



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



DÉBORA MOURA PASSOS

**AS PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Salvador – BA

2018

DÉBORA MOURA PASSOS

**AS PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), para apreciação da banca examinadora, como requisito parcial obtenção do título de mestra em Saúde Comunitária com concentração em Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Guadalupe Medina

Coorientadora: Prof^a Dr^a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Salvador – BA

2018

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

P289p Passos, Débora Moura.

As práticas das equipes de Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos / Débora Moura Passos. – Salvador: D.M. Passos, 2018.

179 f.: il

Orientador: Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Processo de Trabalho em Saúde. 4. Programa Mais Médicos. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

DÉBORA MOURA PASSOS

As práticas das Equipes de Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 24 de outubro de 2018.

Banca Examinadora:

Maria Guadalupe Medina

Profª. Maria Guadalupe Medina - Orientadora - ISC/UFBA

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Profª. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – Coorientadora - ISC/UFBA

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Profª. Isabela Cardoso de Matos Pinto - ISC/UFBA

Patty Fidelis de Almeida

Profª. Patty Fidelis de Almeida - ISC/UFF

Salvador
2018

Para Lúcia e Joade, base sólida que me sustenta.

Agradecimentos

A Deus, por me permitir enxergar o brilho dos dias e chegar até aqui para realizar mais um sonho, rodeada por pessoas inundadas de amor.

À professora Guadalupe Medina, minha orientadora, por ter me acolhido no grupo de pesquisa antes mesmo de ingressar no programa de pós-graduação deste Instituto e por sua orientação rigorosa, mas assertiva nos ensinamentos para meu aprendizado e conclusão dessa etapa.

À professora Ana Luiza Vilasbôas, minha coorientadora, por ser uma fonte de inspiração e por contribuir ricamente para conclusão dessa dissertação.

À minha mãe pela dedicação as suas filhas, por ser uma guerreira que vai “à luta” diariamente e por ter me proporcionado, mesmo diante de tantos sacrifícios, a oportunidade de estudar e seguir pela estrada da academia. Para ela todo meu amor e admiração.

A Joade, por ser um companheiro atencioso, cuidadoso e amoroso, que compreendeu minhas ausências e que vibrou com cada conquista desse ciclo. Por vezes, acreditou mais em mim do que eu mesma para seguir em frente. Você me faz forte!

Às minhas irmãs, Núbia e Thamiris e ao meu sobrinho e afilhado Arthur, por torcerem por mim e por sempre se alegrarem com as minhas escolhas.

Aos amigos e amigas do GRAB pela troca diária, pelo incentivo, pela leveza dos dias e pelas risadas nas horas necessárias.

Às queridas amigas da EESP, Lai, Belle, Sui e Lulu e ao amigo Deco, por colaborarem profundamente para minha constituição como profissional, pela preciosa amizade e por seguirem na mesma direção. Em especial, à Lai e Belle pelos momentos divididos no mestrado. Amo vocês!

Aos amigos da Fono/UFBA pelo encorajamento na militância em defesa do SUS e por estimularem a pesquisa no campo da Saúde Coletiva.

Aos colegas da minha turma de mestrado. A solidariedade em cada gesto foi fundamental para seguirmos juntos até o fim. Especialmente, as “Mulheres PPG” por serem colo ao longo do caminho.

Aos amigos e compadres amados Mayara e Diego, por serem incansáveis na escuta, no acolhimento e na torcida.

Aos trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família, em especial, aos que trabalhavam da unidade de saúde que foi campo dessa pesquisa, por construírem a história de fortalecimento da APS em cada prática diária.

“[...] Não importa que doa: é tempo
de avançar de mão dada
com quem vai no mesmo rumo,
mesmo que longe ainda esteja
de aprender a conjugar
o verbo amar.

É tempo, sobretudo,
de deixar de ser apenas
a solitária vanguarda
de nós mesmos.
Se trata de ir ao encontro.
(Dura no peito, arde a límpida
verdade dos nossos erros)
Se trata de abrir o rumo.

Os que virão, serão povo,
e saber serão, lutando.”

