



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

CLAUDIA VIRGÍNIO DE S. CALDEIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS COM BAIXO IDH EM TOCANTINS:
ENTRE OS PRINCÍPIOS PRECONIZADOS E OS DESAFIOS NO
COTIDIANO**

PALMAS-TO

2016

CLAUDIA VIRGÍNIO DE S. CALDEIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS COM BAIXO IDH EM TOCANTINS:
ENTRE OS PRINCÍPIOS PRECONIZADOS E OS DESAFIOS NO
COTIDIANO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração de Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Catharina Leite Matos Soares

PALMAS-TO
2016

CLAUDIA VIRGÍNIO DE S. CALDEIRA

Banca Examinadora:

**Prof.^a Dr.^a Catharina Leite Matos Soares- Orientadora
ISC-UFBA**

**Prof.^a Dr.^a Tânia Celeste Matos Nunes
ENSP - FIOCRUZ**

**Prof.^a Dr.^a Isabela Cardoso de Matos Pinto
ISC-UFBA**

DEDICATÓRIA

À Minha querida mãe, Florinda, com quem dividi momentos de alegrias por essa conquista e também muitos de dor em volta do leito dela em casa ou no hospital, mas não teve tempo para ver mais uma vitória que Deus deu à filha dela.

AGRADECIMENTOS

A realização desse mestrado foi a concretização de um sonho muito importante e muito esperado, mas no decorrer dessa caminhada, tive tantas perdas, que tornaram essa trajetória também dolorosa e árdua. Perdi minha mãe, meu sogro, minha vó, eu perdi também um pouco de minha memória em decorrência da fibromialgia, mas experimentei o sabor da superação e vitória. Este é um momento de gratidão sincera a todos aqueles que foram importantes nesse processo.

A Deus toda honra e toda Glória, “porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas”.

Ao meu grande incentivador, Mosaniel, meu esposo, pelo apoio, compreensão, paciência e carinho, os quais foram imprescindíveis para realização desse trabalho.

Aos meus filhos Moser e Naielly, pela compressão nos muitos momentos em que estive ausente.

À minha sobrinha Thaisa, pela árdua tarefa de me auxiliar com as numerosas tabelas.

À toda minha família, que vibrou comigo e que abdicou muitas vezes da minha presença nos momentos familiares.

Externalizo meu agradecimento muito especial à professora Catharina Leite Matos Soares, minha orientadora, que soube ouvir pacientemente minhas dúvidas, me tranquilizar e incentivar nas muitas angústias, sempre dando clareza e organização em minhas reflexões.

Agradeço a todos os professores do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do ISC - UFBA, principalmente às professoras Ana Angélica e Leny Trad, que enriqueceram muito esta pesquisa.

Meu profundo agradecimento aos colegas de mestrado, com quem desfrutei momentos alegres de aprendizado.

Sou grata à Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins que me permitiu realizar esse mestrado.

Agradeço também às equipes de saúde da família pesquisadas, que cederam um pouco de tempo delas para responder os meus questionamentos e partilharem suas dificuldades na realização do trabalho, algumas delas descritas aqui.

A todos os outros que direta e indiretamente contribuíram, meu muito obrigada.

RESUMO

Esse estudo objetivou caracterizar o processo de trabalho de equipes de Saúde da Família em municípios com baixo IDH no Tocantins, com foco nas práticas desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), analisando aproximações e distanciamentos com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Buscou-se também analisar aspectos facilitadores ou limitantes no cotidiano que interferem no processo de trabalho das equipes. Realizou-se uma pesquisa descritiva e exploratória, com aplicação de questionário semiestruturado, dirigida aos profissionais das ESF de três municípios da Região Capim Dourado no Tocantins. A investigação revelou que as práticas desenvolvidas pelas ESF estudadas são normativas e estão “relativamente” consoantes com a proposta da PNAB. Existem fatores limitantes no cotidiano como sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, dificuldade de acesso à referência, falta de incorporação do planejamento como atribuição comum a todos os membros da equipe, precariedade de infraestrutura, alta rotatividade de profissionais de nível superior, ausência de interação entre gestores e profissionais, entre outros fatores.

Palavras-Chave: Saúde da Família, Processo de Trabalho, Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, the Family Health Strategy constitutes a strategy for reorienting the health services system. This study aimed to characterize the health teams working process of the Family in municipalities with low HDI in Tocantins, analyzing to what extent the practices developed by professionals of family health teams reveal approach and / or distance to the guidelines of BANP. It also sought to analyze facilitating or limiting aspects in the work process of the teams daily to do so. We conducted a quantitative and qualitative research, with application of semi-structured questionnaire addressed to FHT professional's three municipalities of region Golden Grass in Tocantins. The investigation revealed that the practices developed by the ESF studied are excessively prescriptive, are "relatively" consonant with the proposal of the National Policy of Primary Care. There are limits factors in daily life as work overload on nurses, difficult access to reference, lack incorporation of planning as commonly assigned to all team members, precarious infrastructure, high turnover of top-level professionals, interference, lack of interaction between managers and working process.

Keywords: Family Health, Work Process, The Family Health Team.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Dados geográficos dos municípios integrantes da pesquisa
- Tabela 2 - Características dos municípios das ESF estudadas
- Tabela 3 - Características dos profissionais do município 1
- Tabela 4 - Características dos profissionais de município 2
- Tabela 5 - Características dos profissionais do município 3
- Tabela 6 - Características dos profissionais das equipes de ESF estudadas da Região de Saúde Capim Dourado
- Tabela 7 - Concepções de saúde da família e de saúde entre as equipes investigadas
- Tabela 8 - Atividades no território
- Tabela 9 - Atividades de planejamento
- Tabela 10 - Atividades de monitoramento e avaliação
- Tabela 11 - Atividades normativas
- Tabela 12 - Características dos profissionais das equipes do município um
- Tabela 13 - Características demográficas dos profissionais das equipes do município dois
- Tabela 14 - Características demográficas dos profissionais das equipes do município três
- Tabela 15 - Características demográficas dos ACS
- Tabela 16 - Características demográficas dos auxiliares de saúde bucal
- Tabela 17 - Características demográficas dos técnicos em enfermagem
- Tabela 18 - Características demográficas dos odontólogos
- Tabela 19 - Características demográficas dos enfermeiros
- Tabela 20 - Concepção de saúde dos profissionais de ESF do município um
- Tabela 21 - Concepção de saúde dos profissionais de ESF do município dois
- Tabela 22 - Concepção de saúde dos profissionais de ESF do município três
- Tabela 23 - Concepção de saúde dos profissionais das 3 ESF estudadas
- Tabela 24 - Concepção de saúde e saúde da família dos três municípios

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

AB - Atenção Básica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

PMAQ AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PMS - Plano Municipal de Saúde

ABS - Atenção Básica de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ISC - Instituto de Saúde Coletiva

UFBA - Universidade Federal da Bahia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SINASC - Sistema Nacional de Nascidos Vivos

CIR - Comissão Intergestora Regional

SESAU - Secretaria Estadual de Saúde

MS - Ministério da Saúde

SAS - Secretaria de Assistência a Saúde

DAB - Departamento da Atenção Básica

ASB - Auxiliar de saúde bucal

ESB - Equipe de Saúde Bucal

CD - Cirurgião-dentista

ACS - Agente Comunitário de Saúde

PMM - Programa Mais Médico

HBS - Higiene Bucal Supervisionada

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	17
3 OBJETIVO GERAL	17
3.1 Objetivo Específico	17
4 METODOLOGIA	18
4.1 Elementos Teórico-Conceituais	18
4.2 Procedimentos Técnicos da Investigação	28
4.3 Considerações Éticas	30
5 RESULTADOS	32
5.1 Características da Região Capim Dourado do Tocantins	32
5.2 Os Agentes do Trabalho nas ESF na Região Capim Dourado no Tocantins	36
5.3 O objeto do Trabalho na ESF na concepção dos investigados: Concepções de Saúde e de Saúde da Família	43
5.4 Práticas profissionais de saúde nas ESF da Região Capim Dourado - TO	51
5.5 Práticas de Saúde no Território	51
5.6 Práticas de Planejamento e Programação	55
5.7 Práticas de Monitoramento e Avaliação	58
5.8 Práticas Assistenciais e Normativas	61
5.9 Práticas de Saúde na APS na Região Capim Dourado no Tocantins: Conformidades com a PNAB	64
5.10 Práticas Profissionais na ESF e os desafios do cotidiano	67
6 DISCUSSÃO	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80

8 REFERÊNCIAS 81

APÊNDICE 86

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Brasileiro é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (TEIXEIRA; SOUSA; PAIM, 2014). Ele é fruto da luta da sociedade civil organizada e foi criado pela Constituição Federal de 1988. As leis 8080/90 e 8142/90 regulamentaram o sistema.

O Sistema Único de Saúde - SUS tem o propósito de garantir acesso universal, integral e gratuito, do mais simples ao mais complexo atendimento de saúde, a toda a população brasileira (BRASIL, 1988; 1990 a; 1990 b).

Alguns trabalhos citam avanços com relação a esse sistema tais como melhorias nas condições de saúde e nos serviços refletidas pelo aumento da esperança de vida, redução da mortalidade infantil, redução das doenças imunopreveníveis, redução das mortes por doenças cardiovasculares, ampliação do acesso à atenção primária e à atenção às urgências, expansão da assistência farmacêutica, estruturação de importantes programas nas áreas da saúde mental e da saúde bucal, fortalecimento das ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre outros (MENDES, 2005; MENICUCCI, 2009; PAIM *et al*, 2011; SOUSA, 2014).

A Atenção Primária em Saúde - APS, a partir da conferência de Alma Ata em 1978, torna-se referência para a reorientação dos sistemas de saúde no mundo num contexto de reformas sanitárias. No Brasil, embora esteja em desenvolvimento desde o início do século XX, sua expansão se dá a partir de 1996, quando a Estratégia de Saúde da Família passou a ser uma proposição para a reorientação do sistema de saúde no País (AQUINO *et al*, 2014; MOROSINE E MATTA, 2009).

A APS passou a se chamar convencionalmente de Atenção Básica (AB) no Brasil. Os elementos estruturais dela são a acessibilidade, variedade de serviços, definição da população eletiva e continuidade da assistência. A AB foi criada em 1994 e tornou-se estratégia quando deixou de focar a população excluída do consumo desses serviços e passou a ser concebida para mudar o modelo de atenção (BRASIL, 1997; 2001; SILVA e TRAD, 2005; AQUINO *et al*, 2014).

A atenção primária é considerada porta de entrada no sistema de saúde, formando a base e determinando o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É considerada atenção, porque não se detém a apenas um problema de saúde, mas lida com o contexto (STARFIELD, 2002).

Algumas iniciativas foram tomadas pelos governos com o propósito de consolidar a ESF no SUS tais como modo de financiamento, formação de profissionais, monitoramento e avaliação de desempenho, favorecendo a implantação e expansão da mesma. O resultado

dessas medidas é que o percentual da população coberta por equipes de saúde da família passou de 0,7 em 1994 para 53,1 em 2012; o percentual de municípios com equipes saúde da família, que era 0,0 em 1994 passou a ser 87,2 em 2012. (AQUINO *et al*, 2014). Em duas décadas de implantação do PSF, houve avanços na ampliação do acesso para os usuários (SILVA, 2011) e a incorporação de práticas de saúde solidárias e acolhedoras, embora a permanência do modelo hegemônico corrompa o processo de trabalho no cotidiano (COSTA *et al*, 2009).

Outras investigações mostram grandes contribuições da ESF na resolução dos principais problemas de saúde da população brasileira, reduzindo a mortalidade infantil e de menores de 5 anos e a hospitalização por causas sensíveis à atenção primária. Apontam ainda melhoria no desempenho das unidades básicas e no registro das informações (BRASIL, 2010; AQUINO, R. *et al*, 2014).

Entretanto, estudos também apontam alguns limites e desafios a serem superados. Pesquisa realizada em alguns municípios no sul do Brasil traz como resultado problemas semelhantes, sendo o excesso de demanda o mais citado. Identificou-se ainda outros problemas. A busca pela assistência é maior que o número de profissionais, estrutura, equipamentos e recursos disponíveis. Há predomínio do paradigma da biomedicina, problemas gerenciais, déficits no acolhimento, na organização e distribuição das atividades, baixa resolutividade dos serviços, excesso de burocracia, forte influência político-partidária do tipo clientelista, insuficiência e má administração de recursos, falta de profissionais qualificados, ausência de educação continuada, problemas de referência e ausência de contra referência (TRINDADE e PIRES, 2013).

Aquino *et al* (2014), em seus estudos, apontam fragilidades que ainda precisam ser sanadas no âmbito da APS. As ações de vigilância à saúde (SANTANA, AQUINO e MEDINA, 2012) e de planejamento em saúde adaptados ao contexto local são ainda incipientes (VILASBÔAS e PAIM, 2008; SARTI *et al*, 2012). A implantação em área rural tem pior desempenho, a territorialização não leva em conta áreas de maior risco para priorização das ações e há fragilidade do controle social (MEDINA e HARTZ, 2009; NUNES, 2011; PEREIRA *et al*, 2012). Os resultados desses estudos deixam claro que apesar das mudanças decorrentes da ampla expansão territorial e cobertura populacional, a ESF ainda não está estruturada a ponto de ser a principal porta de entrada no sistema e a ordenadora das redes de atenção conforme o decreto presidencial 7580/2011 (BRASIL, 2011). O modelo integral resolutivo ainda não se concretizou apesar dos estímulos governamentais para sua consolidação como política do SUS.

Especialmente sobre os processos de trabalho das equipes de saúde da família, Dalla aponta que trabalhar em equipe é uma característica desejável para a oferta de ações e serviços no SUS, porém é necessário saber que há modalidades, graus e formas distintas de se trabalhar na APS, dependendo do aspecto organizativo do modelo de atenção (DALLA, 2012). Outro destaque é a possibilidade de uma abordagem integral e resolutiva, uma vez que a equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território, identificar os problemas e as situações de risco e a partir destes elaborar um plano e uma programação que contenha inclusive ações educativas e intersetoriais (SILVA e TRAD, 2005).

O resultado da pesquisa de Silva e Trad (2005) demonstrou que no trabalho em equipe do PSF, para se obter melhor resultado na intervenção técnica, há articulação nos processos. Entretanto essa interação é mais evidente entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde. A comunicação se dá basicamente para a troca ou transmissão de informação de caráter técnico. O planejamento e avaliação das ações são realizados apenas pelos profissionais de nível superior e de forma individualizada, sendo socializados apenas para os profissionais de nível médio. Quanto ao preenchimento dos instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, é mais para cumprir formalidade do que para subsidiar o planejamento das ações.

Esses fatos comprometem a construção do projeto comum idealizado para Atenção Básica. As mesmas autoras apontam também os fatores que restringem a articulação entre os membros da equipe: pressão interna para acompanhar um quantitativo de famílias bem superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde; pressão externa pela coordenação municipal; demanda cada vez maior de atribuições para cada profissional; mudança de alguns integrantes da equipe; e falta de monitoramento do processo de trabalho por parte da coordenação municipal. Foi verificado ainda que a enfermeira é a mediadora das relações e tem assumido preferencialmente as funções de gerência e administração. Como pontos favoráveis à construção do projeto comum na equipe foi observada flexibilização da divisão do trabalho (SILVA e TRAD, 2005).

Uma análise dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizada por Medina *et al* (2014) problematiza e avalia as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de APS. Esse estudo foi de grande relevância diante do cenário atual de crescimento de morbimortalidade por doenças crônicas e da escassez de estudos com esse enfoque. Tal estudo retratou o processo de trabalho de um percentual significativo de equipes de saúde da família do Brasil e o resultado mostrou que com duas décadas de implantação da ESF e sete anos de publicação da Política

Nacional da Atenção Básica - PNAB, as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF ainda são incipientes. Reconhece-se, todavia, que alcançar e manter a efetividade em um trabalho em equipe não é fácil, e o maior dos problemas é o desafio da comunicação e a transferência de informações, necessárias para a coordenação da atenção. (STARFIELD, 2002).

O processo de trabalho em saúde no Brasil desde a década de 80 vem sofrendo mudanças organizacionais e gerenciais permanentes influenciadas pelo planejamento estratégico, gerenciamento flexível participativo e pela implantação de projetos de controle de qualidade em saúde (PEDUZZI, 2002). Também tem sido influenciado pela necessidade e cobrança de maior produtividade e crescentes inovações tecnológicas, o que leva à necessidade de aprofundamento do conhecimento especializado desse trabalhador, não só de capacitação profissional como também de uma sólida formação básica que inclua múltiplos aspectos, dentre eles: habilidades cognitivas; iniciativa; criatividade; capacidade de trabalhar em equipe; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho. (BERNARDES, 1994 e GITAHY, 1994 *apud* PEDUZZI, 2002).

Essas alterações no processo repercutem na prática cotidiana dos profissionais, que precisam ser polivalentes e multifuncionais e articularem as atividades e intervenções realizadas por eles com as ações dos demais membros da equipe, destacando a multiprofissionalidade da prática (PEDUZZI, 2002). As consequências são o aumento das atribuições e cobranças de seus profissionais da APS (MARTINS *et al*, 2014; TRINDADE e PIRES, 2013; LIMA, 2011). Outros trabalhos mostram fragilidades de diferentes ordens para o desenvolvimento do trabalho na AB como: infraestrutura, condições de trabalho, dificuldade de trabalho em equipe, falta de especialização dos trabalhadores, entre outras. Até mesmo a ausência de percepção de dificuldade pelos trabalhadores sobre seu processo de trabalho limita o alcance dos objetivos almejados pela ESF (MARQUI *et al*, 2010).

Marqui *et al* (2010) destacam a importância de conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF para (re) pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde. Desse modo, a presente investigação objetiva responder a seguinte pergunta: Como se caracteriza o processo de trabalho da ESF da Região de Saúde Capim Dourado, Estado do Tocantins?

A escolha do tema e do objeto proposto busca preencher uma das lacunas no conhecimento, já que não foram encontrados estudos acerca dos processos de trabalho das equipes de saúde da família no Estado do Tocantins. A pesquisa privilegia a análise do

processo de trabalhos de equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno porte, principalmente aqueles mais pobres e distantes da capital. Nesse particular, o desenvolvimento desse estudo poderá oferecer subsídios para qualificar o processo de trabalho das equipes no estado e, mais especificamente, nos municípios estudados, contribuindo com o planejamento, o apoio e a avaliação da Atenção Primária de forma mais contextualizada e para a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Primária nessa região. Poderá também revelar as inovações nas práticas de saúde que poderão ser compartilhadas não só entre as equipes estudadas, como também com as demais ESF do Estado do Tocantins ou ainda apresentar possíveis mudanças nas práticas profissionais que mostrem novidades e incorporação de outros saberes para além dos saberes especializado.

Por fim, a motivação na escolha do tema foi o fato de a pesquisadora ter sido enfermeira da ESF durante quase dez anos na atenção básica, atuando como enfermeira da equipe e como assessora dos municípios da Diretoria da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins. Este período foi suficiente para vivenciar a realidade das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família que geralmente atuam com precariedade de recursos e suportes técnicos, tendo muitas vezes que usar a criatividade e improvisar para desenvolver o trabalho.

2. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Como se caracteriza o processo de trabalho das ESF da Região de Saúde Capim Dourado do estado do Tocantins?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família em municípios de pequeno porte da Região de Saúde Capim Dourado, identificando sua conformidade com as diretrizes da PNAB.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família nos municípios selecionados com foco nas práticas.
- Analisar aproximação e/ou distanciamento das práticas desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família investigadas em relação às diretrizes da PNAB.

- Identificar e analisar aspectos facilitadores ou limitantes no cotidiano do processo de trabalho das equipes e que incidem sobre a conformação das práticas de saúde nas ESF.

4 . METODOLOGIA

4.1 Elementos Teórico-Conceituais

Existem diversas concepções sobre Atenção Primária em Saúde - APS, chegando algumas delas a reduzi-la à assistência simplificada para pobres. Talvez devido essa ausência de clareza, o Brasil preferiu utilizar o termo Atenção Básica de Saúde-ABS, colocada pela maioria dos pesquisadores brasileiros como sinônimo de APS. Portanto, ABS é definida oficialmente como:

O conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012. p. 19).

Os quatro elementos estruturais da atenção Primária são: acessibilidade, tanto geograficamente quanto com horário mais prolongado de atendimento e ainda disponibilizando atendimento sem agendamento prévio; variedade de serviços, abrangendo todos os problemas de saúde mais comuns na população; definição da população eletiva; e continuidade da atenção. A APS é o primeiro ponto de contato do usuário com o serviço de saúde, onde é ofertada uma atenção continuada de saúde com intervenções comunitárias e Familiares, abordando problemas de saúde, prevenção e promoção. Além disso, integra e coordena os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Coube à atenção básica, particularmente por meio da Estratégia de Saúde da Família - ESF, a responsabilidade e o desafio de construir um novo modelo de atenção à saúde. Com esse propósito, algumas propostas foram redefinidas e outras elaboradas no âmbito do SUS, tendo em vista a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas e do processo de trabalho em saúde. Dentre estas estão: a articulação com a vigilância da saúde; oferta organizada de serviços; ações programáticas de saúde; acolhimento; clínica ampliada, promoção da saúde e das cidades saudáveis (PAIM, 2006; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

O Modelo Médico Assistencial Hospitalocêntrico apesar de sua comprovada crise, identificada e analisada desde os anos 1970, é o modelo de atenção à saúde hegemônico no Brasil. Esse modelo é caracterizado pela elevação de custos, redução da efetividade diante do novo perfil epidemiológico brasileiro, insatisfação dos profissionais e trabalhadores da saúde

e perda de credibilidade e confiança dos usuários provocada principalmente pela insuficiência e qualidade dos serviços prestados. Embora reconheça-se pouca efetividade desse modelo na resolução dos problemas de saúde da população, ele é hegemônico e continua a dirigir o conjunto das práticas dos profissionais no âmbito do serviço público, o que mostra a necessidade de reorganização dos processos de trabalho em saúde e, por conseguinte, das práticas profissionais nesses espaços (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A Atenção Primária à Saúde se difere da Atenção Médica Primária Convencional no enfoque, no conteúdo, na organização e nas responsabilidades. Muda o enfoque da doença para saúde visando não apenas a cura, mas também a intervenção sobre os determinantes sociais em saúde, portanto da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos e a assistência propriamente dita. Quanto à organização, antes era centrada no profissional médico, agora no grupo de outros profissionais; e a especialidade médica que era orientada para a enfermidade, sendo altamente técnica e cara, portanto menos acessível àqueles com menos recursos financeiros, deu lugar aos clínicos gerais capazes de manejar vários problemas de uma vez, problemas estes que mudam no decorrer do tempo. Além disso, por estar mais próximo do ambiente do paciente, torna-se mais fácil avaliar os determinantes sociais da saúde e da doença. O atendimento, antes realizado em consultório individual, passou a ser por equipe com registros completos e precisos realizados por todos os profissionais que atendem o paciente. As responsabilidades agora não são apenas do setor saúde, com domínio do profissional de saúde em que o usuário do serviço é apenas receptor passivo. Passou a buscar a intersetorialidade, a participação da comunidade e do próprio usuário que passa a assumir autorresponsabilidade por seu tratamento (STARFIELD, 2002). Essas bases conceituais e teóricas determinam mudanças significativas no desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde nesse nível de atenção.

