. O restante das enfermeiras nós estamos tentando organizar, dividindo esses atendimentos programados da puericultura, pré- natal, nos grupos das prevenções para gestantes, nós estamos tentando organizar a saúde da mulher para atender esse tipo de população, o que esta pegando nesse momento é que a população é muito grande para um só médico, e assim tem horas que agente fica sem saber onde colocar tanta gente, (...) pois a população não é pequena (...).</p>
--	---	--	--	--

	G03: A equipe é pequena,	<p>A equipe é pequena, (...) apesar dos diferentes níveis é muito unida e trabalha como uma família,(...), e para você trabalhar bem para a comunidade você tem que estar bem com a equipe.</p> <p>as pessoas vem aqui para ser bem recebida, ninguém é pago para maltratar as pessoas.</p>		
--	--------------------------	---	--	--

	<p>são só 15 funcionários, são de diferentes níveis, superior, médio e a equipe apesar dos diferentes níveis é muito unida e trabalha como uma família, eu como gerente , as meninas sempre falam:como gerente você não presta porque eu gosto muito de respeitar as pessoas ou seja o auxiliar de serviços por exemplo eu entro num consenso, como eu já trabalhei em outros PSF sei que conflito gera conflito e trabalhar com gente é ainda pior , e para você trabalhar bem para a comunidade você tem que estar bem com a equipe, as pessoas vem aqui para ser bem recebida, ninguém é pago para maltratar as pessoas.</p>			
--	---	--	--	--

OPERACIONALIZAÇÃO DO DSC

G 01: GERENTE DO PE. PALHANO

G 02: GERENTE DO SUMARÉ

G 03: GERENTE DAS PEDRINHAS

APÊNDICE 8

DISCURSO SUJEITO COLETIVO (TRABALHADORES)

PERGUNTAS	EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIA CENTRAL	CATEGORIZAÇÃO	DSC
<p>Como você vê o acesso da população ao serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde?</p>	<p>GRUPO 1: Não posso generalizar não né, mas tem algumas pessoas que dão trabalho, outros vem. É... mas as que dão trabalho as ACS estão sempre no pé, cobram e vem. Aqui as pessoas são muito próximas, elas tem a liberdade, elas podem chegar na gente, qualquer problema, com todos os funcionários, elas (a população) são bem educadas em relação a isso.</p> <p>GRUPO 2: Enfermeira: Eu acho assim, que essa história do paciente ficar 3 horas da manhã a espera de uma ficha pra depois numa segunda triagem com a enfermagem as 7 horas da manhã, eu acho assim que isso pode ser</p>	<p>GRUPO 1: Aqui as pessoas são muito próximas, elas tem a liberdade, podem chegar na gente, qualquer problema, com todos os funcionários, elas (a população) são bem educadas em relação a isso.</p> <p>GRUPO 2: essa história do paciente ficar 3 horas da manhã a espera de uma ficha pra depois numa segunda triagem com a enfermagem as 7 horas da manhã, eu acho assim que isso pode ser melhorado, atualmente a gente precisa de mais médicos, esse que eu acho da dificuldade de acesso é esse. Todo dia</p>	<p>O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO UMA DAS PRINCIPAIS CONEXÕES ENTRE COMUNIDADE E PSF</p>	<p>Aqui, as pessoas são muito próximas, elas tem a liberdade, podem chegar na gente, qualquer problema, com todos os funcionários, elas são bem educadas em relação a isso. Acredito que não tenha dificuldade, todo mundo mora por aqui, atendemos uma parte do centro que também fica próximo. As gestantes, por exemplo, quando a gente chama para as consultas de pré-natal elas sempre comparecem, às vezes tem umas que esquecem, mas aí a gente não deixa esquecer, estamos lá todo dia, a gente diz “olha tua consulta é amanhã”, vamos buscar, então não tem como esquecer por que o ACS tá junto, todo tempo</p>