Thiago de Mello

MOURA, Débora. As práticas das equipes de Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2018.

Resumo

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, possui como um dos eixos a provisão emergencial de médicos e fortalecimento dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS). Através do Programa mais de 18 mil médicos estavam inseridos na Estratégia Saúde da Família em 2015, dos quais 11 mil eram cubanos. Alguns estudos apontaram diversas mudanças nas práticas das equipes de saúde da família que incorporaram médicos do PMM. Entretanto, são poucos os estudos que investigaram, especificamente, as práticas dos médicos cubanos, considerando sua formação generalista com ênfase na APS e sua influência na equipe de saúde da família. Diante disso, o presente estudo tomou como objeto a possível influência do médico cubano no desenvolvimento das práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos. A pesquisa teve como suporte teórico-metodológico a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, proposta por Mendes-Gonçalves, que embasou a definição das categorias analíticas como agentes, objeto, tecnologias, atividades e relações. Foi realizado um estudo comparativo de casos com um nível de análise, desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família, com duas equipes, sendo que uma aderiu ao PMM e recebeu médica cubana e outra equipe não aderiu. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas médicas, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, bem como foram observados as práticas e o processo de trabalho desses profissionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Os resultados apontaram que a formação médica cubana se diferencia da formação brasileira pela ênfase na medicina generalista, com aproximação ao conteúdo da atenção primária desde o primeiro semestre do curso, de forma teórica e prática. Quanto ao processo de trabalho, a equipe ESF-PMM, quando comparada à equipe ESF, apresentou maior desenvolvimento das práticas referentes à territorialização, análise da situação de saúde, planejamento local, educação em saúde, ações intersetoriais, ações de controle de determinantes e vigilância epidemiológica e ações voltadas para os indivíduos e famílias. Concluiu-se que a inserção do médico cubano na equipe de saúde pode ter influenciado no desenvolvimento de práticas mais expressivas e no modo diferenciado de executá-las, uma vez que esse profissional com formação generalista valoriza o trabalho na ESF e reconhece a necessidade de desenvolver práticas sanitárias baseadas no território e no vínculo profissional-usuário.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; processo de trabalho em saúde; Programa Mais Médicos.

MOURA, Débora. The practices of the Family Health teams in the context of the More Doctors Programme. Dissertation (Masters in Public Health). Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2018.

Abstract

The Mais Médicos Program (PMM), created in 2013, has as an axis the emergency provision of doctors and strengthening of services in Primary Health Care (PHC). Through the Program, more than 18 thousand doctors were included in the Family Health Strategy in 2015, of which 11 thousand were Cubans. Some studies have pointed out several changes in the practices of family health teams that have incorporated doctors from the PMM. However, few studies have specifically investigated the practices of Cuban doctors, considering their general education with an emphasis on PHC and their influence on the family health team. Given this, the present study took as an object the possible influence of the Cuban doctor in the development of the practices of the professionals of the Family Health Strategy in the context of the Mais Médicos Program. The research had as theoretical and methodological support the Theory of the Health Work Process, proposed by Mendes-Gonçalves, which supported the definition of the analytical categories as agents, object, technologies, activities and relationships. A comparative case study was carried out with a level of analysis, developed within the scope of the Family Health Strategy, with two teams, one of which joined the PMM and received a Cuban doctor and the other team did not. Semi-structured interviews were conducted with two doctors, a nurse, two nursing technicians and six community health workers, as well as the practices and work process of these professionals. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Instituto de Saúde Coletiva of UFBA. The results showed that Cuban medical education differs from Brazilian education due to the emphasis on general medicine, with a theoretical and practical approach to the content of primary care since the first semester of the course. As for the work process, the ESF-PMM team, when compared to the ESF team, showed greater development of practices related to territorialization, analysis of the health situation, local planning, health education, intersectoral actions, actions to control determinants and surveillance epidemiological and actions aimed at individuals and families. It was concluded that the insertion of the Cuban doctor in the health team may have influenced the development of more expressive practices and the differentiated way of carrying them out, since this professional with general training values the work in the FHS and recognizes the need to develop health practices based on the territory and the professional-user bond.