O conceito de trabalho em saúde diz respeito à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Processo de Trabalho é o modo como são desenvolvidas as atividades profissionais, como se realiza o trabalho.

O avanço tecnológico e a parcelarização do trabalho introduziram mudanças importantes, provocando efeitos e impactos no processo de trabalho em saúde. Maria Cecília Donnangelo (1975, 1976) foi pioneira em estudar o trabalho em saúde. Seus estudos tornaram-se referências para o campo da Saúde Coletiva e tiveram vários desdobramentos no Brasil e na América Latina em todas as áreas profissionais de saúde. Como fruto destes desdobramentos, foram construídos dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde; e

“processo de trabalho em saúde”. Este último de autoria de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, que realizou uma investigação teórica e conceitual sobre a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. (SCHRAIBER & PEDUZZI, 2009; PEDUZZI, 2007).

Ao estudar o processo de trabalho, Mendes (in SCHRAIBER & PEDUZZI, 2009; PEDUZZI, 2007) distingue os seguintes componentes do processo de trabalho: atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; a matéria, objeto em que se aplica o trabalho; os meios ou instrumentos de trabalho; os agentes; e a finalidade do trabalho. Somente será considerado um processo de trabalho se esses elementos forem considerados simultânea e articuladamente, o que só é possível através da ação do agente (MENDES GONÇALVES apud SCHRAIBER e REDUZZI, 2009; PEDUZZI, 1998; 2007).

O trabalho diz respeito à ação propriamente dita. Essa ação é determinada pela finalidade do trabalho que, no caso da atenção básica mesmo realizada individualmente, faz parte de coletivos e é resposta a necessidades sociais em saúde. Representa um processo de mediação entre o homem e a natureza, onde o homem por sua própria ação estabelece, regula e vigia as transformações da natureza para suprir as suas próprias necessidades. No processo de trabalho, a atividade do homem provoca uma transformação no objeto sobre o qual realiza sua ação por meio de instrumentos de trabalho produzindo produtos. Essa transformação está vinculada a um determinado fim (MARX, *apud* PEDUZZI e HAUSMANN, 2009).

O trabalho é condição necessária ao ser humano em qualquer tempo histórico, assumindo formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana. Não se reduz ao labor ou ao emprego, mas à produção de todas as dimensões da vida humana. Responde às necessidades da vida biológica dos seres humanos, mas também às da vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva. Essas necessidades, por serem históricas, assumem especificidade no tempo e no espaço. No intercâmbio com a natureza, o ser humano transforma, cria, recria pelo trabalho a natureza mediado por conhecimentos, ciência e tecnologia, para produzir e reproduzir a sua existência. Nesse sentido, o trabalho é uma atividade humana, um ato produtivo que modifica alguma coisa e produz algo novo (FRIGOTTO, 2005). Nesse sentido, o trabalho é um processo em que o trabalhador põe em ação suas energias, físicas e mentais para a transformação do objeto sobre o qual atua. Ele faz isso por meio de instrumentos e da finalidade que orienta a ação e a criação de um dado produto ou resultado, caracterizando-se como bem material ou um serviço (MARX, 1974 e MENDES GONÇALVES, 1979; 1992 apud PEDUZZI, 2007).

As formas de organização do trabalho têm história e variam com o tempo e modificam-se ao longo dele acompanhando as mudanças da sociedade. Com ele, há modificações tanto nos homens como no trabalho. O novo modelo de organização do trabalho é caracterizado pelas transformações tecnológicas e organizacionais e têm sido objeto de estudo de alguns autores citados por Peduzzi (2002).

Antunes apud Peduzzi (2002) destaca a necessidade da flexibilização da produção, de crescentes inovações e incorporações tecnológicas e ainda de se ter trabalhador polivalente e multifuncional para poder atender às exigências do mercado com menos tempo e mais qualidade, necessidades estas que propicia a qualificação profissional, mas também provoca a desvalorização do trabalho e o desemprego. Bernardes apud Peduzzi (2002) aborda a capacidade de coordenação, coerência e cooperação entre os autores envolvidos como requisitos essenciais na busca da excelência do desempenho da empresa. Faz referência à comunicação e às inter-relações como primordiais nesse novo modo de produzir o trabalho e destaca ainda a diminuição das estruturas hierárquicas e administrativas provocadas pelo processo de trabalho flexível. Ianni apud Peduzzi (2002) destaca o surgimento de novas relações no interior da divisão de trabalho. Offe apud Peduzzi (2002), após análise sobre as peculiaridades do trabalho, distingue trabalho assalariado industrial do trabalho reflexivo em serviços e define o trabalho como atividade que atua na mediação do processo produtivo, buscando dar conta da questão da normatização, resultando muitas vezes em utilidades concretas e não em rendimentos monetários.

O objeto do trabalho é o projeto do produto desejado. Será aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Em uma reflexão inicial sobre o processo de trabalho em saúde, pode-se pensar que o objeto das práticas de saúde é o corpo humano em sua estrutura física. Contudo, numa perspectiva mais ampla, constata-se que este corpo pertence a um sujeito portador de necessidades e não pode, portanto, ser visto como um simples objeto. Dessa forma, o objeto do trabalho em saúde é um ser humano portador da própria necessidade que motiva esse trabalho. O resultado deste trabalho apresenta-se como a resolução de um problema interno ao sujeito como, por exemplo, o restabelecimento de determinadas funções biológicas do seu organismo, o alívio de uma dor ou até mesmo uma satisfação subjetiva, um projeto de felicidade ou a qualidade de vida. No entanto, se considerarmos que as necessidades sociais de saúde se manifestam no plano individual e no coletivo, tanto o objeto como os demais componentes do processo de trabalho em saúde passam a ser redimensionados. Nesse sentido, busca-se pensar as necessidades sociais de saúde através do processo saúde-doença em suas distintas dimensões (danos, riscos e determinantes) e da sua relação com as condições de vida

como sendo parte do objeto do trabalho em saúde coletiva. Cabe considerar que o objeto do trabalho em saúde é um corpo de uma pessoa que pode ser também um sujeito histórico e social, cujo corpo biológico é socialmente investido de valor, alguns mais valorizados do que outros pela sociedade.

Agente do trabalho ou sujeito é aquele que atua sobre o objeto do trabalho transformando-o em alguma coisa. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho. Dependendo da perspectiva de análise o agente do trabalho pode ser uma pessoa, uma equipe, uma instituição e até mesmo uma sociedade.

No caso da ESF consideram-se agentes do trabalho todos os membros das ESF na sua perspectiva grupal, como também individual (FARIA, 2009). Cada indivíduo que demanda os serviços de uma ESF é um objeto e também um sujeito imediato em sua atuação. Cabe também considerar a sociedade, pois como o trabalho prestado pela ESF atende a objetivos da população, esta não só é um objeto como também um sujeito. Não só por isso, mas também porque os conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática da equipe foram produzidos socialmente (FARIA, 2009).

Os instrumentos ou meio de trabalho são construídas historicamente pelo agente/sujeito inseridos entre o trabalhador e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade a uma finalidade. Estes podem ser materiais e não materiais. Os materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, estrutura física e ambiente onde o trabalho é realizado. Os não materiais são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. O saber é um dos principais instrumentos do trabalho de natureza intelectual. É ele quem permite a compreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI, 1998; FARIA, 2009).

O acesso aos meios e às condições de trabalho influencia fortemente no alcance ou não dos objetivos do trabalho em atenção básica, todavia não basta ter acesso, é necessário saber explorar os recursos existentes e ter entendimento do que é mais adequado utilizar, pois às vezes o sujeito tem dificuldade de utilizá-los adequadamente seja por falta de habilidade ou de conhecimento. Portanto, para a realização do trabalho, devem ser levados em consideração os conhecimentos e habilidades dos profissionais, além dos meios que são frutos da interação dos profissionais entre si e com os usuários (FARIA, 2009).

A transformação de uma matéria-prima, objeto do trabalho, em um produto obedece a uma finalidade. Assim a depender da finalidade, obtêm-se distintos produtos, a exemplo da recuperação, da manutenção da saúde ou da promoção da qualidade de vida ou de um projeto de felicidade (AYRES, 2007). Nesse sentido, há distintas intencionalidades com as quais os

agentes operam ao interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho.

A finalidade é a expressão da necessidade humana. Ela está presente em todos os elementos do processo de trabalho e é quem conduz todo o processo. A definição dessa finalidade é uma atividade de grande importância e, na maioria das instituições, são definidas por grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional, sendo que geralmente o trabalhador que realiza todo o processo não participa desse momento. Tais finalidades (objetivos) muitas vezes podem ser contraditórias, pois os participantes de sua elaboração também possuem objetivos distintos, conforme é exposto por Farias (2009): Objetivos institucionais - esses objetivos estão determinados na constituição e nas leis orgânicas do SUS e são realocados nos níveis estaduais, municipais, nos distritos, áreas e microáreas. Esses objetivos sofrem bastante influência da política, principalmente na equipe de SF devido sua forte inserção comunitária; objetivos dos indivíduos adscritos cujo objetivo principal é a resposta a suas necessidades de saúde dentro do padrão reconhecido socialmente como apropriadas para os serviços de saúde, como alívio de dores e sofrimentos, recuperação de suas capacidades psicológicas, vacina, pré-natal e até mesmo o tradicional check-up. Muito raramente vê-se o usuário requisitar práticas educativas ou atividades para mudança de comportamento que promovesse impactos em sua saúde. A maioria de suas expectativas está dentro da tradicional demanda espontânea e não da demanda estruturada preconizada pela Atenção Básica à Saúde.

Os objetivos dos usuários geralmente estão relacionados à realização de consultas, exames e medicalização. Essas contradições provocam certo nível de tensão entre usuários e serviço de saúde. Objetivos coletivos locais - as demandas apresentadas pela comunidade local geralmente têm o mesmo foco da assistência exclusiva assim como do indivíduo adscrito. A diferença é que os grupos políticos e as diversas redes sociais locais ou seus representantes apresentam demandas com certo nível de pressão sobre as equipes. As contradições que se apresentam aqui são as mesmas apresentadas na análise dos objetivos individuais. Objetivos da sociedade - as demandas sociais para o sistema de saúde nem sempre correspondem às reais necessidades. Seja por não ter conhecimento necessário sobre o que verdadeiramente protege e promove a saúde da comunidade ou por esse conhecimento ser pouco difundido devido às demandas sociais serem apresentadas por grupos de pressão com interesses próprios. Muitas demandas que são apresentadas como se fossem de toda a sociedade atendem somente interesses corporativistas e empresariais; Objetivos dos

profissionais e das equipes de saúde - assim como todas as outras categorias apresentadas, a equipe de saúde e os profissionais têm suas necessidades, objetivos e expectativas próprias e estes influenciam inclusive no envolvimento profissional. Ex. condições de trabalho e renda, realizações, reconhecimento etc.

As ações do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família - ESF têm suas particularidades e para melhor desempenho das mesmas, a Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012) determina as características para o processo de trabalho das equipes de atenção básica discorridas como segue:

- Definição do território e de população para atendimento das Unidades Básicas de Saúde - UBS e equipes, viabilizando o planejamento das atividades de acordo com as necessidades de saúde da população e a organização da agenda de trabalho compartilhada por todos os profissionais;
- Acesso universal, integral e com oferta de serviços resolutivos e com qualidade, realizando o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, viabilizando uma assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- Priorização dos grupos e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, no desenvolvimento das ações, com foco na prevenção, realizando atendimento nas UBS, nos domicílios e em outros locais do território que forem pertinentes como: salões comunitários, escolas, creches, praças etc.;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; desenvolver também ações intersetoriais;
- Fomentar o controle social e a responsabilização dos diferentes sujeitos na produção de saúde;
- Participação efetiva no planejamento, monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município.

Para entender e aperfeiçoar o processo de trabalho, é necessário ter sempre nítido seus elementos. Portanto sempre que se falar em processo de trabalho está-se falando nos objetivos do trabalho que devem ser discutidos, pactuados e avaliados com todos os interessados no processo. Isso sugere a participação de gestores, população e profissionais. No processo de trabalho, os sujeitos executam a ação e cada um deles tem sua visão particular do mundo, sua cultura, vontades, conflitos, sua história, conhecimentos e habilidades. Esses sujeitos

interagem uns com os outros, modificam-se e provocam modificações. Quanto ao objeto da ação do sujeito, é preciso clareza do que se quer. No caso da Atenção Básica, geralmente é intervir no estado de saúde de uma pessoa, no comportamento de um grupo ou na qualidade de saúde da comunidade. Trata-se das condições disponíveis e utilizadas em uma prestação de serviço.

Distintos processos de trabalhos se desenvolvem ao mesmo tempo na prestação dos serviços em saúde, o que envolve um conjunto de atividades de prestação direta (trabalho médico, da enfermagem, da nutrição, da odontologia, farmácia etc); de prestação indireta (serviços administrativos e gerenciais, de limpeza, manutenção, transporte etc); e também outras de caráter complementar (serviço social, psicologia etc).

Os variados processos de trabalho e os trabalhos específicos de cada área profissional de saúde configuram uma rede com um conjunto diversificado de áreas profissionais necessárias à implementação da totalidade das ações de saúde, viabilizando a atenção integral tão almejada. Nesse contexto, reconhece-se a especificidade de cada trabalho especializado, o que torna a divisão do trabalho em saúde um processo complexo uma vez que cada trabalho que se individualiza é pela necessidade de atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprias e singulares (PEDUZZI, 1998).

Outra característica da divisão do trabalho é o recorte do objeto e dos instrumentos de trabalho de várias áreas de atuação como enfermagem, fonoaudiologia, odontologia, nutrição, fisioterapia, que vão se acomodando historicamente em torno de um “saber predominantemente biológico e biomédico”. Há uma subordinação do conjunto de profissionais de saúde ao modelo biomédico, bem como a subordinação dos profissionais de saúde ao profissional médico (FARIA, 2009; PEDUZZI, 2007).

A diversidade dos agentes os coloca em uma situação de diferenciação com concomitante desigualdade social: os agentes são diferentes quanto às suas profissões e são desiguais no que se refere à existência de normas e valores sociais que hierarquizam e disciplinam diferenças técnicas entre as profissões, isto é, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais, sendo algumas profissões superiores a outras, havendo relações hierárquicas e de dominação e subordinação entre os profissionais. Portanto as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho (PEDUZZI, 1998).

Os profissionais tendem a reiterar as relações assimétricas mesmo quando tecem discurso crítico sobre a divisão e recomposição do trabalho. Relegam à segundo plano ações

de outros âmbitos da produção do cuidado: educativas, psicossocial, preventiva, comunicacional, que ganham lugar periférico na assistência médica individual.

Essa particularidade do trabalho em saúde, onde o resultado final depende de outros, há muitos trabalhos parciais executados por diferentes profissionais e em ambientes distintos, tem levado à fragmentação da assistência, que somada a outras fragilidades dos serviços de saúde, têm gerado insatisfação da população e da própria equipe. Da articulação dessas ações depende a qualidade da assistência prestada. A procura por resultados diferentes no trabalho tem provocado mudanças no jeito de trabalhar, agregando a necessidade de valorização da comunicação, dos espaços de negociação; a construção de parcerias; boa gestão das informações; do planejamento, avaliação e controle das intervenções; do uso adequado de protocolos; do investimento em capacitações e busca de conhecimento.

A gestão do SUS tem reconhecido a importância da incorporação do trabalho em equipe face às mudanças ocorridas no perfil epidemiológico brasileiro pela preponderância das doenças crônicas decorrentes sobretudo do envelhecimento da população. Nesse sentido, criticam a excessiva divisão do trabalho, a fragmentação das tarefas e a despersonalização do trabalho, buscando maior racionalização dos recursos, redução da duplicação das ações. (PEDUZZI, 2007).

A ESF é uma inovação tecnológica que tem como um de seus propósitos tirar o foco da figura hegemônica de uma determinada categoria profissional e coloca em uma equipe multiprofissional, que divide a responsabilidade do cuidado entre seus membros, onde todos participam com as suas competências profissionais, buscando assim a qualidade na realização do trabalho e permitindo a concepção de uma visão mais integral das pessoas. (BRASIL, 2012). Trabalhar em equipes multiprofissionais em Saúde Coletiva diz respeito à um campo complexo e transdisciplinar onde se insere os trabalhadores num cotidiano onde, por sua vez, é necessário trabalhar com as diferenças, as vulnerabilidades enquanto agentes sociais, como também a percepção em lidar com conceitos de território e fronteira disciplinares.

O trabalho em equipe busca promover mudança das práticas de saúde através da integração das ações de saúde e dos trabalhadores para assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético, técnico e comunicacional às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço. (PEDUZZI, 2007).

Para Peduzzi (2001, 2002), equipe de saúde não é justaposição de competências específicas e setoriais nem integração das várias ciências e disciplinas, como é o caso da multidisciplinaridade, nem é multiprofissionalidade, onde profissionais de diferentes áreas

atuam conjuntamente. Mas é a tentativa de ultrapassar os limites da pluri e multidisciplinaridade, referindo-se à integração das distintas categorias profissionais na operação concreta do trabalho, que é a interdisciplinaridade. Entretanto, essa autora considera tal projeto ainda em construção e longe de ser evidente.

Então o trabalho multiprofissional representa a recomposição de diferentes processos de trabalho, preservando as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articulando as intervenções realizadas pelos componentes da equipe. Diferentes profissionais atuam conjuntamente, cada um tendo sua autonomia técnica, entretanto existe complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados da mesma equipe. A experiência da equipe propicia o encontro de saberes de diversas áreas de conhecimento e práticas de saúde possibilitando a construção de planos de ação integrados, voltados para uma visão integralizada da atenção à saúde (PEDUZZI, 2007).

Assim não é suficiente os trabalhadores compartilharem a mesma situação de saúde para se constituírem uma equipe integrada, que revela a expressão da divisão técnica do trabalho por meio do conjunto dos trabalhos especializados, cada qual com seus respectivos saberes operantes ou tecnológicos. É preciso haver articulação dessa equipe através da comunicação. Os saberes especializados são complementares e interdependentes. (PEDUZZI, 2007).

O trabalho em equipe pode se configurar em trabalho em equipe integrada ou em mero agrupamento. Peduzzi (2002) encontra e descreve essas duas modalidades de trabalho em equipe. O agrupamento caracteriza-se pela fragmentação provocada pela divisão do trabalho, como é o caso da multidisciplinaridade. A integração busca reconfigurar a trajetória do trabalho fragmentado, hierarquizado, individualizado através da articulação das ações e interação e integração dos agentes. A autora descreve ainda os critérios que diferenciam uma equipe da outra como: a comunicação entre os agentes do trabalho; o projeto assistencial comum; trabalhos diferentes e desiguais; especificidades dos trabalhos especializados; flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. A eficácia do trabalho da equipe dependerá do grau de complementaridade e da interdependência das ações. Em ambas há as diferenças técnicas dos trabalhos realizados e a desigualdade do valor atribuído aos distintos trabalhos dos agentes. Há tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a interdependências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. A equipe da ESF deve ter visão estratégica para saber lidar com os conflitos internos e externos, que são inevitáveis. Seus processos de trabalho são avaliados pela adequação dos resultados aos objetivos, necessidades

ou expectativas. Essa avaliação é um instrumento crítico necessário e muito importante. É a partir do resultado da mesma que os componentes desse processo sofrem modificações (FARIA, 2009).

4.2 Procedimentos Técnicos da Investigação

Realizou-se uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva, exploratória, tendo como objeto o processo de trabalho das ESF com foco nas suas práticas. De acordo com Minayo (1999), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares ao se ocupar, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido, segundo a autora, como parte da realidade social, visto que o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Dessa forma, essa abordagem metodológica é apropriada para complementar o questionário desenvolvido para essa pesquisa, já que se adéqua ao objetivo de caracterizar os processos de trabalho das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da Região de Saúde Capim Dourado no Tocantins. Esse é um estudo de caso múltiplo e de caráter exploratório, envolvendo três municípios da referida região.

A Região Capim Dourado é composta por 14 municípios. A população total é de 301.576 habitantes, sendo um percentual de 21,7% da população total do Estado (IBGE, 2010). No período de 2000/2010, o crescimento populacional foi em torno 3,75%, e a maior concentração dessa população está na faixa etária de 20 a 29 anos. A Capital, Palmas, faz parte dessa região e tem características bem diferenciadas dos demais municípios integrantes da região como Índice de Desenvolvimento Humano - IDH maior, menor taxa de analfabetismo (3,7), população maior (75,7% da população da região) e é o único município da região que tem população feminina maior que a masculina. A região de saúde faz divisão com o Estado da Bahia, Maranhão e Piauí.

Foram incorporadas na pesquisa as equipes multiprofissionais de Saúde da Família dos municípios da Região Capim Dourado que apresentam maior desigualdade de distribuição, ou seja, maior concentração de renda, denominados nesse estudo de município um, município dois e município três, com índice de (0,7596), (0,6346) e (0,6189), respectivamente. Destes, o município dois apresenta o menor número de pessoas empregadas.

Tabela 1 - Dados geográficos e demográficos dos municípios integrantes da pesquisa

MUNICÍPIO	ALTITUDE (m)	DISTÂNCIA DA CAPITAL (Km)	LONGITUDE	LATITUDE	ÁREA (Km ²)	POPULAÇÃO (2012)
1 - município um	423	317	46°40'23" oeste	09°35'39" sul	5.723 ,23	3716
2 - município dois	0	227	46°39'34" oeste	10°10'06" sul	1.908 ,68	1463
3 - município três	0	121	47°33'04" oeste	10°22'41" sul	911,3 4	3676

Fonte: Mapa de saúde da Região Capim Dourado, SESAU, 2013

No município um foram entrevistados 100% dos profissionais da equipe, do município dois foram entrevistados 70% dos profissionais da ESF, excluídos 3 ACS da zona rural pela dificuldade de localizá-los no período de realização das entrevistas. No município três, a pesquisa abrangeu 78,5% da equipe haja vista que 3 ACS não foram contemplados por motivos diversos: um fora afastado por atestado médico, outro recusou-se participar após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido alegando pouco tempo de atuação na ESF e, portanto, uma reduzida contribuição e o último viajou para outro município no dia da entrevista.