	<p>melhorado, pode ser mudado, e atualmente a gente precisa de mais médicos, né, pela população que nós temos aqui no bairro, existe dois médicos, duas equipes de saúde da família, se tivesse esse médico isso eu acho que resolveria, porque aí não iria haver a necessidade dos usuários está as 3 horas da manhã pegando uma ficha com o vigilante pra 7 horas tá numa segunda triagem com a enfermagem porque ele corre o risco de não ter a ficha dele, de não ter a consulta dele, ou agendada pra tarde ou de acordo com a prioridade e assim, é isso né, se tivesse as duas equipes completas acho que não precisaria tá essa demanda acumulada, essa demanda super lotada pra tá o usuário tá pegando ficha de madrugada, esse que eu acho da dificuldade de acesso é esse. Apesar do que eu falei que é uma dificuldade, mas a gente sabe que fica o acolhimento, tem todo dia de</p>	<p>de segunda a sexta, fica a manhã toda, a tarde toda, um profissional de nível superior fazendo o acolhimento das pessoas que não pegaram a ficha com o vigia, mais assim, no acolhimento vai aparecer uma urgência, um tipo de atendimento que teria sido uma prioridade com o médico. A população vai crescendo e a gente tem que crescer junto</p> <p>GRUPO 3: . Eu acredito que não tenha dificuldade, porque o bairro... todo mundo mora por aqui, atende uma parte do centro que também fica próximo, então eu acho que não tem dificuldade não. As gestantes, por exemplo, quando a gente chama para as consultas de pré-natal elas sempre comparecem. às vezes tem umas que esquecem mas aí a gente (ACS) não deixa, a gente tá lá todo</p>	<p style="text-align: center;">A FALTA DO MÉDICO COMO UMA DAS DIFICULDADES NO ACESSO DA COMUNIDADE</p>	<p>buscando. E até porque também o ACS ele visita as famílias e traz, às vezes, uma pessoa que tenha alguma dificuldade, aí o ACS encaminha para o PSF, fica até bem mais fácil, quem ela vem procurar, encontra mais facilidade para resolver seu caso.</p> <p>Essa história do paciente ficar às 3 horas da manhã à espera de uma ficha pra depois numa segunda triagem com a enfermagem às 7 horas da manhã, isso pode ser melhorado, a gente precisa de mais médicos, essa é uma das principais dificuldades de acesso. Todo dia de segunda a sexta, fica a manhã toda, a tarde toda, um profissional de nível superior fazendo o acolhimento das pessoas que não pegaram a ficha com o vigia, mas assim, no acolhimento vai aparecer uma urgência, um tipo de atendimento que teria sido uma prioridade para o médico. A população vai crescendo e a gente tem que crescer junto.</p>
--	---	---	--	--

	<p>segunda a sexta, fica a manhã toda, a tarde toda, um profissional de nível superior fazendo o acolhimento das pessoas que não pegaram a ficha com o vigia, mais assim, no acolhimento vai aparecer uma urgência, um tipo de atendimento que teria sido uma prioridade com o médico, uma prioridade de ter pego a ficha 1,2,3, e não eu ter que ir ter que falar com o profissional, tentar encaixar esse paciente naquele horário, naquele turno da manhã ou naquele turno da tarde. Tem essa dificuldade mas graças a deus a gente tem um profissional que faça o acolhimento, mas é diferente, seria viável um outro médico pra diminuir essa demanda da madrugada, pra não ficar aquela fila enorme, pro vigia tá super lotado querendo entregar, são 30 fichas de criança e 20 fichas de adulto, aí assim, quando termina essas 50 fichas, né, ainda ficam uns 30 a 40 pra ser</p>	<p>dia, a gente diz “olha tua consulta é amanhã”, vamos buscar, então não tem como esquecer por que o ACS ta junto, todo tempo buscando. E até porque também o ACS ele visita as famílias e traz, às vezes uma pessoa que tenha alguma dificuldade, aí o ACS encaminha para o PSF, fica até bem mais fácil, quem ela vem procurar, encontra mais facilidade para resolver seu caso.</p>		
--	---	---	--	--

	<p>visto pelo profissional do acolhimento, que aí esse profissional vai ter muito jogo de cintura e saber usar direitinho, assim, com muita, como é que eu posso dizer menina, com muito rigor, assim, não é que ele vai priorizar, porque ele não pode dá preferencia a um atendimento que possa ser agendado, de forma alguma, e até o paciente entender isso leva um tempo, um paciente que num tem hábito de ir numa unidade de saúde, que isso é raro que unidade de saúde tá espalhado em todo canto, mas tem pacientes que ainda são estressados com isso eles querem chegar na unidade a qualquer dia e a qualquer hora e quer ser atendido naquele instante, então o paciente não sabe que outras pessoas pegaram ficha de madrugada, até ele entender que o caso dele é uma prioridade ou não, então assim, o profissional do acolhimento tem que ter muito discernimento no que</p>			
--	--	--	--	--