Keywords: primary health care; family health strategy; health work process; More Medical Program.

Lista de Ilustrações

Quadro 1 – Matriz de Análise.

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais de saúde das equipes ESF-PMM e PMM.

Esquema 1 – comparação do processo formativo entre as médicas da equipe ESF-PMM e PMM.

Quadro 3 – Síntese das etapas da Análise da Situação de Saúde entre as equipes ESF-PMM e PMM.

Quadro 4 – Síntese comparativa das práticas desenvolvidas pelas equipes ESF-PMM e PMM.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Distritos Sanitários
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	20
3.1 Elementos Teórico-conceituais	20
3.2 Delineamento do estudo	27
3.4 Seleção dos casos	28
3.5 Produção dos dados: fontes, instrumentos e plano de análise	29
4. ASPECTOS ÉTICOS	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 O CAMPO DE ESTUDO, OS AGENTES DAS PRÁTICAS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL ... 40	
5.1.1 O campo de estudo.....	40
5.1.2 Os agentes das práticas de saúde da família e a formação profissional.....	42
5.1.3 Caracterização dos agentes médicos quanto à formação profissional.....	48
5.2 O PROCESSO DE TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	59
5.2.1 Territorialização, Análise da Situação de Saúde e Planejamento local	61
5.2.2 Ações de educação em saúde e intersetoriais.....	75
5.2.3 Ações de controle de determinantes e Vigilância Epidemiológica.....	79
5.2.4 Ações voltadas para os indivíduos e famílias	82
5.2.5 As relações profissionais entre os membros de uma mesma equipe de saúde da família	90
5.3. SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE ESF-PMM E ESF	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	122
Apêndice 1 - Correlação entre as atividades, operacionalização e instrumentos dispostos na matriz analítica	122
Apêndice 2 - Roteiro para entrevista semiestruturada – Médicos(as) e Enfermeiros(as)	126
Apêndice 3 - Roteiro para entrevista semiestruturada – Técnicos(as) de enfermagem	140
Apêndice 5 - Roteiro de Observação <i>in loco</i>	170
Apêndice 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista	177

1. INTRODUÇÃO

O provimento de médicos e a fixação destes profissionais em diversas regiões brasileiras tem sido um problema a ser superado desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, impulsionado pela Frente Nacional de Prefeitos e pelas manifestações populares que reivindicavam melhorias nos serviços de saúde, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos (PMM) que tem, entre os objetivos, diminuir a carência de médicos nas regiões remotas e vulneráveis, consideradas prioritárias para o SUS, de modo a garantir o acesso e reduzir as desigualdades geradas pela falta deste profissional. Assim, um de seus eixos que mais repercutiu foi o provimento emergencial de médicos brasileiros e/ou estrangeiros nessas localidades (BRASIL, 2013; COMES et al, 2016, GIRARDI, 2016).

O PMM tem como propósito fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) na direção de mudanças no modelo de atenção à saúde, vale dizer, na realização de práticas na perspectiva multidisciplinar, baseadas no diagnóstico territorial e nas necessidades locais de saúde, de modo a fortalecer o vínculo entre profissionais e comunidade, efetivando assim a Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa maneira, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF deve estar estruturada em três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017). Essa nova estrutura surgiu em oposição à prática de saúde tradicional (MARQUI et al, 2010).

Conforme Guadagnin (2013) e Reis et al (2007), na Estratégia Saúde da Família o processo de trabalho guarda algumas particularidades que sinalizam a necessidade de novos saberes e instrumentos incorporados ao processo de trabalho para que o desenvolvimento pleno da ESF ocorra, de modo a considerar as famílias em suas reais condições, valorizando os saberes da cultura e da educação popular, produzidos através de diálogos, da escuta, do vínculo e do acolhimento.