Para a produção de dados, foi utilizado questionário semiestruturado (Apêndice 1), contendo questões direcionadas aos membros das ESF que concordaram em participar da pesquisa. Esse questionário teve questões estruturadas contemplando o conjunto de práticas possíveis de desenvolvimento na ESF, portanto práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, planejamento e programação local em saúde, desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, no âmbito das unidades e dos territórios adscritos às equipes de saúde da família. No instrumento, houve um espaço aberto para os entrevistados esclarecerem as questões relacionadas às práticas selecionadas. Foi realizada também análise documental, utilizando consulta a documentos institucionais tais como relatórios produzidos pela equipe que puderam elucidar questões que circundam o desenvolvimento do trabalho das equipes estudadas.

O roteiro de questionário foi previamente testado com vistas ao aprimoramento do instrumento de coleta e na sequência foi aplicado às demais equipes. O material empírico coletado oriundo dos questionários foi consolidado em matrizes de análise e, por sua vez,

geraram tabelas que foram analisadas pela pesquisadora. Buscou-se nessa análise cotejar os resultados dos questionários ao conteúdo dos documentos coletados.

Priorizou-se a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2011), representa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas nestas mensagens) (BARDIN, 2011, p. 48).

Nessa análise, toma-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011). Segundo Bardin (2011), é necessária, para realização de uma análise rica, a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações para uma aplicabilidade coerente do método de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados.

Ao final da análise, foram caracterizados os agentes das práticas profissionais nas ESF estudadas bem como suas práticas de saúde; as concepções desses agentes acerca da saúde e da saúde da família, ou seja, como apreendem o objeto do seu trabalho e, por fim, os fatores que limitam o desenvolvimento dessas práticas no cotidiano das ESF nos municípios onde as práticas se desenvolvem. Foram observadas as características do trabalho das equipes relacionado as práticas de saúde nas ESF estudadas com os pressupostos e recomendações da PNAB. Isto é, buscou-se saber em que medida as práticas desenvolvidas aproximam-se de propostas inovadoras voltadas para a intervenção sobre os determinantes sociais de saúde e a ação sobre riscos em detrimento das práticas tradicionais sobre a doença e o doente que conformam o modelo hegemônico.

Ao final da investigação caracterizou-se os processos de trabalho das ESF que atuam na Estratégia da Saúde da Família em três municípios da região Capim Dourado no Tocantins.

4.3 Considerações Éticas

Como os métodos de pesquisa qualitativa são de certa forma uma intervenção na realidade dos envolvidos, perturbando a rotina de trabalho e da vida cotidiana, visto que mesmo as técnicas aplicadas e os resultados obtidos das pesquisas podem interferir e algumas vezes prejudicar a realidade das pessoas isoladamente ou em comunidade, os métodos

aplicados e os resultados obtidos serão analisados e divulgados à luz da ética (FLICK, 2009). Nesse sentido, a pesquisadora comprometeu-se a seguir rigidamente as diretrizes éticas presentes na Resolução 466/11 do Conselho Nacional de Saúde, revisada em 2012 e só foi iniciada os procedimentos de investigação após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA. Nenhuma entrevista ou caracterização dos profissionais de saúde, que neste estudo representam os sujeitos de pesquisa, foi iniciada antes da explicação detalhada dos objetivos, procedimentos, possíveis desconfortos, riscos e benefícios advindos de sua realização, e antes da leitura atenta e individualizada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice 3), e posterior assinatura. Foi cedida uma cópia do TCLE aos sujeitos da pesquisa, contendo todos os dados da pesquisa e do pesquisador, para qualquer tipo de esclarecimento sobre a realização da pesquisa e informações sobre a participação voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício direto aos sujeitos da pesquisa; como também sobre a possibilidade de recusa de participação ou desistência de participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso implicasse em qualquer problema ou penalidade para os sujeitos da pesquisa.

Para atender aos interesses e necessidades dos sujeitos da pesquisa, a autora comprometeu-se, por meio do TCLE, utilizar linguagem clara e acessível, garantir o anonimato dos participantes e devolver os resultados aos participantes da pesquisa, divulgando os resultados para as Secretárias de Saúde Estadual e Municipais, com o intuito de fomentar políticas públicas locais e regionais que visem à construção de modelos de atenção à saúde mais efetivos, humanizados, igualitários e participativos.

5. RESULTADOS

5.1 Características da Região Capim Dourado do Tocantins

A pesquisa realizada envolveu três ESF de três municípios da Região Capim Dourado no Tocantins. De início cabe compreender as características onde tais equipes estão implantadas e por sua vez, onde desenvolvem suas práticas, para entender também possíveis limites no desenvolvimento das mesmas.

Trata-se de uma região composta por 14 municípios, dentre eles os três municípios onde a investigação foi realizada. Embora possuam atividades econômicas distintas, que conferem especificidades a cada um deles, estes municípios apresentam um conjunto de características semelhantes e influenciadoras nas condições de saúde da população, dentre elas: maior desigualdade de distribuição de renda - índice de Gini, menor índice de Renda Proveniente do Trabalho, menor Índice Desenvolvimento Humano - IDH, maior taxa de analfabetismo, maior percentual de nascidos com baixo peso, menor índice de internação por habitantes, elevada taxa de mortalidade infantil, maior dificuldade de acesso a referência, além disso a sobrecarga de serviço dos profissionais da ESF e a alta rotatividade dos profissionais de nível superior também foram características que envolvem esses municípios.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, dados gerais da região, o município Palmas- capital é o município mais populoso e o município dois o menos populoso da região. A população masculina é maior que feminina em todos os municípios da região estudada com exceção apenas da capital Palmas. A maior concentração da população está na faixa-etária produtiva adulta e a população parda representa a maior parcela. Ocorreu elevação do IDH em todos os municípios da região Capim Dourado, com destaque para o município três, que mesmo tendo uma evolução de mais de 100%, de 1991 a 2010 ainda continuou entre os 3 mais baixos da região. Na avaliação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, os três municípios envolvidos no estudo foram os que apresentaram menor percentual de bens duráveis da região no ano de 2000, e menor índice de Renda Proveniente do Trabalho, tendo o município três apresentado o maior índice (18,5%) de renda proveniente de transferências governamentais.

O índice de Gini é o índice que mostra o grau de desigualdade social de cada município. Isto é, quanto mais próximo do número um, piores as condições de vida e saúde da população do município. Nesse sentido, os municípios que apresentam maior desigualdade de distribuição, de renda foram os municípios um, dois e três, com índice de

0,7596, 0,6346 e 0,6189 respectivamente. Destes, o município três, apresentou o menor número de pessoas ocupadas. (IBGE, 2010)

O censo do IBGE de 2010 registra também a maior taxa de analfabetismo no mesmo período e nos mesmos municípios. Enquanto no Brasil a taxa de analfabetismo é de 9,4% e na região norte 11,1%, a do município três 19,6%; município um 23,2% e município dois 21%, estando também entre os municípios da região que possuem menor percentual de professores do ensino fundamental com nível superior.

No período de 2008 a 2011, ocorreram 405.635 internações nos hospitais da Região Capim Douradas pelo SUS. O principal grupo de causas de internação foi das doenças do aparelho respiratório, representando uma média de 12,77% internações/ano. Em segundo lugar estão às internações por causas externas (11,21%), terceiro as doenças infecciosas e parasitárias (9,66%). Do total de internações realizadas no Estado, verificou-se que 26.964 foram de procedimentos clínicos. Destes, 6.695 foram de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Os dois municípios desta região com menor índice de internação por habitantes são: Município dois, (0,35%) seguido do município um com (0,56%). (SIH/SUS 2011).

Estes dois municípios são exatamente os dois que estão localizados mais distantes da referência, a capital, Palmas, e têm muita dificuldade de acesso devido à má condição das estradas que não são asfaltadas, com muita areia e atoleiros, devendo ser percorrido quase sempre com carros traçados. A maioria absoluta dessa população depende do transporte público municipal, cujos veículos estragam com frequência devido às condições das estradas. Há referências de ocorrências repetidas acerca da utilização de outros meios de transporte, a exemplo de avião, para transportar pacientes graves destes municípios para outros locais de atendimento.

Já o município três possui estrada asfaltada até a capital, e o tempo de deslocamento do referido município até a capital é de cerca de uma hora e meia enquanto os demais municípios do estudo, notadamente os municípios um e dois, gastam uma média de seis horas, se não houverem intercorrências no trajeto.

Em relação ao percentual de nascidos com baixo peso, destaca-se mais uma vez o município três, que se mantém acima dos percentuais do estado e da região de saúde por 5 anos consecutivos (SINASC, 2011). A dificuldade de acesso à referência observada não é apenas da população como também dos profissionais de saúde, que até mesmo para participarem de uma capacitação gastam dois dias a mais para deslocamento, deixando por sua vez, a população sem assistência por esse período.

Quanto ao trabalho na atenção primária no âmbito estadual, na Diretoria da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde existem profissionais designados a apoiar os municípios. Todavia, pelas informações obtidas nessa Diretoria, o último monitoramento no município um ocorreu em 2014, e nos outros dois municípios não se tem registros de monitoramento desde 2012, evidenciando certa falha na dinâmica de suporte a esses municípios.

Observa-se nos municípios de grande porte da mesma região, diversas coordenações que organizam o trabalho na atenção básica. Nota-se nesses municípios a presença de um Coordenador de Atenção Básica, Coordenador de Vigilância Epidemiológica, Departamento de Saúde da Criança, Doenças Crônicas, Dengue entre outros agentes do trabalho em saúde para desenvolvimento de outras funções. Nas cidades de pequeno porte, todas essas atribuições são desenvolvidas pelos mesmos profissionais da equipe da ESF e que por sua vez, atuam no assessoramento dos Secretários Municipais de Saúde dos referidos municípios. Cumpre ressaltar que por vezes esses profissionais são escolhidos por influência política e nem sempre possuem a qualificação técnica necessária para o desenvolvimento das respectivas funções.

A Secretaria Estadual de Saúde também possui um departamento para cada agravo, demandando cada vez mais atribuições e cobranças para as equipes municipais. Acrescenta-se a alta rotatividade de profissionais de nível superior nas Equipes ESF destes municípios. Com relação a essa questão resalta-se que os três municípios que participaram da investigação foram contemplados com médicos pelo Programa Mais Médicos (PMM).

Dos municípios escolhidos para fazerem parte deste estudo, o município um está localizado a 317 quilômetros da capital. Foi fundado em 1953 e faz limite com as cidades de Parnaíba - MA e Novo Acordo, Centenário e Rio Sono (Tocantins). Possui uma extensa área de 5.723,23 km² e apesar de não ser o menos populoso, é o município que possui a menor densidade demográfica (0,65) de todos da região, isso devido seu extenso território geográfico. O PSF foi implantado no município em novembro de 1998, naquela época com uma cobertura de 84,83%, hoje está cobertura é de 92,84% da população (CIR/SESAU, 2013; IBGE, 2010 e estimativa e IBGE; MS SAS DAB).

Município dois, com uma área de 1.908,68 Km², foi fundado em fevereiro de 1991, pertence ao polo eco turístico do Jalapão, tendo na lista de atrações: cachoeiras, rios, serras, dunas, matas, lagoas, nascentes, veredas, paisagens, flores dos mais diversos tamanhos, flora e fauna do cerrado e matas pré-amazônicas. Localiza-se a 227 quilômetros da capital, Palmas, próximo à Serra Geral e à Serra das Mangabeiras e faz divisa com estado do Maranhão. No

Tocantins, limita-se com os municípios de Lizarda, Mateiros e Novo Acordo. É o município menos populoso da região, com 1532 habitantes e uma densidade demográfica de 0,77, é também o que apresenta o menor IDH (0,570) e menor número de pessoas ocupadas. O Índice de Gení é 0,634. O PIB é 5.713,38 sendo a agricultura e pecuária a principal atividade econômica deste município. Saúde da família está implantado a 10 anos, desde dezembro de 2005 e desde de sua implantação tem 100% de cobertura populacional. (CIR/SESAU, 2013; IBGE, 2010 e Estimativa e IBGE, MS SAS DAB).

O município três, cuja equipe compõe o presente estudo foi criado em 5 de outubro de 1989. Seu território estabelece limites com os municípios de Novo Acordo, Santa Tereza e Ponte Alta (Tocantins). Dos três municípios estudados, este é o que está mais próximo da capital, 121 quilômetros, e tem maior facilidade de acesso por ser o único com rodovia toda asfaltada. É também o mais populoso dos três com 4,03 de densidade demográfica (3.957 habitantes) distribuídos em uma área de apenas 911,34 km², além de ter menor área, menor PIB (4.665,64), menor índice de Gení (0,618). O IDH deste município teve uma evolução de mais de 100%, de 1991 a 2010, passando de 0,224 para 0,579. Entretanto, mesmo com essa evolução, ainda continua entre os três piores da região, junto com os outros dois também alvos desse estudo. O PSF foi implantado em abril de 2001 com 100% de cobertura populacional. Hoje, a equipe é formada por 14 profissionais, sendo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 técnico em enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal (ASB) e 9 agentes comunitários de saúde (ACS). Com essa situação, a cobertura por PSF chega atualmente a 93,85% da população. (CIR/SESAU, 2013; IBGE, 2010 e Estimativa IPEA, MS SAS DAB e IBGE).

Através da observação direta dos municípios estudados, percebe-se que a capacidade instalada da ESF em todos eles não condiz com a real necessidade do serviço, principalmente pela necessidade de espaço para desenvolvimento das ações. Essa situação foi mais grave no município três em que o serviço está dividido em pelo menos quatro locais diferentes, o que foi alvo de muita reclamação por parte dos profissionais entrevistados. As estruturas físicas das unidades de saúde em geral possuem basicamente recepção, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de imunização, consultório odontológico. A tabela 2 consolida as características demográficas, econômicas e sociais dos municípios das ESF estudados.

Tabela 2 - Características dos municípios das ESF estudadas

Distância da Capital (quilômetros)	Município		
	Município um	Município dois	Município três
	317	227	121
População (2014)	3801	1532	3957
Densidade demográfica (2012)	0,65	0,77	4,03
Área (Km ²)	5.723,23	1.908,68	911,34
IDH (2010)	0,574	0,570	0,579
Índice de Geni (2010)	0,759	0,634	0,618
PIB (2009)	5.288,04	5.713,38	4.665,64

Fonte: IBGE, 2010/ Estimativa/Datasus/Sesau

5.2 Os Agentes do Trabalho nas ESF na Região Capim Dourado no Tocantins

Participaram como agentes do trabalho no processo de investigação: 03 médicos inseridos na ESF por meio do Programa Mais Médicos- PMM, oriundos de Cuba; 03 cirurgiões dentistas, 03 enfermeiros, 03 auxiliares de enfermagem, 03 auxiliares de saúde bucal - ASB e 11 agentes comunitários de saúde - ACS, totalizando 26 entrevistados. Os três municípios pesquisados possuem apenas uma equipe de ESF habilitada, cada, o que constituem o objeto da pesquisa, embora dois deles tenham população suficiente para implantação de mais de uma equipe.

No município um a equipe é composta por uma médica cubana, do PMM, uma cirurgiã dentista-CD, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal - ASB e três agentes comunitários de saúde - ACS. Desse grupo de 08 profissionais de saúde, 25% são do sexo masculino e 75% do sexo feminino, compatível com a tendência nacional de feminização da força de trabalho em saúde. Nesse município as equipes são compostas por profissionais de faixa etária variável, porém com certa maturidade no trabalho, considerando que a idade dos profissionais entrevistados variou entre 30 a 57 anos. Entre os respondentes, 62,5% são casados ou convivem com um parceiro (a) e os demais, que corresponde a 37,5% da amostra, são solteiros.

Sobre o nível de escolaridade dos profissionais da ESF desse mesmo município, observa-se que todos os profissionais da categoria nível médio, 100% possuem nível médio completo. Entre os ACS, 67% tem curso técnico, apenas um tem nível superior incompleto. Já os profissionais de nível superior, com exceção da médica cubana, os outros dois

profissionais, notadamente o cirurgião dentista e o enfermeiro, foram formados em Faculdades particulares e não possuem especialização de nenhuma área do saber e nem mesmo na Saúde da Família.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, 13% já desenvolvem as atividades na ESF e, portanto, no nível de atenção primária, entre 6 e 10 anos, 13% já possuem mais de 10 anos; e 13%, tem menos de um ano de atuação, e o percentual maior, 61% estão entre 1 e 5 anos na ESF. Ou seja, o percentual de profissionais com pouco tempo de atuação é poucos quando analisado o conjunto da equipe do município um.

A equipe do município dois é composta também por 01 médica cubana do PMM, 01 CD, uma enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 ASB e 6 ACS, sendo 2 que atuam na zona urbana e 3 na zona rural. Nesse município a equipe é composta por profissionais mais jovens que o anterior, composta por profissionais entre 26 a 37 anos, tendo uma mediana de 34. Nesse município foram entrevistados 100% dos membros da equipe, todos são do sexo feminino. Assim como o município anterior, os profissionais são preponderantemente casados ou convivem com parceiro (a) e 43% são solteiros. Há pequenas diferenças no nível de escolaridade dos profissionais dessa equipe com relação à anterior. Todos os profissionais da categoria nível médio possuem nível médio completo, sendo que 100% dos ACS entrevistados tem curso técnico, um deles tem curso superior completo.

Seguindo a mesma tendência formativa, os profissionais de nível superior formaram-se em faculdade privada, exceto a médica cubana. Nesse município, apenas a dentista não possui pós-graduação. A enfermeira tem pós-graduação em Gestão, auditoria e Planejamento em Saúde e a médica é pós-graduada em ginecologia. Cabe destacar que o tempo de atuação dos profissionais de saúde na ESF desse município é menor quando comparado ao município um. Nesse particular, 58% atuam na ESF entre 1 a 5 anos, 14% tem entre 6 e 10 anos, 14% tem mais de 10 anos; e 14% tem menos de um ano de atuação.

No município três, a equipe de saúde é composta por uma médica cubana do PMM, uma dentista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, uma ASB e 9 ACS. Nesse município, a idade dos profissionais de saúde entrevistados varia entre 31 a 51 anos tendo uma mediana de 33 anos. Há também predominância do sexo feminino que corresponde a 73% da força de trabalho da ESF, sendo que também como as demais equipes estudadas um percentual significativo, 54,5% são de casados ou possuem pessoas de convívio, sendo 45,5% restantes solteiros.

Tabela 3: Características dos profissionais do município do município 1

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	02	25%
Feminino	06	75%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	00	
30 a 39 anos	04	50%
40 a 49 anos	03	37.5%
50 a 59 anos	01	12.5%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	04	50%
Casado (a) / convive	04	50%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	01	13%
6 a 10 anos	01	13%
1 a 5 anos	05	61%
Menos de 1 ano	01	13%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	01	12.5%
Técnico em enfermagem	01	12.5%
Técnico Agente comunitário de saúde	02	25%
Téc. Saúde Bucal	00	
Superior incompleto	01	12.5%
Superior sem pós-graduação	02	25%
Superior com especialização	01	12.5%

Quanto ao nível de escolaridade dos profissionais da ESF, todos de nível médio têm nível médio completo e dois estão cursando faculdade para galgar o nível superior. Assim como os demais profissionais das ESF antes mencionados, os profissionais de nível superior, com exceção da médica cubana, formaram-se em faculdade privada. No que concerne à pós-graduação, a médica cubana refere possuir especialização em medicina em saúde, o enfermeiro refere pós-graduação em oncologia e a dentista, tal qual no município um, não possui nenhuma especialidade. Ao avaliar o tempo de atuação na ESF, 45% dos profissionais abordados nesse município referem ter entre 6 e 10 anos; outros 45% tem mais de 10 anos; e só 10% tem entre 1 e 5 anos de atuação na ESF, representando o município que possui profissionais a mais tempo na ESF entre os três municípios estudados.

Tabela 4 - Características dos profissionais do município de município 2

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	00	
Feminino	07	100%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	03	43%
30 a 39 anos	04	57%
40 a 49 anos	00	37.5%
50 a 59 anos	00	12.5%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	29%
Casado (a) / convive	05	71%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	01	14%
6 a 10 anos	01	14%
1 a 5 anos	04	58%
Menos de 1 ano	01	14%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	00	
Técnico em enfermagem	01	14%
Técnico Agente comunitário de saúde	02	29%
Téc. Saúde Bucal e nível superior	01	14%
Superior incompleto	00	
Superior sem pós-graduação	02	29%
Superior com especialização	01	14%

A análise comparada entre os agentes do trabalho das três equipes em estudos nos três distintos municípios permite inferir que o município três possui os profissionais com mais tempo de atuação na ESF, seguido do município um e por último o município dois. Essa questão particular pode vir a influenciar o desenvolvimento de suas práticas nas ESF, já que os profissionais com maior tempo de atuação tendem a conhecer com maior profundidade os princípios e diretrizes da PNAB. Do mesmo modo, o problema da permanência dos profissionais médicos nas ESF, que era considerada um problema nos três municípios, foi solucionada por um tempo razoável devido ao PMM.

Quanto à questão da formação, os três municípios encontram-se relativamente semelhantes, embora as especialidades relacionadas pelos investigados sejam distintas. Cabe inquirir, especialmente em relação ao enfermeiro do município três especializado em oncologia como esses conhecimentos contribuem para o desenvolvimento das práticas da APS e ao mesmo tempo a médica do município dois que possui especialização em ginecologia na mesma direção.

Quando analisados os profissionais em seu conjunto das três ESF estudadas observa-se que a maioria dos profissionais é madura, pois está na faixa etária entre 30 a 39 anos e em sua maioria estão na ESF a mais de 6 anos.