	<p>tá falando, no que tá orientando ao paciente. A população vai crescendo e a gente tem que crescer junto né.</p> <p>GRUPO 3: Aqui assim... a dificuldade maior é a zona rural. Agente atende Marrecos né... são 109 famílias lá e principalmente durante a quadra invernos, tem gestante, criança muitos que tem dificuldade de vir, devido o acesso mesmo. Mas na sede aqui, Pedrinhas, não tem dificuldade não, o acesso é bem ideal. Eu acredito que não tenha dificuldade, porque o bairro... moram todo mundo por aqui, atende uma parte do centro que também ficam próximo, então eu acho que não tem dificuldade não. As gestantes, por exemplo, quando agente chama para as consultas de pré-natal elas sempre comparecem. A única coisa que eu acho assim é que às vezes tem umas que esquecem mas aí agente (ACS II) não deixa,</p>			
--	---	--	--	--

	<p>agente ta lá todo dia agente diz “olha tua consulta é amanhã”, vamos buscar, então não tem como esquecer por o ACS ta junto, todo tempo buscando. E até porque também o ACS ele visita as famílias e trazem, às vezes uma pessoa que tenha alguma dificuldade, aí o ACS encaminha para o PSF, aí fica até bem mais fácil, quem ela vem procurar, encontra mais facilidade para resolver seu caso.</p>			
--	--	--	--	--

A N E X O

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
 Aprovado pela Carta No. 217 - CONEP/CNS/MS
 Em 10 de Março de 2005

PARECER CONSUBSTANCIADO DE ANÁLISE DE PESQUISA

Análise do protocolo de pesquisa nº 400, intitulado "Avaliação da qualidade da assistência dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família do município de Sobral/CE", tendo como pesquisadora responsável Izabella Mont'Alverne Napoleão Albuquerque. Trata-se de pesquisa do grupo III, financiada pelo CNPq.

É uma pesquisa avaliativa, que usará metodologia qualitativa e quantitativa tendo por fim avaliar a qualidade da assistência dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família (ESF) do município de Sobral, CE; analisar as condições de trabalho, modelos assistenciais, forma de capacitação profissional e os resultados obtidos na assistência da ESF; identificar, junto aos usuários, fatores facilitadores e restritivos à acessibilidade da assistência oferecida pela ESF. Pesquisa de grande relevância e elaborada com esmero.

No que toca à metodologia, serão parte do estudo os profissionais que atuam na ESF do Município de Sobral e os usuários da mesma. A coleta de dados se dará de diversas formas: (a) às gerentes das unidades será direcionado um formulário que contemplará a estrutura física, recursos humanos e insumos; (b) as gerentes também responderão a uma entrevista; (c) o Coordenador do Programa de Saúde da Família do município também será entrevistado; (d) os profissionais das unidades participarão de grupos focais; (e) os usuários responderão um formulário; (f) avaliação dos resultados da assistência através dos indicadores do Pacto da Atenção Básica.

Não há referência a critérios de inclusão e exclusão dos participantes. A seleção afastará os sujeitos considerados vulneráveis, como pessoas com autonomia reduzida e pacientes muito doentes?

Com relação aos princípios éticos, há referência aos quatro princípios básicos da bioética e preocupação em enquadrar-se aos mesmos.

Há três anexos contendo o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será aplicado a usuários, profissionais e gerentes. Os TCLE não contemplam o seguinte: (a) identificação do pesquisador explicitada no início do termo; (b) os benefícios da pesquisa serão melhor alocados após a descrição dos objetivos; (c) os procedimentos que serão utilizados na pesquisa deverão estar claramente apresentados, explicando como será a entrevista, o preenchimento de formulário e o grupo focal; (d) detectar o uso de uma câmera digital; O TCLE forma de utilização prevista, já que o orçamento inclui a compra de uma câmera digital; O TCLE específico para usuários deverá ter linguagem mais clara, devendo estar compreensível para o nível de escolaridade no ensino fundamental.

A luz dos princípios e normas éticos pertinentes, particularmente da Resolução CNS 196/96, cumpro-nos definir este protocolo como **APROVADO COM RECOMENDAÇÕES**.

- Definir critérios de inclusão e exclusão, principalmente no que toca aos usuários;
- Elaborar o TCLE observando as seguintes ponderações:
 - os benefícios da pesquisa serão melhor alocados após a descrição dos objetivos;
 - os procedimentos que serão utilizados na pesquisa deverão estar claramente apresentados, explicando ao sujeito como será a entrevista e o grupo focal;
 - detectar o uso de imagem no TCLE, bem como a forma de utilização prevista, já que o orçamento inclui a compra de uma câmera digital;
 - O TCLE específico para usuários deverá ter linguagem mais clara, devendo estar compreensível para o nível de escolaridade do ensino fundamental.

Eliany Nazare Oliveira
 Professora, Eliany Nazare Oliveira
 Coordenadora do CEP-UVA