Com isso, o processo de construção de novas práticas no âmbito da ESF requer a criação de uma nova dimensão no que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho em equipe. Para tanto, é necessário, além de novos conhecimentos, mudanças culturais, bem como mudanças que reflitam compromissos com as práticas pautadas nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO e ROCHA, 2007; SILVEIRA;

SENA; OLIVEIRA, 2011). Ainda de acordo com Araújo e Rocha (2007), a ação interdisciplinar fomenta a possibilidade “da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos”.

Todavia, em estudo realizado por Silva, Casotti e Chaves (2013) envolvendo a revisão de quarenta e um estudos sobre a Estratégia Saúde da Família, entre 1998 e 2010, revela limitações quanto à implementação da estratégia conforme foi preconizada e aponta discretas mudanças positivas no processo de trabalho das equipes na ESF. As mudanças ocorreram em práticas isoladas ou até mesmo em conjunto com uma das três dimensões (política, organizacional e técnico-assistencial), mas não foram capazes ainda de modificar totalmente o modelo de atenção, sendo poucos os municípios nos quais a ESF realmente tenha desencadeado a reorganização do sistema de saúde.

Desse modo, faz-se necessária maior exploração das ações essenciais da ESF e da sua capacidade de reorientar o modelo de atenção considerando elementos cruciais como o território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento estratégico e a avaliação. Embora os avanços já identificados com a criação da ESF, percebem-se ainda algumas lacunas, a exemplo de uma rede de atenção desarticulada (dimensão organizacional) e a ausência de políticas públicas (dimensão político-institucional) com capacidade de enfrentamento das necessidades de saúde, com ênfase nos determinantes sociais e perspectiva intersetorial. As lacunas nesses fatores interferem objetivamente na garantia da integralidade do cuidado e desenvolvimento articulado de práticas de promoção, prevenção e recuperação (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Para uma APS reorientadora do modelo de atenção é preciso considerar a reorganização do processo de trabalho através da ruptura da dinâmica médico centrada e materializando as tecnologias utilizadas para produzir saúde (LAVADO et al, 2007). Estudo de Oliveira et al (2012) revelou diferentes maneiras e possibilidades de atuação dos profissionais frente às demandas que encontravam em seu cotidiano. Os enfrentamentos, em sua maioria, se concretizaram em práticas insuficientes para o restabelecimento da saúde dos sujeitos levando os profissionais a buscarem estratégias alternativas que possibilitem a superação das dificuldades identificadas e o atendimento às verdadeiras necessidades de saúde da população.

Embora o trabalho em equipe seja apresentado recorrentemente como um elemento importante para a superação do modelo assistencial tradicional, a concepção e execução de um trabalho interdisciplinar, pautado na articulação entre os diferentes saberes e práticas, ainda constitui um grande desafio. Uma das principais dificuldades é a ruptura da fragmentação do trabalho. É preciso lembrar que mesmo na atenção básica o trabalho foi tradicionalmente organizado de forma fragmentada, um processo claramente condicionado pela especialização do saber e pelo corporativismo profissional (TRAD e ROCHA, 2011).

As demandas sociais apresentadas pelas equipes exigem uma nova prática que priorize maior integração entre os profissionais, no entanto a formação profissional privilegia a perspectiva biomédica em contraponto a intersubjetividade para melhor compreensão e resposta às demandas de saúde da comunidade. Em determinados momentos as disputas interprofissionais sobressaem, assumindo lugar que deveria ser de solidariedade e cooperação na equipe, configurando a realidade de uma nova prática pretendida que se encontra em crise e em construção, simultaneamente (TRAD e ROCHA, 2011).

Sobre a lacuna existente na formação profissional com foco generalista e que valorize as práticas de saúde integrais e coerentes com as necessidades do território, a Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER et al, 2018) revelou que do total de 451.777 médicos com registros no Conselho Federal de Medicina, 62,5% possui um ou mais títulos de especialistas, enquanto 37,5% não possui qualquer título. Entre os que são especialistas o total é de 282.298 médicos em atividade, sendo contabilizados 381.506 títulos, uma vez que há profissionais com dois ou mais títulos. Deste total, apenas 5.489 profissionais são formações em Medicina de Família e Comunidade, o que representa 1,4% entre os títulos obtidos.