Tabela 5 - Características dos profissionais do município 3

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	03	27%
Feminino	08	73%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	00	
30 a 39 anos	09	82%
40 a 49 anos	01	%
50 a 59 anos	01	%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	29%
Casado (a) / convive	05	71%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	05	45%
6 a 10 anos	05	45%
1 a 5 anos	01	10%
Menos de 1 ano	00	
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	01	9%
Técnico em enfermagem	01	9%
Técnico Agente comunitário de saúde	04	37%
Téc. Saúde Bucal	01	9%
Superior incompleto	01	9%
Superior sem pós-graduação	01	9%
Superior com especialização	02	18%

Tabela 6. Características dos profissionais das equipes de ESF estudadas da Região de Saúde Capim Dourado

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	05	19%
Feminino	21	81%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	03	11%
30 a 39 anos	17	65%
40 a 49 anos	04	16%
50 a 59 anos	02	8%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	11	42%
Casado (a) / convive	15	58%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	07	27%
6 a 10 anos	07	27%
1 a 5 anos	10	38%
Menos de 1 ano	02	8%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	03	11%
Técnico em enfermagem	03	11%
Técnico Agente comunitário de saúde	07	27%
Téc. Saúde Bucal	02	8%
Superior incompleto	02	8%
Superior sem pós-graduação	04	16%
Superior com especialização	05	19%

A análise intercategoria profissional permite observar entre os ACS que 73%, ou seja, a maioria é mulher com faixa etária entre 30 a 39 anos (64%), casado ou convive com alguém (64%). Trabalha por mais de 6 anos nas ESF (72%). Possivelmente conhecem bem o território e as características da região e dos locais de trabalhos específicos. Todos possuem nível médio, 64% destes possuem formação técnica. 18%, apesar de não terem curso técnico estão cursando faculdade.

Apesar de a maioria dos ASB, 67% dos profissionais estudados possuir o curso Técnico em Saúde Bucal - TSB, requisito básico para implantar modalidade 2 ESB, todas as equipes são habilitadas na modalidade 1. Esses profissionais, portanto, exercem apenas o papel de ASB. A

totalidade é do sexo feminino, casada, com faixa etária predominante entre 30 a 39 anos e possui mais de 10 anos de atuação na ESF. Todas as ESB são constituídas por odontólogas sem pós-graduação, 67% delas são solteiras e com idade entre 30 a 39 anos e possuem até cinco anos de atuação na ESF.

A categoria profissional técnico em enfermagem é constituída absolutamente por mulheres de 30 a 39 anos, com formação técnica em enfermagem, sem curso superior. A maioria destas, 67%, é casada e com mais de 6 anos de atuação na equipe.

Uma característica diferenciadora das demais categorias analisadas e atípica na enfermagem é que 67% dos profissionais enfermeiros são do sexo masculino e solteiro. As outras características dos enfermeiros se assemelham às demais realidades que são 76% com idade entre 30 a 39 anos, com pós-graduação, e até cinco anos de atuação na ESF.

Na categoria médica, 100% são do sexo feminino, com pós-graduação e tempo de atuação na saúde da família de um a cinco anos. 67% delas possuem idade entre 40 e 49 anos e são solteiras. Outra realidade que difere das demais categorias.

As equipes estudadas nos três municípios apresentam algumas semelhanças. As ESF dos três municípios são compostas pela equipe mínima determinada pelo Ministério da Saúde e ainda mais uma ESB. Todos os profissionais que fizeram parte do estudo possuem escolaridade adequada ou superior ao exigido para o desenvolvimento de suas atividades. Todas as médicas formaram-se em Cuba. Os enfermeiros e dentistas formaram-se em faculdade particular. As dentistas formaram-se na mesma faculdade no Estado do Tocantins. Entre as categorias com obrigatoriedade de nível superior, 100% das médicas são pós-graduadas, 67% dos enfermeiros também e nenhum dos odontólogos possui pós-graduação. Quanto aos profissionais de nível médio, dos 11 ACS entrevistados, apenas um do município um e um do município três não possuem o curso técnico em ACS. Ambas possuem nível superior incompleto.

Cumprе ressaltar que quando inqueridos acerca da carga horária de trabalho na ESF, todos os enfermeiros e médicos referiram que além do atendimento de rotina da ESF realizam atendimento de emergência às noites e nos finais de semana, apontando certa sobrecarga de trabalho e diferentes espaços de atuação no âmbito do sistema de serviços de saúde.

O perfil dos profissionais quanto ao sexo é predominantemente feminino em todas as categorias, sendo: 100% das médicas; 100% das odontólogas; 100% das técnicas em enfermagem; 100% dos ASB. Na categoria ACS, 73% são do sexo feminino e a exceção está entre os enfermeiros onde apenas 33% são do sexo feminino. O destaque do perfil etário em todas as equipes e categorias profissionais é para a faixa etária de 30 a 39 anos e é pequeno o

percentual de profissionais com mais de 45 anos. Em todas as equipes, os profissionais de nível superior são jovens e com até cinco anos de atuação em saúde da família.

A escolaridade é um indicador importante do perfil profissional e pode ter grande influência no processo de trabalho. Nesse sentido, quanto aos agentes do trabalho da ESF participantes deste estudo, conclui-se a formação profissional pode exercer influência no processo de trabalho dos profissionais de nível médio. Aqueles que possuem formação técnica demonstram clareza no conhecimento de suas práticas e dos demais membros da equipe e identificam com facilidade aquilo que têm deixado de fazer ou têm feito de forma incorreta. Já entre os profissionais de nível superior, não foi perceptível o fato de a pós-graduação influenciar no processo de trabalho dos mesmos, tanto no conhecimento, como no exercício das práticas. Nenhum deles possui pós-graduação com enfoque em Saúde da Família ou Saúde Coletiva.

5.3 O objeto do Trabalho na ESF na concepção dos investigados: concepções de Saúde e de Saúde da Família

A forma com a qual os agentes do trabalho transformam sua matéria-prima em produto, ou seja, como apreendem o objeto do trabalho é fundamental para entender o desenvolvimento das suas práticas. Isto quer dizer que as concepções de saúde e de saúde da família foram utilizadas para analisar a correlação entre os referidos agentes e os elementos do processo de trabalho em saúde.

Quando observado o conjunto de profissionais de saúde que fizeram parte na investigação, observa-se que não há consenso entre eles sobre as concepções de saúde da família e de saúde. Isso era esperado devido às distintas trajetórias formativas e de trabalho de cada um deles. Quanto à saúde da família, há pelo menos doze pontos de vista distintos acerca da mesma relatados pelos membros das equipes. Os entrevistados caracterizaram a saúde da família como: trabalho de equipe, trabalho de um conjunto de profissionais, espaço de orientação das pessoas ou programa de orientação, atendimento das famílias necessitadas, assistência às famílias, espaço de cuidado ao próximo, local de qualidade do cuidado e promoção do bem-estar, prática de promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência integral e estratégia de atendimento da população.

A PNAB conceitua ESF como uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde - MS para reorientação do modelo assistencial. O objetivo é a prestação de uma assistência integral com ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação de forma continuada, resolutiva, humanizada. O núcleo de abordagem é a família em seu espaço social

e o processo de trabalho realizado por uma equipe que, além de realizar a gestão do cuidado, deve ser ordenadora da rede (BRASIL, 2012). Dito isso, observa-se pouca a aproximação da concepção dos entrevistados com a dimensão política de sua atividade.

O processo de trabalho só é possível acontecer por meio da presença e ação do agente de trabalho, que no caso da ESF são os membros da equipe. Por isso, é necessário analisar a percepção destes sobre seus objetos de trabalho de forma integralizada e por município.

Há uma tendência de interpretação da saúde da família como um trabalho de equipe ou em conjunto onde atuam os profissionais. Essa visão foi apresentada por um contingente expressivo entre os profissionais de saúde que participaram da investigação, conforme alguns depoimentos a seguir:

Eu acho assim, a gente trabalhar em equipe. Tem dia que a gente marca para sair com médico ou enfermeiro aí não dá. (Entrevistado 1)

É trabalhar em conjunto para resolver os problemas da família inteira. O ACS manda pra unidade os problemas, mas eles não são resolvidos e isso repercute na gente. Aqui não existe mais equipe e sim (eu) quipe (Entrevistado 2).

Equipe, trabalhar em conjunto (Entrevistado 9).

É uma saúde em família, trabalhando em conjunto, a equipe para família (Entrevistado 12).

Há também um contingente expressivo que compreende a saúde da família como um “programa”. Esse “programa” representa para eles promoção da saúde e prevenção de agravos, promoção de autocuidado em saúde, transmissão de conhecimento e orientação dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais, cuidar do próximo, programa aos carentes e necessitados, aproximando-se da visão dos programas tradicionais de saúde pública em detrimento da ESF como estratégia de reorientação do modelo de atenção. Há também entre os entrevistados aqueles que nem sabem definir o que é saúde da família e mesmo assim desenvolvem suas atividades laborais nesse espaço de trabalho.

Os depoimentos mostram conflito entre o assistencialismo e o programa de atendimento como parte de um modelo de atenção. Há depoimentos que revelam visões da realidade e aqueles que demonstram visão caritativa e visão universal como podem ser conferidos na sequência de depoimentos abaixo:

Orientar as pessoas como cuidar da saúde (Entrevistado 3).

Visitar, orientar, prevenir, porque na realidade nós trabalhamos com prevenção (Entrevistado 4).

Cuidar do próximo, saber atender as pessoas. É prevenção e promoção (Entrevistado 6).

É o que era para acontecer aqui em nossa cidade. Grupo de pessoas que cuida das famílias e busca a prevenção (Entrevistado 7).

Programa que cuida das famílias, vai aos domicílios, fica mais próximo das famílias. (Entrevistado 11).

É um programa de orientação (entrevistado 4).

Atendimento às famílias necessitadas (entrevistado 16).

Veio para ajudar mais as pessoas. Antigamente a saúde só chegava pra alguns. Hoje não, as pessoas já têm mais acesso devido esse programa (entrevistado 15).

Entre os agentes de trabalho investigados do município um, há a compreensão do SF como um espaço de atuação e de trabalho em conjunto voltado para as famílias bem como programa para orientação das famílias e das pessoas. Essa visão é particularmente compartilhada por profissionais de saúde com tempo considerável na SF entre 5 e mais de 10 anos, sugerindo aproximação com a SF nas suas origens tal como um programa voltado para um segmento excluído da população. Na mesma equipe, contrapondo-se a essa visão há profissionais que a entendem como atenção às famílias com integralidade, bem-estar e equilíbrio. Nota-se, portanto, certa aproximação à SF como um Programa “assistencialista” entre os profissionais desse município, bem como afastamento da visão atual da SF como estratégia de mudança do modelo de atenção (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Saúde da família veio para ajudar mais as pessoas. Antigamente a saúde só chegava para alguns. Hoje não, as pessoas já têm mais acesso devido esse programa (entrevistado 15).

Saúde da família delimita cada família no seu bem-estar no dia a dia no quesito saúde boa, educação boa, economia boa (entrevistado 18).

Saúde da família é atender a família, buscando harmonia, integralidade e equilíbrio. (Entrevistado 21).

Para os agentes de trabalho do município dois, SF é vista pelos profissionais de nível médio como um programa que deve prestar uma boa assistência, principalmente aos necessitados, com atenção domiciliar e comunitária através de atuação multidisciplinar com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos. Embora não façam distinções acerca de prevenção de agravos e promoção da saúde, os depoimentos dos entrevistados mostram certa tendência à compreensão da promoção da saúde como processo educativo com vistas ao

repassa dos conhecimentos e orientações. Vale ressaltar que nesse município um entrevistado mencionou a ESF como estratégia de atendimento à população. Assim como no município anterior, há aqueles profissionais que concebem a SF como atendimento aos necessitados.

Visitar, orientar, prevenir, porque na realidade nós trabalhamos com prevenção (Entrevistado 5).

Sair visitando em casas, tentar trazer pacientes para unidade, tem uns que precisam mais tem até medo de vir a unidade. É atender bem também e tem que correr atrás (Entrevistado 13).

(...) é um programa de atendimento às famílias necessitadas (Entrevistado 16).

Ações e medidas de promoção e prevenção a realizar com a família para que não adoça (Entrevistado 23).

Lidar com promoção, prevenção, agravos, de acordo com a realidade de cada família e tentando promover e educar cada família de acordo com a possibilidade social da família e do município (entrevistado 19).

Quanto ao município três, os agentes do trabalho definem Saúde da Família focando na realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, embora não explicitem o que entendem por isso.

A análise das falas dos entrevistados mostra compreensão da Promoção da Saúde como aumento das capacidades individuais e coletivas a fim de promover o empoderamento dos sujeitos assistidos. No limite, a promoção da saúde constitui-se em estratégia de transmissão do conhecimento de profissionais para usuários da saúde. Nota-se entre os entrevistados nesse município que, embora a ESF represente um “Programa”, eles possuem capacidade resolutiva em 85% dos problemas de saúde apresentados. Não obstante, nos demais municípios aparece também a questão do trabalho em equipe e o trabalho em conjunto como expressão da SF.

Ações e medidas de promoção e prevenção a realizar com a família para que não adoça (Entrevistado 23).

Conjunto de várias coisas como: atender bem, promover saúde através de palestras, transmitir às pessoas o saber e o conhecimento que a gente tem (Entrevistado 10).

É o que era pra acontecer aqui em nossa cidade. Grupo de pessoas que cuida das famílias e busca a prevenção (Entrevistado 7).

Equipe trabalha o psicológico e físico das pessoas (Entrevistado 26).

Ações e medidas de promoção e prevenção a realizar com a família para que não adoça (Entrevistado 23).

Programa importante para a população, onde é resolvido 85% dos problemas de saúde de uma determinada população (Entrevistado 20).

De modo geral, os entrevistados das três equipes estudadas têm compreensões próximas acerca da SF. Uma questão a ser problematizada é que depois de tanto tempo atuando na ESF, nenhum entrevistado a viu como possibilidade de reorganização da atenção à saúde nos territórios ou reorientação do modelo de atenção. Talvez pelo tempo de atuação dos entrevistados nas ESF haja certa interiorização da mesma como um programa focalizado tal como ele era concebido no seu nascimento. A tabela 7 traz uma síntese dos pontos de vista sobre SF das ESF analisadas por esse estudo.

Tabela 7 - Concepções de Saúde da Família e de Saúde entre as equipes investigadas

MUNICÍPIO	CONCEPÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE SAÚDE	CONCEPÇÃO DE SAÚDE
Município um	Saúde da Família como Trabalho em equipe.	Saúde vista como mera orientação, espaço de aconselhamento e revelação de situações da vida cotidiana.
	Saúde da Família como trabalho em equipe ou em conjunto.	Saúde como espaço de atuação que vai do domicílio às unidades básicas de saúde
	Saúde da Família como autocuidado.	Saúde como autocuidado.
	Espaço de atuação de trabalho em conjunto.	Saúde como um “dom”.
	Saúde da Família como um programa que visa ajudar as pessoas	Saúde como bem-estar individual.
	Saúde da Família como integralidade	Saúde como bem-estar.
	Saúde da Família como atuação multidisciplinar.	Saúde como bem-estar.
Município dois	Saúde da Família como atenção às famílias.	Saúde como bem-estar.
	Saúde da Família como a “boa assistência à saúde”	Saúde como o bem-estar individual, espaço de acompanhamento e encaminhamento dos problemas de saúde.
	Saúde da Família como espaço de atendimento dos necessitados.	Saúde como promoção da boa qualidade de vida.
	Saúde da Família como um programa que compreende visita domiciliar, orientação e prevenção de doenças.	Não soube responder.
	Saúde da Família como programa de orientação.	Saúde como ato de ensinar a fim de conscientizar os indivíduos para cuidar-se melhor.
	Saúde da Família como promoção da saúde e prevenção de agravos contextualizada a cada família.	Saúde como bem-estar.
	Saúde da Família como atenção domiciliar e comunitária.	Saúde como bem-estar.
Município três	Saúde da Família como estratégia de atenção à saúde mais próxima do domicílio.	Saúde como viver bem.
	Desconhecimento sobre Saúde da Família.	Saúde como “tudo” que proporciona estar vivo.
	Saúde da Família como assistência à saúde a fim de prevenir doenças.	Saúde como bem-estar.
	Saúde como assistência, promoção da saúde e prevenção de doenças.	Saúde entendida como ausência de doença e avança para a relação dos determinantes sociais.
	Saúde da Família como prevenção de doenças e cuidado com as famílias.	Saúde como orientação a fim de evitar o adoecimento.
	Saúde da Família como representação da própria família.	Saúde entendida como bem-estar.
	Saúde da Família como trabalho em equipe e em grupo.	Saúde como bem-estar.
Saúde da Família como promoção da Saúde para a transmissão do conhecimento.	Saúde como bem-estar	

	Saúde da Família como um programa de cuidado em domicílio	Saúde como “ânimo” para trabalhar.
	Como um programa resolutivo de 85% dos problemas de saúde.	Saúde como bem-estar.
	Saúde da Família como promoção da saúde e prevenção das de doenças.	Saúde como bem-estar.
	Saúde da Família como trabalho em equipe.	Saúde como bem-estar

No município um, a percepção da equipe SF sobre saúde evidencia também diferentes visões entre os agentes entrevistados. Varia entre a saúde como espaço de atuação profissional desde o domicílio às unidades básicas de saúde; saúde com orientação, aconselhamento e revelação de situações da vida cotidiana e como autocuidado. Entre os profissionais de nível superior nesse município, há certo consenso da saúde como bem-estar. Um profissional atribui saúde a um dom.

Saúde é, é, igual assim, no trabalho nosso, orientar as pessoas. No trabalho, a gente se depara com tanta coisa que você nem imagina. Gente de todo jeito, que não tem coragem nem de procurar o serviço de saúde, às vezes se abre com a gente o que não tem coragem de se abrir com os outros (Entrevistado 1).

Saúde para mim hoje ela abrange tudo. Tanto a gente no trabalho no domicílio como aqui dentro da UBS. Se você está exercendo um trabalho, tem que estar bem em seu ambiente de trabalho. A gente não vê isso acontecer nas pequenas cidades, o que se tornou um problema muito grande aqui e que de certo tempo para cá vem se agravando (Entrevistado 2).

Saúde é a pessoa que não sabe se cuidar na higiene e na alimentação (Entrevistado 3).

Conjunto de bem-estar psicológico, psicossocial e não só ausência de doenças (Entrevistado 21).

É uma coisa boa. Temos que trabalhar com dom. Tem momentos difíceis, mais é uma coisa que eu gosto (Entrevistado 12).

Para os agentes do município dois, a saúde apresenta-se como concepção mais próxima, ou seja, na sua maioria os agentes entendem-na como bem-estar, qualidade de vida, constitui-se um ato de ensinar a fim de conscientizar os indivíduos para cuidar-se melhor e como promoção da boa qualidade de vida.

Saúde é cuidar, ensinar, é tudo em nossa vida. No caso nosso conscientizar e cuidar de forma melhor (Entrevistado 5).

Saúde é a pessoa estar se sentindo bem mesmo. Ir na Unidade, ser bem atendido ou encaminhar e dar acompanhamento (Entrevistado 16).

Viver bem de acordo com os meios possíveis de adaptação (Entrevistado 25).

(...) bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença (Entrevistado 19).

Saúde é entendida pelos agentes do processo de trabalho em saúde do município três como alegria, ânimo para trabalhar, vida, ausência de doença, bem-estar, avançando para a relação dos determinantes sociais.

Ânimo para trabalhar; alegria. Saúde é uma benção nas nossas vidas (Entrevistado 11).

Saúde é tudo, é vida, sem ela não somos nada, sem ela não trabalhamos e não podemos conviver com as pessoas (Entrevistado 17).

Completo bem-estar biofísico e social do indivíduo (Entrevistado 23).

Ausência de doenças, condições de moradia, alimentação saudável e condições de trabalho (Entrevistado 6).

A análise das concepções de saúde entre os agentes dos três municípios estudados mostra que quanto menor a qualificação, mais distinta são as compreensões entre os entrevistados. À medida que os profissionais de saúde se tornam mais qualificados, esta concepção torna-se mais clara, chegando mais próxima da concepção de qualidade de vida.

Observa-se no estudo certa semelhança nas respostas dos agentes do trabalho em todas as equipes estudadas. Há evidências de avanços em poucos entrevistados como aqueles que mencionam a integralidade, a questão da resolução de percentual significativo dos problemas de saúde da população e também a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde. A tendência da maioria deles é definir saúde da família como um programa voltado para as famílias e principalmente para os necessitados e realizado através de uma equipe. Em nenhum momento é citado diagnóstico, tratamento e reabilitação como parte do conjunto de ações de saúde ofertadas pela ESF. A ênfase foi apenas na prevenção dos agravos e promoção da saúde, incluindo-se aí distintas concepções sobre as mesmas. No depoimento da maioria dos profissionais de saúde é perceptível o desconhecimento destes sobre o papel da ESF como uma proposta de reorientação do cuidado em saúde. Não houve depoimentos sobre vínculo, acolhimento, controle social, e os usuários são vistos como pessoas carentes e/ou desprovidas de informações sobre os quais os profissionais devem intervir por caridade.

Ao se pensar em saúde como objeto do processo de trabalho em saúde como o produto desejado, aquilo sobre o qual incidiu a ação do trabalhador, o resultado vai desde o

restabelecimento das funções biológicas mencionadas como ausência de doença até uma satisfação subjetiva como ânimo alegria, qualidade de vida, bem-estar, entre outros.

5.4 Práticas Profissionais de Saúde nas ESF da Região Capim Dourado - TO

5.5 Práticas de Saúde no Território

As práticas de saúde correspondem ao resultado da interação de agentes que realizam trabalho no âmbito da saúde. Isso quer dizer que transformam matéria-prima em um produto. No caso particular em que essas práticas se desenvolvem no âmbito da atenção primária à saúde, convém lembrar que representam um espectro amplo que vão desde as ações extramuros no território até as atividades ambulatoriais. Nesse particular, é possível encontrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e também reabilitação.

A análise dos questionários aplicados mostrou algumas divergências de respostas para as mesmas atividades entre os questionamentos espontâneos e os direcionados, a exemplo da visita domiciliar. A visita domiciliar representa uma atividade incorporada no cotidiano por todos os profissionais das ESF. Quando questionado sobre quais atividades são realizadas por eles no território, 73% dos investigados, somados os profissionais investigados dos três municípios, citam a visita domiciliar como parte dessas atividades. Nas atividades assistenciais, esse percentual é de 88% considerando-se a mesma amostra. Todavia, ao responderem à questão fechada sobre atividades normativas, a visita domiciliar passa a ser afirmada por 100% dos profissionais de todas as categorias e municípios estudados. Uma possível interpretação é que embora a visita domiciliar seja realizada por todos os profissionais de modo prescritivo, nem todos possuem consciência de que a mesma corresponde a uma atividade executada em âmbito territorial.

Depois da visita domiciliar, as atividades mais referidas no território são ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos como atividades na escola, orientações, grupos e palestra. Chama a atenção a última atividade mencionada, uma vez que 100% dos ACS do município um, 50% do município dois, e 33% do três não mencionaram tal atividade, mesmo sendo esta uma prática de saúde inerente ao ACS, segundo a PNAB.

Observou-se que as ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde que são realizadas nos municípios estudados apresentaram uma questão intersetorial importante, pois evidenciaram a aproximação com outras instituições, incluindo externas à saúde. Nas equipes analisadas, 69% dos entrevistados afirmam ter parceria com a escola

através do Programa Saúde na Escola-PSE e com a Secretaria de Assistência Social através do CRAS, particularmente quando se consideram as ações com grupos de idosos.

Passando à análise das práticas de saúde desenvolvidas pelos agentes do trabalho, observa-se que no município um, a única atividade inerente a todos os profissionais investigados, quando analisadas as atividades desenvolvidas no âmbito territorial, é a visita domiciliar. Essa atividade foi referida por 100% dos profissionais de nível superior e médio.

Foram citadas outras atividades desenvolvidas em âmbito territorial tais como: trabalhos com grupos, acompanhamento de acamados e idosos, consultas, atividades na escola, atendimento de emergência e acompanhamento de famílias. Essas atividades, todavia, foram citadas apenas uma vez por cada um dos profissionais da ESF do município um, representando um percentual pouco expressivo no conjunto dos profissionais investigados no referido município.

Cabe salientar que palestra foi pouco mencionada pelos profissionais deste município. Embora essa estratégia pedagógica de educação em saúde seja criticada no âmbito da ESF (ALVES, 2005), também não foi apontada pela maioria dos entrevistados nenhuma atividade substituta dessa. Um ACS referiu participar de atividades educativas apenas na escola, e os demais profissionais dessa categoria disseram que já realizaram, mas na atualidade essas atividades foram interrompidas.

Atualmente só na escola. Já aconteceu de fazer na minha casa, igreja, reunir o pessoal para dar palestra, mas hoje não faz mais (Entrevistado 1).

Já fizemos muito, mas faz dois anos que não fazemos mais. O supervisor faz sozinho, não convida a gente (Entrevistado 2).

Foi referida articulação das atividades profissionais dos membros da ESF com outras instituições presentes no território no município um. Nesse particular, mencionaram a escola, o CRAS e o Centro Comunitário, porém sem especificidade para as mesmas.

Com relação ao município dois, 57% do total de membros da equipe investigada referiram a realização da visita domiciliar. Essa atividade deixou de ser mencionada por dois profissionais de nível superior, embora tenha ficado evidente no decorrer da aplicação do questionário, especialmente na parte aberta, que todos os membros da equipe realizam essa atividade. Nesse município, as atividades com grupos de risco e as atividades de educação em saúde na escola são referidos por 100% dos profissionais de nível superior e por nenhum dos ACS, nem técnico de enfermagem, nem auxiliar de saúde bucal. Apenas um ACS referiu realizar palestra sem definir o seu espaço de realização. Nessa equipe, foi ressaltada pelos

entrevistados a existência de articulação intersetorial com o Centro de Convivência, CRAS e PET para realização de atividades com idosos e crianças.

A despeito do município três, a principal atividade referida pelos profissionais da ESF no território é a palestra, embora não tenha sido destacada pelos mesmos a especificidade do local para o seu desenvolvimento. Outra atividade peculiar e referida em todas as categorias de profissionais deste município é a visita domiciliar. Nesse grupo de entrevistados, foi mencionada a realização de todas as atividades do PSF, contudo sem apresentar especificidade sobre elas. Destaca-se no município três, entre os profissionais de saúde bucal de nível médio, a visita domiciliar, as palestras, orientações e escovação supervisionada. Nesse sentido, afirmam desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das doenças nas escolas e em outros locais não especificados pelos mesmos. As atividades realizadas de forma articulada com outras instituições do território também foram mencionadas, assim como nos demais municípios. São desenvolvidas nas escolas atividades do Programa de Saúde nas Escolas - PSE, na Academia de Saúde, Clube das Mães, CRAS, atividades com idosos e nas unidades que há o Programa de Educação pelo Trabalho Infantil - PETI, atividades com crianças e adolescentes.

Os resultados apresentados acerca das práticas de saúde desenvolvidas no território pelas ESF estudadas mostram a incorporação da visita domiciliar, sendo peculiar a todos os profissionais. Embora citadas outras atividades realizadas no âmbito do território, não correspondem a uma atividade cotidiana quando consideradas as diretrizes da PNAB. Segundo essa política (BRASIL, 2011), as atividades no território devem contemplar ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação através de práticas “democráticas e participativas” através do trabalho em equipe dentro de um território adstrito.

As evidências produzidas pela investigação mostram que as atividades desenvolvidas no território pelas equipes estudadas não contemplam alguns elementos propostos por essa política, especialmente as práticas participativas e democráticas uma vez que não foram mencionadas pelos entrevistados. Já as atividades para promoção da saúde foram entendidas pela maioria dos membros das equipes como desenvolvimento de palestras.

Alguns entrevistados mencionaram articulações intersetoriais como o Programa de Saúde na Escola - PSE e ações com idosos no CRAS com a Secretaria de Assistência Social e com crianças e adolescentes no PETI e em outros espaços públicos como clubes, mas não houve esclarecimento acerca das práticas desenvolvidas. A tabela 8 concentra o conjunto de práticas de saúde desenvolvidas no território pelas três equipes estudadas.

Com relação às práticas extramuros realizadas no âmbito da ESF pelas três equipes investigadas, respeitadas as especificidades de cada uma delas, elas convergem para a supremacia de palestras como expressão da promoção da saúde e prevenção de agravos. As visitas domiciliares aparecem nas atividades dos três municípios, embora os entrevistados também não mostrem a consciência da importância da mesma e as atividades desenvolvidas nesse âmbito. Quando aberta a questão para o relato das especificidades, não houve expressão qualitativa do processo da visita pelos entrevistados. Por último, vale salientar que as articulações intersetoriais aparecem nos municípios estudados, mas não há clareza por parte dos entrevistados da necessidade de tal articulação para a promoção da saúde das coletividades que conformam a população adstrita nas ESF estudadas.

Tabela 8 - Atividades no Território

Municípios	Atividades Referidas	Profissionais					
		ACS	TEC	AS B	ENF	MEDI CO	ODO NTO
Município Um	Visita domiciliar	03	01	01	01	01	01
	Grupos						01
	Palestras						
	Acompanhamento de acamados e idosos		01				
	Consulta					01	
	Atividades em escola						01
	Atendimento de emergência					01	
	Acompanhamento de famílias				01		
Busca ativa	01						
Município Dois	Visita domiciliar	02	01	01		01	
	Atividades em escola				01	01	01
	Grupos				01	01	01
	Palestras	01					
Município Três	Visita domiciliar	03	01		01		
	Grupos	03				01	
	Palestras	04	01	01	01	01	01
	Orientação e prevenção	01		01			
	Levar informações	01					
	Todas as atividades do PSF	01					
	Higiene bucal supervisionada			01			
Atividades na escola				01		01	

5.6 Práticas de Planejamento e Programação

Ao serem abordados sobre o desenvolvimento das práticas de planejamento e programação no âmbito da saúde da família, apenas 50% de todos os entrevistados referiram participarem. Todavia quase metade destes que informaram a participação (46%) só o fazem em momentos pontuais de organização de mutirões e campanhas. Ou seja, menos de 30% dos entrevistados participam da elaboração dos instrumentos de gestão. Quando se faz essa análise entre profissionais de nível médio e superior, 44% de todos os profissionais de nível superior referiram participar da elaboração do plano de saúde do município e da programação mensal. Já entre os profissionais de saúde de nível médio, nenhum deles referiu participar de momentos como esse de planejamento e programação.

Do município um, entre os profissionais de nível médio, apenas um ACS admitiu participar de algum momento de planejamento e programação, porém em situações pontuais como campanhas e mutirões.

Participa. Às vezes a gente organiza assim, campanha de vacina, como que vai ser, esse combate à dengue. A gente reúne pra decidir, pra dividir as equipes, saber pra onde vai. Quando a gente se reúne mensalmente, faz entrega de produção e tira as dúvidas com o enfermeiro. Algumas vezes nesse momento a gente planeja alguma coisa (Entrevistado 1).

Entre os agentes de trabalho de nível superior desse mesmo município, 100% referiram participar de tais atividades com certa distinção. Alguns apontaram a participação deles em formas incipientes de planejamento, a exemplo da elaboração de um cronograma de atendimento. Outros referiram participar na elaboração de grandes ações como o plano municipal de saúde. Merece destaque o enfermeiro deste município que mencionou atuar no planejamento das ações de promoção da saúde e na programação mensal, destacando que realiza este planejamento mensal a partir do plano anual, mostrando correlação entre o planejamento municipal e local.

No município dois, 57% do total dos trabalhadores não participam de nenhuma atividade de planejamento. Dos 33% que referiram participar, as médicas disseram que planejam apenas cronograma de atendimento, e a odontóloga e a ASB planejam somente ações da odontologia. Uma ACS disse planejar mutirão e campanhas pontuais quando acontecem. Cumpre ressaltar que no município dois, o processo de planejamento não promove articulação entre os agentes do trabalho da ESF nem entre eles nem com a coordenação no nível central.

Não! Quando chega para nós já chega pronto. Vamos agir (Entrevistado 4).

Não. O secretario sempre fez só. Mas por cobrança da equipe, prometeu que a partir de agora fará em conjunto (Entrevistado 19).

No município três, no que concerne aos profissionais de nível médio, 50% dos ACS e a técnica em enfermagem afirmam participar das atividades de planejamento no caso dos eventos, na organização do trabalho e nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos a exemplo dos mutirões, campanhas, palestra com grupos. Os outros 50% dos ACS e a ASB afirmam que não participam de nenhuma atividade de planejamento.

Nos três municípios, as práticas de planejamento são frágeis, restringindo-se às campanhas e às atividades pontuais sem relação com as necessidades locais de saúde da

população. No município dois, essa questão é ainda mais grave, considerando que houve referência de modo explícito pelos entrevistados de que todos os instrumentos de gestão são elaborados sem a participação dos usuários e trabalhadores do SUS.

Há uma discrepância entre a retórica contida no plano e as evidências produzidas na interação com os entrevistados. Esses, quando indagados sobre suas participações na elaboração do plano municipal de saúde ou acerca dos momentos de monitoramento e avaliação, apresentam suas visões:

O planejamento não é tarefa apenas dos planejadores. Ele deve ser desenvolvido também pelos atores envolvidos na ação, e foi desta forma que planejamos, ouvindo cada um dos participantes, trabalhando com a realidade que a população vive, pois entendemos que planejar não é fazer uma mera declaração de intenções ou listas de desejos. Requer decisões e ações imediatas. Devem conter objetivos que possa ser alcançado, caso contrário perderá a credibilidade (PMS municípios 1 e 2)¹.

As prioridades de atuação traçadas neste Plano são resultados de um trabalho desenvolvido de forma transparente, participativa e democrática, com todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde” (PMS municípios 3 e 2).

Nesse sentido, realizamos várias oficinas de trabalho para levantar subsídios para elaboração do plano. Participaram dessas oficinas dirigentes e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e representantes da Sociedade Civil, com representações das comunidades (PMS municípios 1 e 2).

Tabela 9 - Atividades de Planejamento

Municípios	Atividades Referidas	Profissionais					
		ACS	TE	ASB	ENF	MÉDICO	ODONTO
Município Um	Cronograma de atendimento					01	
	Programação mensal				01		
	Elaboração do plano						01
	Mutirão/campanhas	01					
	Não participa de nenhuma atividade.	02	01	01			
Município Dois	Ações apenas de odontologia			01			
	Cronograma de atendimento					01	
	Mutirão/campanhas	01					
	Não participa de atividades	01	01		01		01
Município Três	De eventos e organização do trabalho	02					
	Ações de promoção e prevenção (mutirão, campanha, palestra, grupos)	01	01		01		
	Elaboração do plano						01
	Programação mensal				01		
	Não participa de nenhuma atividade	03		01		01	

¹ PMS municípios 1 e 2, porque a redação do plano dos dois municípios é exatamente igual.

5.7 Práticas de Monitoramento e Avaliação

Os processos de trabalho são sempre avaliados em função de seus resultados, visando a adequação dos mesmos aos objetivos, necessidades ou expectativas. Ao se buscar saber como as equipes desenvolvem as atividades de monitoramento e avaliação, observa-se que a mesma é pouco incorporada pelas equipes e quando acontece, é devido à obrigatoriedade e não representa o reconhecimento de sua utilidade.

(...) na realidade todos os programas de saúde são de extrema importância, mas a gente tem que dar ênfase naqueles que, que têm prioridades, e a gente pode arrecadar até mesmo com a alimentação do sistema, rendas para o município... (Entrevistado 20).

(...) o que é mais monitorado é a escovação. A escovação e a primeira consulta é o que mais eles exigem (Entrevistado 26).

No conjunto de entrevistados, observados os profissionais dos três municípios, 50% não desenvolvem ou participam de nenhuma atividade de monitoramento. No município um também 50% dos profissionais das ESF afirmam participar de atividades de monitoramento e avaliação. Todavia essa atividade é realizada primordialmente pelos profissionais de nível superior. Apenas o Técnico de Enfermagem entre os profissionais de nível médio, afirma participar das ações de monitoramento e avaliação, embora esporadicamente. A fala de um ACS dá evidências que essa prática parece ser vista como uma atribuição do enfermeiro.

O enfermeiro faz (o monitoramento e avaliação). A gente passa para ele digitar (o relatório mensal de atividades) e na próxima reunião, ele diz onde pode melhorar, onde está regular (Entrevistado 1).

Entre os profissionais de nível superior essa prática é frequente. A odontóloga afirmou monitorar e avaliar a sua área específica. Foi comprovada a realização de monitoramento e avaliação na prática médica pelos registros em pastas de relatórios mensais baseados nos sistemas de informação contendo fotos comprobatórias de ações realizadas.

Da mesma forma do planejamento, o monitoramento e avaliação da ESF no município dois demonstra fragilidade. Apenas um agente Comunitário menciona monitorar o bolsa-família. Os demais profissionais da equipe afirmaram não participar dessa ação e ainda referem que esta responsabilidade tem sido do nível central da Secretaria Municipal de Saúde - SMS. A atividade de monitoramento e avaliação nesse caso corresponde a uma atividade de análise do alcance de metas e desempenho dos membros da equipe.

Lançamos os dados, mas nunca sentamos para avaliar se atingimos, se estamos falhando ou se tem alguma coisa que precisa (Entrevistado 25).

Somente o secretário tem conhecimento da pactuação (Entrevistado19).

No terceiro município analisado, 64% dos profissionais de saúde da ESF participam de monitoramento e avaliação, embora ocasionalmente. Entre os profissionais de nível médio, quase a totalidade dos técnicos e todos os ACS afirmam não participar de monitoramento e avaliação ou participam de forma esporádica. No caso dos profissionais de nível superior, a profissional de saúde bucal afirma que realiza monitoramento e avaliação de escovação por meio da higiene bucal supervisionada- HBS e realiza o acompanhamento da primeira consulta odontológica, indicador de acesso monitorado pelo Ministério da Saúde. Como o município tem alta rotatividade do profissional enfermeiro, ficou difícil a confirmação da efetividade do monitoramento e avaliação dos programas de saúde. Entretanto, o atual supervisor, recém-incerido na equipe se comprometeu a realizar, iniciando por aqueles programas que geram recursos financeiros.

Houve referência nesse município ao fato de ausência de monitoramento ter ocasionado bloqueio de determinadas verbas.

(...) Nós estamos sabendo por fontes de terceiros, nós não temos certeza, que tá sendo cortado até benefícios, a gente não sabe, porque o que depende do agente tá sendo feito (Entrevistado 8).

Os três municípios demonstraram desconhecimento no que tange ao monitoramento e avaliação. Há pouca especificidade nas atividades, não há clareza para os agentes do trabalho investigados sobre essas ações. Todavia quando ações dessa natureza são mencionadas correspondem a práticas de saúde dos profissionais de nível superior e ainda podem representar a fragmentação do trabalho uma vez que certos profissionais realizam apenas o seu pedaço, a exemplo do dentista que monitora apenas as ações de saúde bucal. O monitoramento dos demais programas de saúde implantados no município são realizados pelos enfermeiros e por médicos, destacando-se o município um que apresentou inclusive documentos acerca dessa questão. Cumpre ressaltar que, no município dois, essa atividade, assim como o planejamento, é inerente ao nível central da SMS. Esse município (dois) apresenta o Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade - PMAQ implantado.

Apesar de os secretários de saúde não terem o hábito de tornar público aos servidores o conteúdo dos instrumentos de gestão do município, na apresentação do plano municipal de saúde para o quadriênio 2014 a 2017 os documentos dos municípios 1 e 2 deixam claro que:

Mais do que um documento legal, este Plano é um instrumento padrão para nortear as discussões nos trabalhos intersetoriais e interdisciplinares da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde. (PMS 2014-2017).

É importante lembrar que o Plano Municipal de Saúde, como instrumento de Planejamento mais utilizado no processo de construção do modelo da saúde do Município, deve ser fortalecido através de avaliações periódicas, oficinas com participação de técnicos das diversas áreas. Esta pratica visa principalmente difundir o Planejamento estratégico e participativo no Município e possibilitar um melhor aproveitamento das discussões, avaliações das rotinas e monitoramento das ações executadas. (PMS municípios 1 e 2 Pag. 11).

Tabela 10 - Atividades de monitoramento e avaliação

Municípios	Atividades Referidas	Profissionais					
		ACS	TE	ASB	ENF	MÉDICO	ODONTO
Município Um	Monitoramento e avaliação de relatórios				01	01	
	Monitoramento saúde bucal dos escolares						01
	Participa esporadicamente		01				
	Não participa de nenhuma atividade	03		01			
Município Dois	Bolsa-Família	01					
	Apenas da saúde bucal			01			
	Não participa de nenhuma atividade	01	01		01	01	01
Município Três	Vacina		01				
	Dos programas	01					
	Serão monitorados todos os programas				01		
	Escovação e 1ª consulta Odontológica						01
	Participa esporadicamente	03					
	Não participa de nenhuma atividade	02		01		01	

5.8 Práticas Assistenciais e Normativas

Com relação às atividades assistenciais, observam-se que há coerência com aquelas previstas na PNAB. Portanto, não se encontrou particularidades que distinguisse os três municípios estudados já que as principais atividades assistenciais referidas foram as mesmas em todos os municípios estudados. Assim mencionou-se a visita domiciliar, acompanhamento das famílias, atividades de orientação, avaliação do uso correto de medicação, atividades nas escolas, acompanhamento/monitoramento de crianças, idosos, acamados e portadores de doenças crônicas, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e vários outros atendimentos específicos da ESF.

Segundo a PNAB, a visita domiciliar corresponde a uma atividade inerente à proposta. Nesse caso, 100% dos entrevistados como mencionado anteriormente nas atividades do território. Outras atividades previstas na PNAB são realizadas por categorias específicas. Há evidências que os Programas Especiais são parte das práticas de saúde desse município. Nesse sentido, foram mencionados atendimento aos idosos, adolescentes e também ações de promoção da saúde realizadas em parceria com as escolas.

No município um, a atenção à criança, adolescente e idoso é mencionada por 100% todos os profissionais de nível superior, por 33% dos ACS. Segundo os ACS, eles não são chamados para participarem de ações com idosos e adolescentes, e as crianças são acompanhadas em visita domiciliar. Em contrapartida, os TE e ASB não apontaram atenção às crianças. Foi citado pelo enfermeiro desse município o atendimento da população da zona rural, que não faz parte de seu território adstrito e atendimento de emergência, sendo alternados finais de semana em escala entre ele e a médica nos finais de semana e à noite. A médica realiza como práticas complementares a medicina natural tradicional, utilizando ervas medicinais existentes na região e ventosaterapia.

No município dois, 100% profissionais referiram realizar atenção aos idosos. Também 100% dos profissionais de nível superior relataram desenvolver atividades com todos os ciclos de vida e com as doenças crônicas diabetes e hipertensão. As ações de vigilância epidemiológica foram referidas apenas pelos profissionais de nível superior, totalizando 100% da amostra.

No município três, 100% dos ACS mencionam ações de vigilância epidemiológica, acompanhamento de doenças crônicas, ações voltadas para idoso, adultos e também criança. Apenas 18% de toda a equipe fez menção ao acompanhamento de adolescentes e 26% de ações de DST. Os profissionais de saúde bucal, nível superior e médio, indicaram apenas

visita domiciliar como atividade normativa inerente às funções delas, desprezando as ações inerentes à saúde bucal na ESF. Nesse município, a técnica em enfermagem, além de visita domiciliar e ações com idosos, indicou a realização da coleta de sangue para o teste do pezinho. A análise da tabela 12 mostra que há certa reprodução dos programas ministeriais no âmbito das três equipes analisadas.

Tabela 11 - Atividades normativas

Municípios	Atividades Referidas	Profissionais					
		ACS	TE	ASB	ENF	MÉDICO	ODONTO
Município Um	Visitas domiciliares	03	01	01	01	01	01
	Pré-Natal				01	01	
	Consulta Ginecológica				01	01	
	Assistência à puérpera	02			01	01	
	Planejamento Familiar				01	01	
	Atenção à criança	02			01	01	01
	Pequenas cirurgias					01	
	Ações com adolescente	01	01	01	01	01	01
	Atenção ao adulto	01			01	01	
	Controle de DST	02			01	01	
	Ações voltadas para o idoso	01	01		01	01	01
	Controle de hipertensão	03	01		01	01	
	Vigilância Epidemiológica	01			01	01	
	Controle de diabetes	02	01		01	01	
	Controle da hanseníase	03			01	01	
	Controle da tuberculose	03			01	01	
	Coleta de exame Papanicolau				01	01	
	Outros				01	01	
	Visitas domiciliares	02	01	01	01	01	01
	Pré-Natal				01	01	01

Município Dois	Consulta Ginecológica				01	01	
	Assistência à puérpera	01			01	01	
	Planejamento Familiar				01	01	
	Atenção à criança	02			01	01	01
	Pequenas cirurgias				01	01	01
	Ações com adolescente			01	01	01	01
	Atenção ao adulto	01			01	01	01
	Controle de DST	01			01	01	
	Ações voltadas para o idoso	02	01	01	01	01	01
	Controle de hipertensão	02	01		01	01	01
	Vigilância Epidemiológica				01	01	01
	Controle de diabetes	02	01		01	01	01
	Controle da hanseníase	02			01	01	
	Controle da tuberculose	02			01	01	
	Coleta de exame Papanicolau				01		
Outros							
Município Três	Visitas domiciliares	06	01	01	01	01	01
	Pré-Natal				01	01	
	Consulta Ginecológica				01	01	
	Assistência à puérpera	05			01	01	
	Planejamento Familiar				01	01	
	Atenção à criança	06			01	01	
	Pequenas cirurgias				01	01	
	Ações com adolescente	02			01		
	Atenção ao adulto	06			01	01	
	Controle de DST	02			01	01	
	Ações voltadas	06	01		01	01	

para o idoso						
Controle de hipertensão	06	01		01	01	
Vigilância Epidemiológica	06			01	01	
Controle de diabetes	06	01		01	01	
Controle da hanseníase	06			01	01	
Controle da tuberculose	06			01	01	
Coleta de exame Papanicolau				01	01	
Outros		01	01			

5.9 Práticas de Saúde na APS na Região Capim Dourado no Tocantins: Conformidades com a PNAB

De acordo com a PNAB publicada em 2011, as ações de saúde realizadas na atenção básica devem contemplar a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação utilizando de práticas “democráticas e participativas, desenvolvendo um trabalho em equipe, dentro de um território adstrito”. Nesse sentido, observou-se no município um, o desenvolvimento de atividades no território. No entanto destaca-se que o mesmo não tem incorporado práticas capazes de resolver os problemas de saúde da comunidade ou até mesmo de minimizar certos danos e sofrimento. A responsabilização entre profissionais e usuários também não foi identificada no estudo.