Além dos problemas relacionados ao perfil profissional, à natureza e forma de organização das práticas implementadas no âmbito da APS, a ESF apresenta dificuldades de consolidação pela existência dos vazios assistenciais. Em 2015, o Brasil atingiu a proporção de 2,11 médicos/1000 habitantes, com distribuição desigual dos médicos, sendo mais da metade na região Sudeste e com concentração de 55% nas capitais do país (SCHEFFER et al, 2015; CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016). Embora o incremento de novas vagas de graduação em medicina com o advento do PMM, esses profissionais ainda estão em formação, por isso, no ano de 2018 percebe-

se um acréscimo pouco significativo na proporção, sendo 2,18 médicos/1000 habitantes. Um aumento de somente 0,07% quando comparado a demografia médica de 2015. Entre as regiões do Brasil, o Nordeste possui a segunda menor proporção, sendo 1,41 médicos/1.000 habitantes, ficando à frente somente da região Norte com 1,16 médicos/1.000 habitantes (SCHEFFER et al, 2018).

O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, além da provisão emergencial de médicos, possui outros importantes eixos, como: diminuir a desigualdade na distribuição de médicos nas regiões carentes do país; fortalecer os serviços da atenção básica; melhorar a formação dos médicos e ampliar a presença destes estudantes nas unidades de atendimento do SUS; desenvolver o fortalecimento da política de educação permanente; propiciar o intercâmbio de experiências entre profissionais estrangeiros e brasileiros; aprimorar as políticas públicas de saúde brasileiras; e potencializar as pesquisas no SUS (BRASIL, 2013a).

Após dois anos de implementação, o programa contava com cerca de 18.000 médicos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) de todo o país (BRASIL, 2016). Este número representa aproximadamente 4,6% do total de 399.392 médicos no país (SCHEFFER et al, 2015). Assim, o PMM torna-se ainda mais relevante diante da possibilidade de se planejar a distribuição destes novos médicos para APS, considerando os critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas (CAMPOS E PEREIRA JUNIOR, 2016).

Quanto ao eixo do provimento emergencial, as vagas foram oportunizadas primeiramente aos médicos brasileiros, em seguida aos médicos brasileiros com formação fora do Brasil e por fim médicos estrangeiros. Nesse último grupo, houve uma participação majoritária de médicos cubanos – resultado de um acordo entre Brasil, Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – e também de outros países, como Espanha, Portugal e Argentina (BRASIL, 2013). Até meados de abril de 2017, cerca de 80% dos médicos do PMM eram cubanos, equivalente a 11.400 profissionais (CANCIAN, 2017).

No que tange a formação acadêmica, estudo de Girardi et al (2016) envolvendo 1.241 médicos do PMM de todo país, identificou que a maioria dos participantes declarou possuir título de especialista (86,6%), obtido por meio de residência médica, curso de especialização, reconhecimento via sociedade de especialistas e mestrado

ou doutorado. As especialidades relacionadas à atenção primária – Clínica Médica e Medicina da Família e Comunidade ou equivalente – corresponderam a mais de 90% do total.

Alguns estudos sobre as práticas e processo de trabalho dos médicos oriundos do programa e das equipes de saúde da família que receberam esse profissional apontaram algumas mudanças no desenvolvimento das práticas das equipes de saúde da família, como maior intervenção no território e visitas domiciliares, aumento do número de consultas, criação e desenvolvimento de mais grupos e atividades de educação em saúde, escuta qualificada, ações na perspectiva da promoção da saúde, entre outras (PEREIRA, SILVA e SANTOS, 2015; SANTOS, 2015; GIRARDI et al, 2016; COMES et al, 2016; MOTA e BARROS, 2016; TERRA et al, 2016; SANTOS et al, 2016).