Saúde da família tinha que ter um trabalho mais intenso junto as pessoas, um trabalho que começasse e terminasse. É o que não vejo mais acontecer (...) (Entrevistado 2).

Quanto às ações setoriais e intersetoriais, também previstas na PNAB que impactem nos condicionantes e determinantes da saúde da coletividade daquele território, observou-se na análise das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde da família das equipes investigadas, que, embora existam articulações intersetoriais representadas pela parceria com a Secretaria de Assistência Social e as escolas do território, não ficou evidente quais os possíveis impactos nos condicionantes e determinantes, já que as referidas ações são apenas palestras e acompanhamento de idosos.

Uma das atribuições comum a todos os membros da equipe conforme a PNAB é participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações da equipe, unidade e município, com vista na readequação do processo de trabalho. Quanto a essa questão, no município um, ficou evidente que apenas o enfermeiro faz a programação mensal de toda a ESF e por sua vez, a ESB realiza seu planejamento separadamente. Somente na ocasião da elaboração do PMS ocorre a participação da saúde bucal para que constem as ações de odontologia no mesmo. Ademais, o profissional médico também realiza seu planejamento individualmente. Nota-se que metade da equipe não participa dos processos de planejamento, programação, monitoramento e avaliação ou então o faz esporadicamente.

Além disso, o acesso a serviço de saúde de qualidade e de forma resolutiva é uma garantia aos usuários da AB de acordo com a PNAB. Isso se deve às ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, através de atendimentos espontâneos ou programáticos, com ações coletivas e de vigilância. Essa questão não está garantida nem com as ações territoriais, nem com as assistenciais e nem por meio das ações de planejamento, programação nesse município. Acresce-se que a PNAB menciona que a AB visa coordenar a integralidade nos seus diversos aspectos necessitando, para tanto, alto grau de articulação entre os profissionais para que se tenha um processo interdisciplinar centrado no usuário e não no profissional. Essa articulação não aconteceu no município um. As ações estão sendo realizadas de forma isolada e não em equipe.

Saúde da Família é trabalhar em conjunto (...) Equipe, ter a equipe junta, não existe isso aqui. Então ficou muito “euquipe” (...) (Entrevistado 2).

Nas atividades normativas, o município um apresenta acompanhamento de todos os ciclos de vida, desenvolve ações de vigilância, atuando em diversos programas preconizados pelo MS. Esse município desenvolve ainda práticas complementares de ventosaterapia e medicina natural estimulada pela PNAB.

A título de síntese, o município um apresenta alguma similaridade com a PNAB quando observadas as atividades normativas. Todavia a ausência de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como planejamento, programação, monitoramento e avaliação aproxima as práticas de saúde dos profissionais de SF desse município como espaço de reprodução do modelo médico hegemônico e, por sua vez, afastado dos pressupostos da PNAB. Como o território é o espaço onde acontecem as atividades da ESF, supunha-se que fosse referido um maior número de práticas desenvolvidas pela equipe, contudo foram

mencionadas atividades na escola e grupos por todos os profissionais de nível superior e palestra por um ACS. A visita domiciliar, atividade essencial da equipe, deixou de ser citada por 66% dos profissionais de nível superior.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nesse município mostram-se ampliadas com relação ao município um, uma vez que o trabalho mostrou a realização de práticas dessa natureza em espaços comunitários como Escola, Centros de Convivência, CRAS e PETI, embora não fique evidente quais são as ações concretas realizadas nesse espaço, além das palestras.

A atividade de planejamento e programação neste município aparece como exclusiva do secretário de Saúde apesar de o plano municipal de saúde afirmar que ela foi realizada em parceria com a comunidade e com os profissionais de saúde, sendo que estes nunca foram apresentados aos mesmos, o que é totalmente contrário ao regido na política. Cabe acrescentar que acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas visando a readequação do processo de trabalho consiste em recomendação da PNAB, porém a maior parte dos profissionais da ESF desse município participou de algum momento de monitoramento e avaliação, exceto a técnica em enfermagem que refere como função o monitoramento do bolsa-família e a ASB que acompanha as ações de saúde bucal. Há ainda o registro no âmbito da SF de um plano municipal de saúde do qual os profissionais não participaram da elaboração, assim como a desconexão entre os processos de monitoramento e avaliação entre os membros das equipes. Pode-se acrescentar ainda que nesse município os entrevistados afirmam nunca terem participado de nenhuma reunião de equipe onde houvesse comunicação entre os distintos níveis de gestão.

Nossa dificuldade é falta de interação entre os membros da equipe (Entrevistado 25).

As atividades normativas são desenvolvidas pela equipe do município dois da mesma forma que os outros municípios. A atividade com grupo de idosos, em parceria com o CRAS, também referida por todos os municípios, tem um diferencial positivo no município dois que é a participação de todos os membros da equipe.

No município três há um agravante que é a troca constante do enfermeiro supervisor, sendo um elemento impactante no processo de trabalho da equipe. Com relação ao planejamento, programação, monitoramento e avaliação, esse município segue a mesma tendência dos demais analisados anteriormente: não há participação de todos os membros da equipe e quando acontece, é realizado por categorias profissionais e de forma isolada, a

exemplo da odontologia. Por se tratar de um enfermeiro supervisor novo no município, evidenciou-se o compromisso de monitorar os programas previstos na ESF. Nesse município há realização das atividades assistenciais previstas nos protocolos da AB.

A PNAB aponta que trabalho interdisciplinar e em equipe com integração de áreas técnicas e profissionais, com alto grau de articulação entre eles, amplia a capacidade de cuidado de toda equipe. A política coloca ainda esse trabalho interdisciplinar como o norte da ESF na substituição das práticas tradicionais centradas em procedimentos e profissionais por um novo processo de trabalho. Quanto ao trabalho em equipe observou-se que nos três municípios analisados, as ações realizadas por mais de um membro da ESF têm sempre o ACS contido e na maioria das vezes é só ele e mais algum outro membro da equipe.

Apesar de estarem normatizadas as atribuições de todos os profissionais da atenção básica, entre outras, há realização de pequenas cirurgias por médicos e dentistas, que são atividades individuais e coletivas com resolutividade, atendendo, dentre outros, grupos específicos como gestantes, idosos, crianças, hipertensos etc. Os profissionais dos três municípios relataram duas ou no máximo três atividades inerentes às suas atribuições no território.

A análise das práticas no território chamou a atenção para uma situação importante que consta na PNAB, porém não foi relatada pelos entrevistados que é a ausência da participação do usuário nem como corresponsável em seu processo saúde doença nem para o controle social.

5.10 Práticas Profissionais na ESF e os Desafios do Cotidiano

Os dados apresentados a partir desse estudo fazem uma interface entre gestão, município e processo de trabalho das equipes ESF mostrando uma série de limitações numa relação problemática entre gestão local e processo de trabalho, que levam a uma imensa vulnerabilidade do ponto de vista das práticas.

Por se tratar de uma região de difícil acesso, a maior dificuldade reconhecida por todos os agentes do processo de trabalho do município é o acesso às ações e serviços de saúde. Como já mencionado anteriormente, são 317 quilômetros a distância até a referência, a capital Palmas. É uma estrada com diversas áreas de atoleiros, muita areia e conseqüentemente muita quebra dos veículos, que passa a ser mais um agravante na situação. Gasta-se, em média, 6 horas de viagem para a referência de emergência e alta complexidade. Essa dificuldade foi referida por todos os membros da equipe.

Se sai uma pessoa pra Palmas doente, a gente não sabe se ele chega lá (Entrevistado 1).

Outra dificuldade encontrada e referida foi a sobrecarga de serviço para o enfermeiro por ter que assumir duas equipes: ESF e PACS da zona rural, enquanto a enfermeira, que é cedida pelo Estado ao município, vai à unidade muito raramente apenas para assinar a frequência, tendo como contribuição ceder seu nome para o cadastro da equipe. Com essa sobrecarga, segundo ele, deixa-se de realizar muitas ações como, por exemplo, capacitações. Essa é uma das reclamações de ACS. Há ainda a sobrecarga. Além das 40 horas semanais, o atendimento das emergências nas noites, finais de semana e feriados foi mencionado entre médica e enfermeiro.

Além desses, foi citada a falta de comunicação, de capacitação, de apoio ao ACS e dificuldade de acesso das pessoas da zona rural à UBS por se tratar de um município de extensa área territorial.

A dificuldade referida com maior frequência pelos profissionais do município dois é a sobrecarga de trabalho. Mesmo sendo esse município com a menor população da região, 1.532 habitantes. Essa quantidade é bem inferior ao limite de população definida para acompanhamento da equipe ESF que pode chegar até 4 mil habitantes.

Os profissionais foram perguntados sobre as atividades desenvolvidas por cada membro da equipe para entender os motivos da sobrecarga. Foi mencionada a existência de quatro enfermeiros lotados na unidade que atende uma população de 1532 pessoas. A averiguação dessa informação no portal transparência trouxe registro de duas enfermeiras no quadro de pessoal do município, uma concursada e outra contratada. A contratada é coordenadora da atenção básica, da vigilância epidemiológica e da unidade de saúde. Além disso, sem acréscimo em sua remuneração, ela faz plantão noturno para atendimento de emergência durante a semana. Já nos finais de semana, quem atende as emergências é a enfermeira concursada que trabalha apenas final de semana. Durante a semana, ela trabalha em outra atividade como professora. Apesar de não ter encontrado registros da terceira enfermeira contratada pelo município, há relatos de que esta trabalha na unidade tendo como sua responsabilidade a sala de vacina. Além das três enfermeiras do município ainda há a quarta que é cedida pelo Estado e trabalha três dias por mês fazendo triagem.

A dificuldade de acesso à referência apontada é provocada pelas mesmas situações descritas no município um, sendo mencionada a estrada como fator limitante. Para algumas

especialidades médicas, é preciso passar meses aguardando pelo agendamento e às vezes, quando ele chega, o paciente perde a consulta por falta de transporte. Esse município, de toda a região Capim Dourado, é o que apresenta menor índice de internação hospitalar (0,35%), seguido do município um com (0,56%). Esse índice tão baixo em municípios tão carentes como estes leva a uma interrogação sobre a questão do acesso.

A comunicação interna também foi evidenciada como dificuldade trazida principalmente pelos profissionais de nível superior. Eles referem que cada coordenação trabalha isoladamente e que nunca participaram de reunião onde pudesse haver uma articulação entre elas. Essa falta de comunicação leva a outra dificuldade que é o trabalho em equipe. Sem comunicação, não tem como existir responsabilidade coletiva do trabalho e ocorre um baixo grau de interação entre as categorias profissionais.

O planejamento, que de acordo a PNB (Brasil, 2012), é uma atribuição básica de cada membro da equipe, aqui aparece como um grande entrave. Foi a prática menos mencionada por todos que, segundo eles, nunca tiveram acesso a qualquer ato de planejar, monitorar ou avaliar. Foram unânimes em dizer que esta é uma ação individual do secretário de Saúde e que nunca tiveram acesso nem mesmo pra conhecer algum instrumento de gestão apesar de que o plano municipal, que é idêntico ao do município três, mudando apenas os dados quantitativos, diz que o mesmo foi construído num trabalho em equipe dos profissionais e comunidade, que chegaram ao diagnóstico situacional de saúde. A partir dele elaboraram um plano de enfrentamento dos problemas.

O desenvolvimento das práticas profissionais de saúde nas ESF do município três tem sofrido várias interferências negativas provenientes do ambiente interno e externo relatadas por vários profissionais das diversas categorias repetidamente, percebendo-se que são dificuldades realmente comungadas por todos.

Vindo do ambiente externo, foi apontada pelos membros da equipe a influência política, que é muito forte e negativa nos municípios mais carentes como este. Os adversários políticos, inclusive aqueles que estão dentro da própria equipe, estão sempre imbuídos em prejudicar o trabalho do gestor.

Toda a fragilidade no processo de trabalho desse município começa pela gestão, que não tem cumprido suas funções primordiais de planejamento, organização, direção e controle. É um cargo de escolha por critério político e completamente dependente do profissional enfermeiro para o desenvolvimento de seu papel. Nos últimos três anos, já passaram pela Secretaria Municipal de Saúde três gestores, mas a nenhum deles foi dada autonomia.

Reflexo dessa ingerência na saúde é a reclamação frequente dos servidores de falta de condições de trabalho, apoio ao profissional, material, equipamento, falta de comunicação.

(...) a gente não tem o suporte que deveria ter. Para atender bem a comunidade tem que ter condição de trabalho (Entrevistado 6).

(...) o principal problema aqui é a falta de conhecimento do gestor e de alguns profissionais (Entrevistado 20).

Falta de incorporação do planejamento é mais um desafio para o município três. O plano de saúde existe, e por sinal muito bem elaborado, inclusive com a mesma redação do plano do município dois, mas com limitações na sua efetividade. A ausência da realização de um trabalho planejado somada a todas as outras fragilidades colocadas aqui têm provocado insatisfação não só nos trabalhadores, mas também na comunidade, como mostra trechos da entrevista sobre as principais dificuldades no trabalho:

Perda da credibilidade da comunidade no trabalho da equipe, porque as coisas não acontecem (Entrevistado 8).

Falta compreensão do povo que fica chateado com a gente pelas coisas que faltam. (Entrevistado 11).

A territorialização é um dos princípios norteadores da ESF que também tem sido descumprida neste município. A reclamação foi maior por parte das técnicas em enfermagem e auxiliar de saúde bucal que expressaram sobrecarga de trabalho devido ao grande fluxo de atendimento à demanda espontânea ocasionada principalmente pelo atendimento de elevado número de emergências odontológicas, e a demanda ser muito grande para uma só equipe. O que é notório diante de uma população de 3957 habitantes (IBGE, 2010), que é limítrofe para ser atendida por apenas uma equipe de saúde visto que a PNAP (2012) traz como limite máximo 4 mil pessoas e recomenda uma média de 3 mil pessoas, mas que deve ser considerado o nível de vulnerabilidade das famílias daquele território que, quanto maior for, menor deverá ser a quantidade de pessoas. Este município, bem como os outros dois que fazem parte desta pesquisa foram escolhidos exatamente por serem os três municípios da região em que as famílias apresentavam maior vulnerabilidade evidenciada por apresentarem: maior desigualdade de distribuição de renda - índice de Gini, menor índice de Renda Proveniente do Trabalho, menor Índice Desenvolvimento Humano - IDH, maior taxa de analfabetismo, maior percentual de nascidos com baixo peso, elevada taxa de mortalidade infantil.

Mais um fator limitante na reorientação das práticas da ESF no município três é a infraestrutura. Foi referido pelos entrevistados que no município há um espaçoso prédio destinado à Secretaria Municipal de Saúde, que está há três anos em reforma. Desde então tem ocorrido uma fragmentação do serviço em quatro locais diferentes. A sala dos ACS, a farmácia e a sala de vacina funcionam na academia de saúde. As consultas e procedimentos básicos, na unidade de saúde. O sistema de informação em saúde no CRAS. A coleta de exames e vigilância epidemiológica em outro prédio. Essa fragmentação, além de dificultar o trabalho e interação da equipe, tem provocado também uma insatisfação na comunidade.

Não menos importante que as dificuldades referidas e destacadas acima, foi colocado também como um grande problema a alta rotatividade de enfermeiro. Segundo relatos, nessa gestão já se trocou nove vezes o enfermeiro da equipe, o que atrapalha a operacionalização da ESF não só no quesito vínculo profissional e família, como também no desenvolvimento de todas as outras atividades, uma vez que essa equipe tem passado a maior parte do tempo sem enfermeiro e não foi atribuída a responsabilidade de coordenar a mesma a nenhum outro profissional nesse período.

(...) a gente agenda a consulta para puérpera ou gestante e quando pensa que vai acontecer, o profissional já foi embora (Entrevistado 8).

(...) quando eles chegam (os novos supervisores) ficam inteirando da situação, fazendo planejamento com a gente, quando ele vai começar a sair para rua ou atender a comunidade, já é tempo que está indo embora (Entrevistado 9).

(...) a maior dificuldade é fazer acontecer aquilo que foi falado (planejado) nas reuniões” (Entrevistado 6).

6 DISCUSSÃO

O trabalho aqui apresentado teve como propósito investigar o processo de trabalho dos profissionais de saúde das ESF com foco nas práticas. Inicialmente cabe registrar alguns limites apresentados pelo próprio processo metodológico uma vez que o instrumento aplicado aos sujeitos da pesquisa, por se tratar de um instrumento semiestruturado, nas respostas os entrevistados privilegiaram a resposta fechada. As respostas qualitativas apresentaram limites para o esclarecimento do processo de trabalho em saúde. Do ponto de vista teórico, a leitura de terceiros também se constituiu um entrave haja vista que não haver aproximação ao autor do processo de trabalho na sua origem.

Os resultados dessa investigação reiteram os de estudos anteriores acerca do processo de trabalho na ESF. Isso porque a investigação apresentada revelou que as práticas de saúde dos profissionais de saúde da família dos três municípios que fizeram parte do estudo da Região Capim Dourado do Estado do Tocantins correspondem a práticas normativas resultantes do cumprimento dos programas ministeriais. Embora as práticas de saúde realizadas pelas ESF apresentem-se “relativamente” em consonância com a PNAB, existem ainda grandes desafios no cotidiano destas equipes quer seja pelos desdobramentos da rede de serviços de saúde, particularmente a infraestrutura; quer seja pela gestão municipal. Dentre eles destaca-se: sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, dificuldade de acesso à referência, falta de incorporação do planejamento e monitoramento como atribuição comum a todos os membros da ESF, alta rotatividade de profissionais de nível superior, ingerência, ausência de interação entre gestores e processo de trabalho das ESF.

Resultados semelhantes foram encontrados por Marqui *et al* (2010), particularmente quando abordam esses problemas em municípios de pequeno porte, e por Zatelle, Damo & Weege (2013), Trindade & Pires, (2013), Shimizu & Junior (2012) e Aquino, *et al* (2014). No seu conjunto, essas investigações apresentam resultados semelhantes e acréscimos, embora tenham sido realizadas em diferentes municípios e regiões do Brasil, quais sejam: problemas gerenciais, excesso de burocracia, insuficiência e má administração de recursos, baixa resolutividade dos serviços, forte influência político-partidária do tipo clientelista e precariedade dos contratos com instabilidade do vínculo trabalhista o gera alta rotatividade dos profissionais das equipes ESF. Além deles, revelam ainda outros problemas como a falta ou deficiência de infraestrutura nas unidades de saúde, insuficiência dos recursos necessários para realizar atividades do cotidiano, dificuldades com o trabalho em equipe, precariedade ou inexistência de veículos, individualização do trabalho, falta de planejamento das atividades ou

divisão do trabalho entre formuladores e executores, repetição das tarefas, dificuldades no sistema de referência e ausência de contrarreferência, fragilidade da comunicação formal entre os diferentes níveis hierárquicos, pouca interação com a comunidade; falta de adesão, cooperação, engajamento, motivação, participação da comunidade; manifestação de sofrimento expresso na forma de estresse, frustração e insegurança. Ocorre excesso de trabalho, pois o número de famílias atendidas pela equipe é maior que o ideal. Há falta de investimentos em reuniões de grupos e em profissionais qualificados.

Apesar de os três municípios pesquisados terem enfermeiros do Estado há vários anos cedidos para estes, nenhum deles cumpre carga horária ou tem atribuições específicas. Para todos eles há sobrecarga dos profissionais enfermeiros que, além de serem coordenadores da equipe, são também da atenção básica, vigilância epidemiológica, UBS e atendem urgência e emergência fora do horário de atendimento da ESF. A sobrecarga de trabalho desses profissionais na ESF já foi resultado de investigações realizadas por vários autores (MARTINS *et al*, 2014; TRINDADE e PIRES, 2013; LIMA, 2011).

O estudo de Trad e Rocha (2011) revelou dificuldades semelhantes às identificadas e descritas neste estudo, com destaque para concentração de tarefas da enfermeira mesmo ela achando que as responsabilidades deveriam ser compartilhadas por todos os profissionais de nível superior. Outro destaque semelhante ao do estudo em discussão é a divisão de tarefa entre os profissionais de nível médio e superior. A divisão de poder e tomada de decisão são centradas nos profissionais de nível superior.

Uma particularidade descoberta no trabalho de investigação foi a alta rotatividade de profissionais enfermeiros. Nos três municípios, estes são os profissionais que estão há menos tempo atuando no município e todos relataram a má remuneração e as más condições de trabalho. A literatura tem se preocupado em investigar a rotatividade dos profissionais médicos e enfermeiros conforme mostra o estudo de Medeiros *et al* (2010). O desdobramento dessa problemática com a fixação dos profissionais médicos em áreas de difícil acesso foi a implementação do Programa Mais Médicos - PMM. Esse estudo mostra que as equipes de saúde investigadas por nesse trabalho foram contempladas por esse Programa de modo que a rotatividade médica passou a não ser mais uma preocupação para as ESF desse estudo pelo menos por um tempo.

Quando analisadas as práticas de saúde dos profissionais da ESF, verificou-se a falta de incorporação do planejamento, programação local, avaliação e monitoramento por parte de

todos os membros da equipe. Resultados semelhantes foram encontrados nos trabalhos de Vilasbôas e Paim (2008) e no estudo de Sarti *et al* (2012).

As evidências apontaram que a própria compreensão do planejamento como prática de saúde da ES é muito distante das concepções inclusive previstas pela PNAB. Para o documento, o planejamento, programação, monitoramento e avaliação representam estratégias para aproximar as práticas da necessidade de saúde da população.

O plano Municipal de Saúde dos municípios um e dois, por terem redação idêntica, parecem terem sido elaborados por terceiros sem participação dos profissionais de saúde e da comunidade, embora em sua apresentação faça menção dessa participação, enfatizando ainda a importância da mesma. Particularmente foi explicitado pelos trabalhadores de saúde das ESF dos municípios investigados a não participação na elaboração do mesmo. Quando houve alguma participação dos agentes do trabalho no processo de planejamento nos três municípios investigados, essa ocorria pelos profissionais de nível superior. Esse resultado foi encontrado também por Silva & Trad (2005), que evidenciaram que o planejamento e avaliação das ações são realizados apenas pelos profissionais de nível superior e de forma individualizada, sendo apenas socializado para os profissionais de nível médio, além do preenchimento dos instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB que cumprem formalidade de subsidiar o planejamento das ações.

Segundo Paim (2006), as elaborações dos Planos de Saúde em todo país apresentam essa mesma lógica. Para o autor,

muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de “para não dizer que não falei de flores”, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos, e com a saúde da população (PAIM, 2006; p.778-779).

Para Bahia *apud* Paim (2006), quando as pessoas são sensibilizadas e comprometem-se com a mudança da situação atuam de forma a transformá-la. Um dos fatores que os motiva é o fato de tomarem conhecimento sobre o significado de seu trabalho. Se os gestores de saúde tiverem consciência que o planejamento ajuda a mobilizar vontades, eles estimularão maior participação das pessoas no mesmo. Vale ressaltar que o próprio Ministério da Saúde, no documento Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização considera a avaliação em saúde ainda um processo incipiente, pouco incorporada nas práticas de saúde e quando incorporada, ainda tem um caráter prescritivo, burocrático e punitivo. Ainda não é considerada um instrumento de suporte ao processo decisório (BRASIL, 2005).

Essa problemática pode ter tido ressonância nas práticas de saúde dos agentes do trabalho das ESF dos municípios investigados. Isso porque as práticas de saúde encontradas nas ESF investigadas representam certa reprodução dos Programas ministeriais sem uma análise da situação de saúde da população adstrita, com reprodução das atividades mais comuns presentes na PNAB. Isso se torna ainda mais curioso quando relacionado com o perfil dos agentes do trabalho das ESF analisados por esse estudo. Em geral trata-se de pessoas antigas na Saúde da Família, com ressalvas apenas para os enfermeiros e os médicos, com vasta experiência na área e cuja expectativa seria de uma atuação voltada para a APS. Vale ressaltar que apenas uma médica cubana parece relacionar nas suas práticas de saúde na ESF o planejamento, monitoramento e avaliação como ferramenta para alterar a situação de saúde dos usuários adscritos à ESF. Talvez essa questão esteja relacionada à própria formação médica, pois, segundo alguns autores como Delgado (2004) e Costa Gomez (2010), a formação em Cuba volta-se para a APS diferentemente da realizada no Brasil.

Isso se revelou ainda mais grave quando relacionado às concepções e práticas de saúde de saúde da família apresentadas pelos entrevistados. Segundo Mendes Gonçalves (1979), o produto do trabalho muda em função da finalidade e da relação de cada agente com o seu objeto. Sendo assim, embora os agentes mencionem perspectivas distintas e algumas emancipadoras do ponto de vista das práticas de saúde, os resultados do trabalho mostram contradições acerca dessa relação e certa tendência de reproduzir as práticas de saúde cotidianas. Práticas essas frutos dos modelos hegemônicos de atenção: médico hospitalocêntrico e também o sanitarista. Nesse caso, a SF na Região Capim Dourado do Tocantins aproxima-se mais de um espaço de conservação e não de mudança do modelo de atenção (TEIXEIRA *et al*, 2014). Segundo Savassi (2012), a permanência do modelo hegemônico corrompe o processo de trabalho nas ESF. Para o auto:

Há que se investir fortemente na qualificação dos profissionais que trabalham nestas instituições, na recompensa para aqueles profissionais que realmente consigam imprimir qualidade no serviço e na ambientação destes serviços (SAVASE, 2012, p. 73).

Talvez essa questão seja um limitador importante nas equipes investigadas. São profissionais de saúde com um tempo considerável na ESF cujo perfil evidenciou ausência de qualificação, já que poucos profissionais possuem outros níveis de qualificação. Há poucos com especialização entre os membros das equipes investigadas. Com exceção dos ACS e dos ASB, que possuem formação técnica com enfoque em saúde da família, a participação dos

demais profissionais em cursos de qualificações voltadas para saúde da família, a exemplo do treinamento introdutório ou especializações, não foi referida por nenhum deles nem foram mencionados esforços dos municípios para a educação permanente. Assim a baixa qualificação dos profissionais em SF configura-se como um fator limitante ao desenvolvimento das práticas de saúde da ESF. No caso particular do presente estudo, mesmo aqueles profissionais que já estão há bastante tempo inseridos na equipe investigada e aqueles que já tiveram experiências em outras equipes não demonstraram propriedades no conhecimento das práticas da AB. Savassi (2012) chama a atenção para essa realidade de forma muito enfática ao dizer que é preciso “*investir fortemente na qualificação dos profissionais*” (p. 72) no âmbito da saúde da família. Nesse particular, o trabalho pode acabar por se traduzir em processo de alienação com a reprodução de tarefas individuais, desarticuladas e especializadas, comprometendo as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes de profissionais.

Embora o trabalho tenha evidenciado que muitos dos agentes do trabalho possuem a compreensão da necessidade do trabalho interdisciplinar e em equipe e de integrar áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, essa questão foi apontada pelos entrevistados como uma das principais características e também um dos maiores entraves no desempenho do papel da ESF. Observou-se nesse estudo que as equipes são constituídas por diversas categorias. As equipes encontravam-se completas no momento da investigação, mas trabalhavam isoladamente. Equipes assim são definidas por Peduzzi (2001) como equipe agrupamento, pois se caracterizam pela fragmentação das ações e agrupamentos dos agentes. Para a autora, o desafio é tornar essas equipes agrupamentos em equipes integração, onde haja interações dos agentes e suas respectivas ações.

No que concerne à ausência de integração, a ESB chamou a atenção já que as equipes analisadas nos três municípios têm como prática planejar, executar e avaliar separadamente. Mesmo aqueles membros dessa equipe que participam da elaboração do plano atuam de forma pontual nas ações de saúde bucal. Eles próprios, como é o caso da odontóloga do município dois, relatam que a falta de integração é um desafio a superar. Portanto, a integração entre a ESF e a ESB é fundamental para o desenvolvimento do trabalho nas ESF. Evidências produzidas por Pimentel *et al* (2012) em pesquisas realizadas no estado do Paraná e também por Baldani *et al* (2005) mostram que é fundamental o envolvimento e articulação entre as equipes ESF e as ESB.

Outros autores afirmam a importância do trabalho em equipe de forma interdisciplinar como elemento importante para o campo da saúde, embora reconheçam ser um processo em construção. Silva *et al* apud Dias da Costa *et al* (2009) apresentam resultados de estudo sobre o trabalho da equipe multiprofissional. Conforme relatam, há a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, o que corrobora para os achados do presente estudo. Esses achados foram encontrados também por Silva e Trad (2005), confirmando que há pouca articulação entre as ações no âmbito do processo de trabalho da equipe saúde da família, sendo mais evidente entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Para as autoras, a comunicação se dá basicamente para a troca ou transmissão de informação de caráter técnico.

A infraestrutura nos três municípios é insuficiente, faltando sala de reuniões, sala do ACS e no caso do município três, inadequada para a realização das ações da AB, visto que a PNAB rege que as Unidades Básicas de Saúde devem ser instaladas perto de onde as pessoas “moram, trabalham, estudam e vivem”, garantindo assim à população o acesso e uma atenção à saúde de qualidade. No município três, os serviços da atenção básica estão divididos em quatro locais diferentes, gerando transtorno aos usuários, principalmente aqueles que têm mobilidade reduzida. A falta dos insumos necessários para o funcionamento das UBS são motivos de reclamações por parte dos profissionais de saúde dos municípios um e três. Essa questão também foi encontrada como resultado do trabalho de Cotta *et al* (2006) onde o autor destaca que a falta de transporte, de infraestrutura e de equipamentos como as principais dificuldades enfrentadas para a realização do trabalho pelas equipes do PSF no município de Teixeira-MG. Nessa direção, Reis *et al* (2007) contribuem ao mencionar que a infraestrutura é necessária na garantia da integralidade da assistência, portanto precisa ser modificada. Todavia, de nada adianta a adequação das mesmas se não ocorrerem alterações no processo de trabalho, na gestão e na formação. Para os autores: “*é preciso repensar o objeto da atenção (o problema de saúde) uma vez que ela mexe com formas seculares dos modos de se produzir saúde*” (p. 663).

A falta de comunicação interna foi tida como um dos desafios a ser superado não só dentro das categorias como também entre elas e da gestão com a equipe e considerada pelos entrevistados como elemento prejudicial ao desenvolvimento do trabalho. Sobre esse ponto, os ACS referiram a mudança de famílias de um microárea para outra sem que os colegas comuniquem ou repassem as informações daquela família para o ACS como prejudicial ao trabalho. Vale ressaltar que de uma categoria profissional para outra, a falta de comunicação

foi apresentada como algo que constrange o desenvolvimento do trabalho entre as equipes estudadas. O desafio da comunicação e a transferência de informações necessárias para a coordenação da atenção já foram registradas por Starfield (2002) como os maiores desafios da AB. Também Trad e Rocha (2011) apontam que a escassez de momentos coletivos de discussão compromete a integração da equipe, a análise da situação de saúde do território e o planejamento das ações.

Ainda foi relatada a falta de comunicação com os usuários uma vez que eles têm dificuldade de absorver as informações. Os resultados do trabalho realizado por Reis *et al* (2007) convergem para os resultados dessa investigação, isso porque se observou que os trabalhadores de saúde tinham uma intensa necessidade de passar informações, desconsiderando a questão da escuta qualificada para organizar o trabalho na ESF. Expressão dessa necessidade de passar informação foi evidenciada nas práticas quase generalizadas de realização de palestras. Ou seja, não foi mencionada nenhuma outra forma de desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Não foi citada por nenhum entrevistado a participação dos usuários como corresponsáveis pela saúde ou como controle social. Essa falta de lembrança leva a crer que a comunidade convive com ESF onde os próprios agentes de trabalho em saúde a definem como um programa assistencialista. A participação da comunidade é considerada importante para a qualidade da administração pública municipal e o SUS. A expressão desta sobre as expectativas e satisfação quanto ao uso dos serviços direcionará a tomada de decisão para o atendimento das necessidades dos usuários, gerando satisfação, aceitabilidade e credibilidade (RIGHI, SCHMIDT; VENTURINI, 2010). Diversos motivos podem acarretar a baixa participação da comunidade. Zatele, Damo, Weege (2013) dão alguns exemplos como: os temas não correspondem a suas necessidades; falta de interesse em participar; horário inviável; falta de tempo; falta de estratégias para ações bem estruturadas; desajuste entre os objetivos da equipe e objetivos da população. Os mesmos autores sugerem, para aumentar a participação da comunidade no processo de saúde, que a equipe desenvolva atividades criativas e eficientes com foco na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

Outro fator limitante que ainda se apresenta em pequenos municípios é a baixa capacidade dos gestores para exercer as competências conforme proposto pela política. A ingerência e ausência de interação entre gestores e processo de trabalho e o desconhecimento da PNAB são perceptíveis nas falas e na observação direta em todos os municípios pesquisados. As transformações necessárias na ESF dependem muito da atuação deste, sendo

capaz de desenvolver mecanismos mais eficazes tanto na busca da qualidade dos serviços, como na melhoria das condições de trabalho, o que ainda é um desafio.

Muito se discorre sobre a melhoria da qualidade na AB, e, nesse contexto, a fala de Savassi (2012) afirma que “*não se melhora a qualidade pela produtividade*” (p. 73). O sistema gerencial profissional tem que ser estruturado de forma a conduzir a rede de saúde funcionando como equipe, coordenando os instrumentos disponíveis, garantindo o planejamento, controle e melhoria de cada um dos processos, o que só será possível se ocorrer mudanças na qualidade dos gestores do SUS em todos os níveis de atenção e em especial no nível local. Para esse mesmo autor, qualificar a atenção primária à saúde passa não apenas pela avaliação, mas pela seleção de profissionais capacitados, qualificação da prestação de serviços, monitorização de resultados e valorização dos profissionais de saúde envolvidos com a nova cultura (SAVASSI, 2012).

Assim sendo, observa-se que os resultados desse estudo são vastamente reiterados por outros trabalhos realizados nas Equipes de Saúde da Família e que, por sua vez, põem em questão o desafio de repensar os processos de trabalho para apontar práticas de saúde mais consoantes com a proposta da PNAB e principalmente para o SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia que o processo de trabalho das equipes da ESF é composto por ações pontuais previstas em protocolos e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos propostos pela PNAB. Na análise da fragilidade das ações, o estudo permitiu identificar as dificuldades que repercutem negativamente no processo de trabalho das equipes de ESF. Essas limitações comprometem a qualidade dos serviços prestados àquelas comunidades, retardando o alcance do projeto proposto para a ESF que é de reorientação do modelo de atenção. O foco sai do indivíduo e vai para a família em seu espaço social com ênfase na integralidade da assistência e organização das práticas de promoção da saúde.

Uma análise dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizada por Medina *et al* (2014) mostrou que com duas décadas de implantação da ESF e sete anos de publicação da PNAD, as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF ainda eram incipientes e o que se percebe hoje é que continuam sendo.

Ao se analisar a percepção e a concepção que os membros da equipe ESF têm hoje sobre seu objeto de trabalho percebe-se que há muito o que fazer para superar a fragmentação do trabalho e construir práticas interdisciplinares. É preciso superar os limites que têm sido obstáculos na reorganização das práticas como: planejamento e programação passar a ser uma atividade rotineira realizado em momentos com a participação de toda equipe de saúde; que se tenha como base para planejar o diagnóstico de saúde da comunidade; que haja integração entre as diversas categorias de profissionais que formam a equipe de maneira que seja possível realizar um trabalho interprofissional que venha proporcionar resolutividade dos problema de saúde da comunidade; ampliar as ações intersetoriais para além da escola e CRAS; estimular o controle social; e realizar a educação continuada sem a qual não será possível ocorrer mudanças.

O panorama obtido com a realização desse estudo evidenciou a necessidade de mudanças na estrutura e no processo de trabalho das equipes de ESF dos municípios analisados. Por ser um estudo exploratório no Estado e Região referida, neste sentido poderá contribuir norteando ações de melhoria.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, V S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, s. l. v. 9, nº 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

AQUINO; *et al.* Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde In PAIM, J S; ALMEIDA FILHO, N (Org.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, 2014.

AYRES, J R C M. *Uma Concepção Hermenêutica de Saúde*. Physis: Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, p. 43-62, jan. 2007

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 70ª ed., São Paulo, 2011.

BALDANI, M H; FADEL, C B; POSSAMAI, T; QUEIROZ, M G S. A Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol. 21, nº 4, pp. 1026-1035. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400005>. Acesso em: 06 julho 2016.

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

_____. Ministério da Saúde - *Panorâmico*, v. III - Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. 84 p. (Painel de Indicadores do SUS, 7).

_____. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. 24ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1. p. 18055, 20 set. 1990.

_____. Lei 8.142, de 18 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1 p. 32, 31, dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde*- Brasília, 2012. 110 p.: il. - (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. CNS. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Resolução nº 196/96 CNS* revisada em 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA GÓMEZ; *et al.* Papel del Diplomado de Educación Médica en la Formación como Profesores de los Especialistas de Medicina General Integral en el Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos. *Educación Médica Superior*, v. 24, nº 1, p. 65-75, 2010.

COSTA, G D da; *et al.* Saúde da Família: Desafios no Processo de Reorientação do Modelo Assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 62, nº 1, febrero, 2009, pp. 113-118. Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil.

COTTA, R M M.; *et al.* Organização do Trabalho e Perfil dos Profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, nº 3, p. 7-18, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 julho 2016.

DALLA, V M. *Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde: Fundamentos Histórico-Políticos*. São Paulo, 2012. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DELGADO, G G. Desarrollo Histórico de la Enseñanza Médica Superior en Cuba Desde sus Orígenes Hasta Nuestros Días. *Educación Médica Superior*, v. 18, nº 1, 2004.

FARIA, H; WERNECK, M; SANTOS, M A. *Processo de Trabalho em Saúde - 2ª ed.* Nescon/ UFMG, Coopmed: Belo Horizonte, 2009.

FLICK. *Qualidade na Pesquisa Qualitativa*. (Coleção Pesquisa Qualitativa). Artmed: Porto Alegre, 2009.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação Entre as Dimensões Gerenciais e Assistenciais do Processo de Trabalho do Enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 258-65.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=to&tema=sinopse_censodemog2010. Acesso em: 25 maio 2016.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1246. Acesso em: 25 maio 2016.

LIMA, A S de. *O Trabalho da Enfermeira na Atenção Básica: Uma Revisão Sistemática*. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MARQUI, A B T; *et al.* Caracterização das Equipes da Saúde da Família e de seu Processo de Trabalho. *Ver. Esc. Enferm.* USP 2010; 44(4):956-61. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 18 maio 2015.

Martins, L F; *et al.* Esgotamento entre Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4939-4750, 2014.

MATTA, G C; MOROSINE, V G Atenção Primária à Saúde Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Acesso em: 11 agosto 2015.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1521-1531. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>. . Acesso em: 10 maio 2016.

MEDINA, M G; *et al.* Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 38, nº especial, p. 69-82, out 2014.

MEDINA, M G; Hartz Z M A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(5):1153-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500022>. Acesso em: 06 julho 2016.

MENDES, E V. Entrevista 30 de agosto de 2005. A APS e o SUS, no VIII Encontro de Atualização em APS. NATES/UFJF. *Revista APS*, v. 8, nº 2, p. 218-219, jul./dez. 2005.

MENDES GONÇALVES, R.B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. 209p. *Dissertação (Mestrado)* - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MENICUCCI, T M G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanço e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7): 1620-1625, jul., 2009.

MINAYO, M C S *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Hucitec/Abrasco: São Paulo, 1999, p. 6-19.

NUNES, S; CASTRO, M R P (orgs.). *Tabagismo: Abordagem, Prevenção e Tratamento*. Londrina: EDUEL, 2011. 224 p. ISBN 978-85-7216-675-1. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 07 julho 2016.

PAIM, J; *et al.* Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios. *The Lancet*. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2015.

_____. J. Planejamento de Saúde para não Especialistas. In: CAMPOS, G. W. (org.) *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec/Abrasco: São Paulo, Rio de Janeiro, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-9.

_____. M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação. 1998.254f. *Tese (Doutorado)* Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 1998.

_____. M. Trabalho em Equipe de Saúde da Perspectiva de Serviços de Saúde: Possibilidades da Prática Comunicativa Orientada pelas Necessidades de Saúde dos Usuários e da População. 2007, 247 f. *Tese (livre-docência)* Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I B; LIMA, J C F (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. p. 320-328.

PEDUZZI, M; ANSEMI, M L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: a Cisão entre Planejamento e Execução do Cuidado. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v. 55, nº 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PIMENTEL, F C; *et al.* Caracterização do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal em Municípios de Pernambuco, Brasil, Segundo Porte Populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad. Saúde Pública*. 2012, vol. 28, suppl., pp.s146-s157. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300015>. Acesso em: 02 julho 2016.

REIS, M A S dos; *et al.* A Organização do Processo de Trabalho em uma Unidade de Saúde da Família: Desafios para a Mudança das Práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, nº 23, p. 655-666, 2007.

RIGHI, A W; SCHMIDT, A S; VENTURINI, J C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Revista Produção Online*, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 649-669, ago. 2010. ISSN 16761901. Disponível em: <<https://www.producaoonline.org.br/rpo/article/view/405>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SANTANA, M; AQUINO, R; MEDINA, M G. Efeito da Estratégia Saúde da Família na Vigilância de Óbitos Infantis. *Rev. Saúde Pública*. 2012, vol. 46, nº 1, pp. 59-67. Epub Dec 13, 2011. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000081>. Acesso em:

SARTI, T D; *et al.* Avaliação das Ações de Planejamento em Saúde Empreendidas por Equipes de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, nº 3, p. 537-548, mar. 2012.

SAVASSI, L C M. Qualidade em Serviços Públicos: Os Desafios da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 7, nº 23, p. 69-74, abr. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/392>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SHIMIZU, H E; CARVALHO JUNIOR, D A de. O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas Repercussões no Processo Saúde-Doença. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2012, vol. 17, nº 9, pp. 2405-2414. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>. Acesso em: 04 junho 2016.

SILVA, I Z Q J; TRAD, L A B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, *Interface - Comunicação Saúde, Educ.*, v. 9, nº 16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, S F. Organização de Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção à Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): 2753-2762 2011.

SINASC, *Sistema de informação de Nascidos vivos*. Disponível em: <http://sinasc.Saúde.gov.br/default.asp>. Acesso em: 23 mai. 2016.

SIH/SUS - *Sistema de Informações Hospitalares do SUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm#topo>. Acesso em: 22 março 2016.

MS SAS *Departamento da Atenção Básica*. Disponível em: http://dab.Saúde.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 22 maio 2016.

SOUZA, M F. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro* in SOUZA, M F *et al* (Org.). Campinas, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: Unesco Brasil/ Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C F; SOUSA L E P F; PAIM, J S. Sistema Único de Saúde (SUS): A Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira In PAIM, J S; ALMEIDA FILHO, N (Org.). *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, 2014.

TEIXEIRA, C F; VILASBÔAS A L Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J S; ALMEIDA FILHO, N (org.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. : Med Book: Rio de Janeiro, 2014. pp. 287-302.

TEIXEIRA, C F; SOLLA, J P. *Modelos de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. EDUFBA: Salvador, 2006.

TRAD, L A B; ROCHA, A A R de M. Condições e Processo de Trabalho no Cotidiano do Programa Saúde da Família: Coerência com Princípios da Humanização em Saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2011, vol. 16, nº 3, pp.1969-1980. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300031>. Acesso em: 07 julho 2016.

TRINDADE, L L; PIRES D E P. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 2013. Jan-mar 22(1). p.36-42.

VILASBÔAS, A L Q; PAIM, J S. Práticas de Planejamento e Implementação de Políticas no Âmbito Municipal. *Caderno de Saúde Pública*. 2008, vol. 24, nº 6, pp.1239-1250. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600005>. Acesso em: 04 maio 2016.