Girardi et al (2016) constataram que os médicos do PMM que trabalhavam em cidades mais distantes e consideradas de pequeno porte realizaram uma quantidade maior de procedimentos em detrimento daqueles que trabalhavam mais próximos das sedes regionais, considerando uma distância máxima de até 15 minutos, bem como em capitais e regiões metropolitanas. De uma maneira geral, os médicos contratados sabem fazer uma gama maior de procedimentos, atividades e ações do que as que realmente fazem, indicando possivelmente um escopo reduzido das práticas realizadas. Os principais motivos para não realização foram a insuficiência de materiais e infraestrutura inadequada, citadas por 87,3%, seguidos de fatores relacionados as normas da prática, como protocolos clínicos (34,7%), ausência de demanda (24,5%), execução por outros profissionais (23,0%), sobrecarga de trabalho (21,7%), entre outros.

Nota-se também entre os médicos do PMM estudados nos estados do Rio Grande do Norte e Pará, o exercício diferenciado da prática clínica com atendimento mais cuidadoso e humanizado, contribuindo para maior adesão ao tratamento e maior frequência dos usuários a Unidade de Saúde da Família. Num curto espaço de tempo o número de consultas aumentou consideravelmente, justificada pela demanda reprimida de atendimentos. Com a presença do médico oriundo do PMM a equipe passou a vivenciar uma nova realidade com maior frequência dos usuários nos serviços em busca de participar de grupos de educação em saúde, ou seja, uma perspectiva de promoção da saúde (PEREIRA, SILVA e SANTOS, 2015).

Os estudos aqui apresentados, de um modo geral, apontaram para descrição ou análise do processo de trabalho, das práticas de saúde e ações desenvolvidas, assim como para as formas de organização e relação entre os médicos, outros profissionais e os usuários, buscando identificar possíveis mudanças e inferir até que ponto estas induziram propostas alternativas de organização da assistência ou reforçavam a manutenção do modelo biomédico. A maioria adotou uma abordagem qualitativa, tendo como público-alvo médicos vinculados ao programa, que descreveram suas próprias práticas e as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família.

Nesta perspectiva, analisar o Programa Mais Médicos pela lente das práticas das equipes de saúde da família requer analisar o PMM criticamente sob a perspectiva do seu objetivo principal, de fortalecer a APS no SUS de modo a contribuir para a universalização do acesso e da cobertura. Entretanto, apesar da notória importância dos profissionais médicos do PMM, ainda são poucos os estudos que se propuseram investigar as práticas e o processo de trabalho das equipes de saúde da família que incorporaram o médico cubano, a partir da perspectiva de diferentes profissionais, somando-se a isso a escassez de publicações no tema, o que dificulta a comparação dos achados, conforme afirmam Campos e Pereira Júnior (2016) “embora tenha apresentado grande relevância no programa, pouco se identifica sobre as especificidades da atuação dos médicos cubanos”.

Há também necessidade de estudos na região nordeste do Brasil, que apresenta latentes vazios assistenciais, uma vez que a maioria dos estudos foi realizada no sudeste do país. Neste sentido, faz-se aqui a necessidade de uma discussão das práticas médicas através de uma análise comparativa entre o médico formado em Cuba e o médico formado no Brasil e como o Programa Mais Médicos, ao incorporar o médico com formação cubana, pode estar contribuindo para ampliação do escopo de práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Para tanto, este estudo pretendeu responder as seguintes perguntas de investigação: até que ponto a incorporação de médicos cubanos, no contexto do Programa Mais Médicos, influencia no desenvolvimento das práticas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família? Qual a direcionalidade dessas práticas?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a possível influência do médico cubano no desenvolvimento das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família, no contexto do Programa Mais Médicos.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a formação profissional dos agentes médicos formados em Cuba e no Brasil;
- Analisar o processo de trabalho e o desenvolvimento das práticas de saúde dos profissionais das equipes de saúde da família;
- Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho de equipes de saúde da família com e sem a presença de médico cubano.

3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

3.1 Elementos Teórico-conceituais

O conceito de prática de saúde, enquanto processo de trabalho, foi compreendido neste estudo a partir do suporte teórico-metodológico da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde proposta por Mendes-Gonçalves (1992; 1994), que se refere ao modo como os serviços são organizados para atender as necessidades de saúde dos usuários, bem como sobre a configuração e o reconhecimento dessas necessidades. Inicialmente é preciso ter clareza que Mendes-Gonçalves (1994) considera a prática de saúde enquanto uma prática social e que também é compreendida enquanto trabalho, pois visa à obtenção de determinados efeitos, busca alterar e transformar um estado de “coisas”.

Para formulação teórica do conceito de processo de trabalho em saúde, o autor procedeu a sua análise através do processo de trabalho médico. Para tanto, fez uso da concepção marxista de trabalho no campo da saúde, que compreende o trabalho como processo de transformação pelo homem para atender às necessidades humanas, construídas histórica e socialmente. Assim, afirma que o trabalho humano consiste na mediação entre o homem e a natureza, pois, embora faça parte da natureza, o homem se diferencia dela por sua ação livre e pela intencionalidade impressa ao trabalho (MENDES-GONÇALVES,1994). Assim, o trabalho consiste em atender as necessidades humanas, baseado num processo de transformação operado pelo homem.

O trabalho pode ser caracterizado como a ação físico-esquelética e mental que o trabalhador coloca num determinado objeto a ser transformado, a partir da sua atuação. Para isso, utiliza instrumentos e é orientado por uma dada finalidade de modo que a transformação gere um produto ou resultado, que pode ser expressado em bem material ou serviço (MENDES-GONÇALVES,1992).

Desse modo, Mendes-Gonçalves (1992) considera que o trabalho é constituído por quatro componentes que devem ser analisados em conjunto, visto a articulação que deve acontecer entre estes, para caracterizar um determinado processo de trabalho: objeto ao qual se aplica o trabalho; instrumentos ou meios de trabalho; finalidade; e agentes.

Na saúde, o processo de trabalho apresenta elementos comuns a qualquer processo em diferentes setores, assim como apresenta particularidades do próprio setor (GUADAGNIN, 2013). Peduzzi e Schraiber (2006), com base nos pressupostos de Mendes Gonçalves, descreveram o processo de trabalho em saúde: o objeto, compreendido como as necessidades de saúde das pessoas em que o trabalhador irá atuar; os instrumentos materiais, indicados como os equipamentos e medicações, dentre outros; instrumentos não materiais, considerados os saberes utilizados para que o trabalhador se aproprie do seu objeto de trabalho; e os agentes, isto é, os sujeitos da ação, que dispõem de instrumentos materiais e não-materiais para alcançar determinada finalidade.

De maneira mais detalhada, o objeto é aquilo a ser transformado, deixando seu estado inicial de matéria-prima do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992), contudo, é necessário compreender que o objeto não está disponível na natureza (realidade), em seu estado natural, ou na vida social independentemente ação humana (PEDUZZI, 2007). Nota-se que, “dialeticamente, por meio da dinâmica de apropriação da natureza o homem transforma a si mesmo; é a partir do seu domínio sobre a natureza que o homem se faz, se torna humano” (COSTA, 2005).

Sendo assim, o trabalhador encontra no objeto a necessidade em que irá intervir através da sua ação gerando um produto ou resultado de acordo com a necessidade que se atendeu. Portanto, ao recortar um processo de trabalho há o reconhecimento de uma necessidade equivalente a um projeto, bem como de um produto oriundo da transformação sofrida por intervenção do trabalhador e dos meios ou instrumentos utilizados por este. A concepção e o saber prévio são necessários para criação do projeto, daí então é possível identificar a necessidade e recortar o objeto (PEDUZZI, 2007). Assim, o objeto de trabalho é caracterizado por transformar-se no decorrer de um processo de trabalho. Ao fim deste, tem-se o objeto de trabalho transformado que, por sua vez, produz novas necessidades.