ZATELLI, A G; DAMO, G N, WEEGE, A S. *Avaliação dos Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família sobre a ESF em um Município da Região Sul do Brasil*. Vol. 6, nº 4 (2013).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Questionário semiestruturado

PARTE I	Sobre o agente do Trabalho
EQUIPE A QUE ESTÁ VINCULADO	
SEXO	F () M ()
IDADE	
ESTADO CIVIL	() solteiro () casado/convivente () separado/divorciado () viúvo
ESCOLARIDADE	() Ensino fundamental () Superior Completo () Graduação () Pós-graduação
Formação Técnica	() técnico ou auxiliar de enfermagem () Agentes Comunitários de saúde () Assistente de Consultório Dentário(ACD) ou Técnico de Saúde Bucal.
Graduação	() Universidade particular Qual ? _____ () Universidade publica Qual ? _____ Formado em: () Medicina () Odontologia () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Nutricionista () Psicólogo () Bioquímico/Farmacêutico () Assistente social () agentes de endemias () Outros Especificar _____
Pós-Graduação	() Sim () Não Qual ? _____ Onde? _____
Tempo de Atuação da ESF	() Menos de 01 ano () entre 1 e 5 anos () entre 6 e 10 anos () Mais de 10 anos
PARTE II	Sobre o Objeto do Trabalho
O que é saúde para você?	

O que é a Saúde da Família para você?	
PRÁTICAS DE SAÚDE NA ESF	Das atividades relacionadas dizer quais realiza:
1. Atividades no território	() sim () não Qual(is)? _____ _____ _____
2. Atividades em outras instituições do território (escolas, igrejas, associações de bairro etc)	() sim () não . Qual(is)? _____ _____ _____
3. Atividades de planejamento e Programação	() sim () não . Qual(is)? _____ _____ _____
4. Atividades de monitoramento e avaliação	() sim () não . Qual(is)? _____ _____ _____
4. Atividades assistenciais	() sim () não . Qual(is)? _____ _____ _____

Apêndice 2 - Lista de Profissionais de Saúde a serem entrevistados

- 1. MÉDICO - 03**
- 2. ENFERMEIRO 03**
- 3. AUXILIAR OU TÉCNICO EM ENFERMAGEM - 03**
- 4. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - 26**
- 5. DENTISTAS - 03**
- 6. AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO - 03**



Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a) você está sendo convidado (a) para participar, como entrevistado (a), da pesquisa “O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE CAPIM-DOURADO NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL”, realizada por Claudia Virgínio S. Caldeira, mestranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e orientada pela Professora Dra. Catarina Leite Matos Soares.

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar os processos de trabalho das Equipes que atuam na Estratégia da Saúde da Família nos municípios de pequeno porte da Região de Saúde Capim-Dourado, no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016.

Você será entrevistado pelo próprio pesquisador, respondendo a perguntas sobre temas relacionados a seu processo de trabalho

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não acarretará penalização ou prejuízo algum.

A pesquisa será devidamente publicada, será garantido o sigilo do participante, com dados divulgados de forma a impossibilitar sua identificação.

Suas contribuições serão extremamente importantes para compreendermos como se caracteriza o processo de trabalho em saúde dos profissionais da ESF e identificarmos os fatores que favorecem e/ou dificultam o trabalho nas Equipes.

Este documento está em duas vias e você receberá uma cópia deste termo.

A qualquer tempo você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, realizando contato com o pesquisador, cujo telefone é: (63) 8448-3310, ou por através do email claudiavirginioalcaldeira@hotmail.com

Claudia Virgínio Caldeira-Pesquisadora

Declaro que li e entendi este termo, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte do estudo.

_____, ____ de _____ de 2016.

Nome e Assinatura do entrevistado

Apêndice 4

Tabela 12- Características dos profissionais das equipes do município um

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	02	25%
Feminino	06	75%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	00	
30 a 39 anos	04	50%
40 a 49 anos	03	37.5%
50 a 59 anos	01	12.5%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	04	50%
Casado (a) / convive	04	50%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	01	13%
6 a 10 anos	01	13%
1 a 5 anos	05	61%
Menos de 1 ano	01	13%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	01	12.5%
Técnico em enfermagem	01	12.5%
Técnico Agente comunitário de saúde	02	25%
Téc. Saúde Bucal	00	
Superior incompleto	01	12.5%
Superior sem pós-graduação	02	25%
Superior com especialização	01	12.5%

Apêndice 5

Tabela 13- Características demográficas dos profissionais das equipes do município dois

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	00	
Feminino	07	100%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	03	43%
30 a 39 anos	04	57%
40 a 49 anos	00	37.5%
50 a 59 anos	00	12.5%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	29%
Casado (a) / convive	05	71%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		

Mais de 10 anos	01	14%
6 a 10 anos	01	14%
1 a 5 anos	04	57%
Menos de 1 ano	01	14%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	00	
Técnico em enfermagem	01	14%
Técnico Agente comunitário de saúde	02	29%
Téc. Saúde Bucal e nível superior	01	14%
Superior incompleto	00	
Superior sem pós-graduação	02	29%
Superior com especialização	01	14%

Apêndice 6

Tabela 14. Características demográficas dos profissionais das equipes do município três.

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	03	27%
Feminino	08	73%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	00	
30 a 39 anos	09	82%
40 a 49 anos	01	%
50 a 59 anos	01	%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	29%
Casado (a) / convive	05	71%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	05	45%
6 a 10 anos	05	45%
1 a 5 anos	01	10%
Menos de 1 ano	00	
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	01	9%
Técnico em enfermagem	01	9%
Técnico Agente comunitário de saúde	04	37%
Téc. Saúde Bucal	01	9%
Superior incompleto	01	9%
Superior sem pós-graduação	01	9%
Superior com especialização	02	18%

Apêndice 7

Tabela 15-. Características demográficas dos ACS.

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	03	27%
Feminino	08	73%

Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	01	9%
30 a 39 anos	07	64%
40 a 49 anos	01	9%
50 a 59 anos	02	18%
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	04	36%
Casado (a) / convive	07	64%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	04	36%
6 a 10 anos	04	36%
1 a 5 anos	02	18%
Menos de 1 ano	01	9%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	02	18%
Técnico em ACS e em enfermagem	02	18%
Técnico Agente comunitário de saúde	05	46%
Superior incompleto	02	18%

Apêndice 8

Tabela 16- Características demográficas dos Auxiliares de saúde Bucal.

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	00	00
Feminino	03	100%
Faixa etária		
< 20 anos	00	00
20 a 29 anos	00	00
30 a 39 anos	02	67%
40 a 49 anos	01	33%
50 a 59 anos	00	00
> 60 anos	00	00
Estado civil		
Solteiro (a)	00	00
Casado (a) / convive	03	100%
Divorciado / Separado	00	00
Viúvo	00	00
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	03	100%
6 a 10 anos	00	00
1 a 5 anos	00	00
Menos de 1 ano	00	00
Escolaridade/ Formação		
Nível médio sem curso técnico	01	33%
Técnico em Saúde Bucal	02	67%
Superior incompleto	00	00

Apêndice 9

Tabela 17. Características demográficas dos Técnicos em Enfermagem.

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	00	
Feminino	03	100%

Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	00	
30 a 39 anos	03	100%
40 a 49 anos	00	
50 a 59 anos	00	
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	01	33%
Casado (a) / convive	02	67%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	01	33.3%
6 a 10 anos	01	33.3%
1 a 5 anos	00	
Menos de 1 ano	01	33.3%
Escolaridade/ Formação		
Nível médio / aux. Enf.	00	
Técnico em Enfermagem	03	100%
Superior incompleto	00	

Apêndice 10

Tabela 18- Características demográficas dos odontólogos.

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	00	
Feminino	03	100%
Faixa etária		
< 20 anos	00	00
20 a 29 anos	01	33%
30 a 39 anos	02	67%
40 a 49 anos	00	
50 a 59 anos	00	
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	67%
Casado (a) / convive	01	33%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	00	
6 a 10 anos	01	33%
1 a 5 anos	02	67%
Menos de 1 ano	00	
Escolaridade/ Formação		
Superior sem pós-graduação	03	100%
Superior com especialização	00	

Apêndice 11

Tabela 19-. Características demográficas dos enfermeiros

Características demográficas	N	%
Sexo		

Masculino	02	67%
Feminino	01	33%
Faixa etária		
< 20 anos	00	00
20 a 29 anos	01	33%
30 a 39 anos	02	67%
40 a 49 anos	00	
50 a 59 anos	00	
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	67%
Casado (a) / convive	01	33%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	00	
6 a 10 anos	01	33%
1 a 5 anos	02	67%
Menos de 1 ano	00	
Escolaridade/ Formação		
Superior sem pós-graduação	01	33%
Superior com especialização	02	67%

Apêndice 12

Tabela 20-. Características demográficas dos médicos.

Características demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	00	
Feminino	03	100%
Faixa etária		
< 20 anos	00	
20 a 29 anos	00	
30 a 39 anos	01	33%
40 a 49 anos	02	67%
50 a 59 anos	00	
> 60 anos	00	
Estado civil		
Solteiro (a)	02	67%
Casado (a) / convive	01	33%
Divorciado / Separado	00	
Viúvo	00	
Tempo de atuação saúde da família		
Mais de 10 anos	00	
6 a 10 anos	00	
1 a 5 anos	03	100%
Menos de 1 ano	00	
Escolaridade/ Formação		
Superior com pós-graduação	03	100%

Apêndice 13

Tabela 20 - Concepção de saúde dos profissionais de ESF do município um

Total de profissionais	Concepção de saúde	Frequência de respostas
	Orientar as pessoas	01

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (3 acs)	estar bem em seu ambiente de trabalho.	01
	Resposta com pouca informação Saúde é a pessoa que não sabe se cuidar na higiene e na alimentação.	1
TÉCNICOS EM ENFERMAGEM (01 Tec.Enf.)	Resposta com pouca informação A pessoa estar se sentindo bem mesmo. Ir na Unidade ser bem atendido ou encaminhar e dar acompanhamento.	01
AUXILIAR SAÚDE BUCAL (1)	É estar bem consigo mesmo.	01
MÉDICA	Conjunto de bem-estar psicológico, psicossocial e não ausência de doenças	01
ENFERMEIRO	Bem-estar pessoal, social e ambiental	01
ODONTOLOGA	Saúde é o bem-estar físico do paciente	01

Apêndice 13

Tabela 21 - Concepção de saúde dos profissionais de ESF do município dois

Total de profissionais	Concepção de saúde	Frequência de respostas
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (2 acs)	Se cuidar	01
	Cuidar, ensinar, conscientizar.	01
TÉCNICOS EM ENFERMAGEM (01 Tec.Enf.)	Resposta com pouca informação É uma coisa boa. Temos que trabalhar com dom. tem momentos difíceis, mais é uma coisa que eu gosto.	01
AUXILIAR SAÚDE BUCAL (1)	É estar bem consigo mesmo, qualidade de vida	01
MÉDICAS (1)	Completo bem-estar físico, psíquico e social da pessoa. Não é simplesmente ausência de doença	01
ENFERMEIRO (01)	Bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença.	01
ODONTOLOGAS (01)	Saúde é o bem-estar físico do paciente	01

Apêndice 13

Tabela 22-. Concepção de saúde dos profissionais de ESF do município três

Total de profissionais	Concepção de saúde	Frequência de respostas
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (6 acs)	Ausência de doenças, condições de moradia, alimentação saudável e condições de trabalho.	01
	Passar orientações para as pessoas, para elas não adoecerem, prevenindo.	01
	Tudo que envolve bem-estar, como moradia.	01
	Bem-estar socioeconômico e tudo que envolve estar bem, como saneamento.	01
	Estar bem com o psicológico, social e ambiental. Não é ausência de doenças.	01
	Ânimo para trabalhar; alegria.	01
TÉCNICOS EM ENFERMAGEM (01 Tec.Enf.)	É o bem-estar das pessoas.	1
AUXILIAR SAÚDE BUCAL	Resposta com pouca informação “Saúde é tudo, é vida, sem ela não somos nada, sem ela não trabalhamos e não podemos conviver com as pessoas.”	01
MÉDICAS (01)	Completo bem-estar biofísico e social do indivíduo.	01
ENFERMEIRO	Bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença.	01
ODONTOLOGA	Bem-estar do ser humano, físico e psicológico.	01

Apêndice 14

Tabela 23. Concepção de saúde dos profissionais das 3 ESF estudadas

Total de profissionais	Concepção de saúde	Frequência de respostas
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (11 acs)	Orientar as pessoas	3
	estar bem em seu ambiente de trabalho.	2
	É estar bem consigo mesmo.	1
	Tudo que envolve bem-estar	3
	Ausência de doenças	1
	Ânimo para trabalhar; alegria	1
	alimentação saudável	2
	Condições de moradia,	2
	Cuidar	1
	Se cuidar	1
TÉCNICOS EM ENFERMAGEM (01 Tec.Enf.)	Resposta com pouca informação	1
	É o bem-estar das pessoas.	1
	Resposta com pouca informação	2
AUXILIAR SAÚDE	É estar bem consigo mesmo.	01
	qualidade de vida	01

BUCAL (01)	Resposta com pouca informação	01
MÉDICAS (01)	Conjunto de bem-estar psicológico, psicossocial e não ausência de doenças.	01
ENFERMEIRO	Perfeito bem-estar físico e psicossocial	01
ODONTOLOGAS (03)	Viver bem de acordo com os meios possíveis de adaptação.	
	Saúde é o bem-estar físico do paciente	
	Bem-estar do ser humano, físico e psicológico.	

Apêndice 15

Tabela 24- Concepção de saúde e saúde da família dos três municípios .

Profissionais nível médio	Trajetória	O que é Saúde da Família para você ?	O que é saúde para você?	Observações
ACS	Lizarda , solteiro, formação técnica e tem 7 anos atuação na SF	Eu acho assim, a gente trabalhar em equipe. Tem dia que a gente marca pra sair com medico ou enfermeiro ai não dá.	Saúde é, é, igual assim, no trabalho nosso, orientar as pessoas. No trabalho a gente se depara com tanta coisa que você nem imagina. Gente de todo jeito, que não tem coragem nem de procurar o serviço de saúde, as vezes se abre com a gente o que não tem coragem de se abrir com os outros	Saúde da Família como Trabalho em equipe e a saúde vista como mera orientação, espaço de aconselhamento e revelação de situações da vida cotidiana.
ACS	Lizarda , casada, técnico em acs e tem 43 anos com 10 de atuação na SF	Eu já não vejo mais o PSF com o brilho que eu via antes. SF tinha que ter um trabalho mais intenso com as pessoas, m trabalho que começasse e terminasse. É trabalhar em conjunto para resolver os problemas da família inteira. O ACS manda pra unidade os problemas, mas eles não são resolvidos e isso repercute na gente. Aqui não existe mais equipe e sim eu equipe.	Saúde pra mim hoje ela abrange tudo. Tanto a gente no trabalho no domicílio como aqui dentro da UBS. Se você está exercendo um trabalho, tem que estar bem em seu ambiente de trabalho. A gente não vê isso acontecer nas pequenas cidades, o que se tornou um problema muito grande aqui e que de certo tempo pra cá vem se agravando.	Saúde da Família como trabalho em equipe ou em conjunto e a saúde como espaço de atuação que vai do domicílio às unidades básicas de saúde
ACS	Lizarda , Superior incompleto, formado em	Orientar as pessoas como cuidar da saúde	Saúde é a pessoa que não sabe se cuidar na higiene e na alimentação.	Saúde da Família e Saúde como autocuidado.

	serviço social e tem 3 anos de atuação em SF.			
Téc. Enf.	Lizarda , 5 anos de atuação na SF	É uma saúde em família, trabalhando em conjunto, a equipe para família.	É uma coisa boa. Temos que trabalhar com dom. tem momentos difíceis, mais é uma coisa que eu gosto.	Espaço de atuação de trabalho em conjunto e a saúde como um “Dom”.
ACD.	Helena, Lizarda , 30 anos SF	Veio pra ajudar mais as pessoas. Antigamente a saúde só chegava pra alguns, hoje não, as pessoas já tem mais acesso devido esse programa.	É estar bem consigo mesmo.	Saúde da Família como um Programa que visa ajudar as pessoas e a Saúde como bem-estar individual
Téc.Enf	Dagmar São Felix , 5 meses SF.	Sair visitando em casas, tentar trazer pacientes para unidade, tem uns que precisam, mais tem até medo de vir a unidade. É atender bem também e tem que correr atrás.	A pessoa estar se sentindo bem mesmo. Ir na Unidade ser bem atendido ou encaminhar e dar acompanhamento	Saúde da Família como a “boa assistência à saúde” e a Saúde como o bem-estar individual, espaço de acompanhamento e encaminhamento dos problemas de saúde
TSB	Graciene, casada, São Felix , 10 anos SF	Atendimento as famílias necessitadas	É tudo, é ter boa qualidade de vida e estar bem consigo mesmo, é você completar aquilo que te falta.	Saúde da Família como espaço de atendimento dos necessitados e a saúde como promoção da boa qualidade de vida
ACS	Dorilene, São Felix	Visita, orientar, prevenir, pq na realidade nós trabalhamos com prevenção.	Saúde é tudo, sem saúde não somos nada. É cuidar bem, alimentar bem, se cuidar.	Saúde da Família como um Programa que compreende Visita domiciliar, orientação e prevenção de doenças.
ACS	Rita, São Felix , 3 anos SF	É um programa de orientação.	Cuidar, ensinar, é tudo em nossa vida. No caso nosso conscientizar e cuidar de forma melhor.	Saúde da Família como Programa de orientação e a Saúde como ato de Ensinar a fim de conscientizar os indivíduos para cuidar-se melhor
TSB,	Lagoa do TO, 11 anos SF	Não soube responder	Saúde é tudo, é vida, sem ela não somos nada, sem ela não trabalhamos e não podemos conviver com as pessoas.	Desconhecimento sobre Saúde da Família e Saúde como “tudo” que proporciona estar vivo.
Tec. Enf.,	Lagoa do TO, 10 anos SF	Assistência às famílias feita pela equipe SF para promover saúde e prevenir doenças.	É o bem-estar das pessoas.	Saúde da Família como assistência à saúde a fim de prevenir doenças e saúde como bem-

				estar
Tec. ACS ,	Lagoa do TO, 10 anos SF	Cuidar do próximo, saber atender as pessoas. É prevenção e promoção.	Ausência de doenças, condições de moradia, alimentação saudável e condições de trabalho.	Saúde como assistência, promoção da saúde e prevenção de doenças e a saúde entendido como ausência de doença e avança para a relação dos determinantes sociais.
Tec. ACS ,	Lagoa do TO, 14 anos SF	É o que era pra acontecer aqui em nossa cidade. Grupo de pessoas que cuida das famílias e busca a prevenção.	Passar orientações para as pessoas, para elas não adoecerem, prevenindo.	Saúde da Família como prevenção de doenças e cuidado com as famílias. E a saúde como orientação a fim de evitar o adoecimento.
Tec. ACS ,	Lagoa do TO, 10anos SF	É trabalhar com a população como se fosse minha família.	Tudo que envolve bem-estar, como moradia.	Saúde da Família como representação da própria família e saúde entendida como bem-estar.
Tec. ACS ,	Lagoa do TO, 11anos SF	Equipe. Trabalhar em conjunto.	Bem-estar socioeconômico e tudo que envolve estar bem, como saneamento.	Saúde da Família com trabalho em equipe e em grupo e Saúde como bem-estar.
Tec. ACS ,	Lagoa do TO, 11anos SF	Conjunto de várias coisas, como atender bem; promover saúde através de palestras; transmitir as pessoas o saber e o conhecimento que a gente tem.	Estar bem com o psicológico, social e ambiental. Não é ausência de doenças.	Saúde da Família como promoção da Saúde para a transmissão do conhecimento e saúde como bem-estar
ACS	Lagoa do TO, 11anos SF	Programa que cuida das famílias, vai aos domicílios, fica mais próximo das famílias.	Ânimo para trabalhar; alegria.	Saúde da Família como um Programa de cuidado em domicílio e a Saúde como “ânimo” para trabalhar.
Enfermeiro, Lizarda,	6 anos SF	que delimita cada família no seu bem-estar no dia a dia no quesito saúde boa, educação boa, economia boa.	Bem-estar pessoal, social e ambiental	Saúde da Família como atenção às famílias e Saúde como bem-estar
Enfermeira,	são Felix , 1anos SF	Lidar com promoção, prevenção, agravos, de acordo com a realidade de cada família e tentando promover e educar cada família de acordo com a	Bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença.	Saúde da Família como promoção da saúde e prevenção de agravos contextualizada a cada família e

		social da família e do município.		saúde como bem-estar.
Enfermeiro,	Lagoa do TO, anos SF	Programa importante para a população, onde é resolvido 85% dos problemas de saúde de determinada população.	Perfeito bem-estar físico e psicossocial	Como um Programa resolutivo de 85% dos problemas de Saúde e saúde como bem-estar.
Médica,	Lizarda, mais de 10 anos SF.	Atender a família, buscando harmonia, integralidade e equilíbrio.	Conjunto de bem-estar psicológico, psicossocial e não ausência de doenças	Saúde da Família como integralidade e saúde como bem-estar.
Médica,	São Felix, 3anos SF	O médico da família se dirige até a casa das pessoas e a comunidade	Completo bem-estar físico, psíquico e social da pessoa. Não é simplesmente ausência de doença, tem que estar bem nessas três áreas. Uma pessoa com pobreza, condição ruim de moradia e economia baixa a gente não pode catalogar como uma pessoa saudável porque tudo vai influenciar na saúde.	Saúde da Família como atenção domiciliar e comunitária e saúde como bem-estar.
Médica	, Lagoa do TO, anos SF	Ações e medidas de promoção e prevenção a realizar com a família para que não adoeca.	Completo bem-estar biofísico e social do indivíduo.	Saúde da Família como promoção da saúde e prevenção das de doenças e saúde como bem-estar.
Dentista ,	São Felix, 1ano SF	Uma estratégia de atendimento a população com maior facilidade para que a população ...	Viver bem de acordo com os meios possíveis de adaptação.	Saúde da família como estratégia de atenção à saúde, mais próxima do domicílio e saúde como viver bem.
Dentista ,	Lizarda, anos SF	É levar ao paciente todo o conhecimento, não só de remédio, mas sim de como viver, e isso é um tratamento multidisciplinar com conversas e ensinamentos.	Saúde é o bem-estar físico do paciente	Saúde da família como atuação multidisciplinar e saúde como bem-estar
Dentista ,	Lagoa do TO, anos SF	Equipe trabalha o psicológico e físico das pessoas.	Bem-estar do ser humano, físico e psicológico.	Saúde da família como trabalho em equipe e saúde como bem-estar.