No caso da área da saúde, o objeto são as necessidades, recortadas da realidade, sobre as quais incidem a ação do trabalhador, isto é, a atividade do trabalho. Não existe enquanto objeto de intervenção por si só, mas é recortado na perspectiva de quem possui um projeto, uma finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ressalta-se que as finalidades são respondidas pelos processos de trabalho. Para tanto, na saúde, a finalidade precisa ser compreendida pelos agentes, isto é, pelos trabalhadores, podendo ocorrer de dois modos: se considerarmos a produção do lucro, numa perspectiva de saúde como mercadoria; ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, ao afirmar a saúde como direito (REIS et al, 2007).

Para compreensão do objeto das práticas é preciso fazer um regaste histórico sobre o desenvolvimento destas. Ao longo dos anos, a prática médica e as práticas de saúde valorizaram a doença como objeto privilegiado das suas intervenções. O corpo adoecido é concebido e constituído biologicamente, de modo a destituir o objeto da saúde de seu caráter social, tornando-se um corpo-objeto-coisa, manipulado a partir daquilo que o definem, os aspectos fisiológicos e biológicos (MENDES-GONÇALVES,1994).

O autor ressalta que as noções de normal e patológico, antes de sua concepção anatomo-fisiológica, eram concebidas como “modo de andar a vida” que normatizam a condição de doente e de saudável. O corpo tem outras ordens que o determinam para além da anatomia e da fisiologia, portanto a normatividade social extrapola a concepção biológica e ao definir o processo de saúde-doença incorpora os aspectos econômicos, culturais e ideológicos. Assim, o conceito de necessidades sociais é apreendido como objeto da prática de saúde, vinculado as classes sociais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Para Montero (1997), o estar doente ou o estar saudável são fenômenos sociais por excelência, que extrapolem o campo da biofisiologia, entretanto, se inserem e se constroem a partir das representações simbólicas, influenciados pela cultura, organização social, pelos interesses econômicos, entre outros. Assim, o objeto da prática de saúde é um conjunto de necessidades historicamente construídas e socialmente produzidas (COSTA, 2009).

Desse modo, para o avanço no debate sobre o objeto da prática de saúde e as necessidades sociais, faz-se necessária a identificação de um novo objeto para o desenvolvimento das práticas. Isto quer dizer que para considerar a determinação social do processo saúde-doença é preciso que exista um objeto da prática de saúde de maneira ampliada. O discurso da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) já incorpora essa reflexão, bem como esta noção também se faz presente no Modelo da Vigilância da Saúde e na Estratégia Saúde da Família (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Assim como o objeto das práticas, os instrumentos e a tecnologia também são constituídos socialmente e considerados meios materiais e não materiais utilizados para apresentação e manipulação do objeto. Os instrumentos materiais referem-se aos equipamentos, a exemplo dos medicamentos e instalações. O componente não material são os saberes, como a Clínica e a Epidemiologia, que orientam e fundamentam a apreensão do objeto e a sua manipulação para transformação (MENDES-GONÇALVES, 1992). Assim, os saberes, compreendidos como uma dimensão imaterial que compõe a produção do cuidado à saúde, permitem a apreensão do objeto de trabalho pelo trabalho, ou seja, a constituição de tecnologias e instrumentos pelos próprios sujeitos, de modo a intervir no objeto. Com isso, os instrumentos de trabalho são construídos historicamente pelo sujeito que estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto (WANDEKOKEN, 2015; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Cabe destacar que a categoria saber técnico não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos como fundamentalmente científico, de outra forma, a tecnologia é descrita como “um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 32), isto é, constitui-se pelo saber e seus desdobramentos através de instrumentos materiais e não-materiais. A tecnologia só ganha sentido no trabalho quando expressam relações entre os homens e os objetos, relações cuja adequação não se estabelece por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, mas com respeito às relações sociais de produção, organizados conforme as quais os homens então modificam a natureza e a história (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Para melhor compreensão dessa relação instrumentos-apreensão-manipulação do objeto das práticas de saúde, Mendes-Gonçalves (1994) afirma que a esfera produtiva dos serviços de saúde tem como uma das suas principais premissas o fato de estar profundamente ancorada na ciência e nos instrumentos materiais. Percebe-se então a redução da prática de saúde à prática técnica científica, somada a concepção ideológica da medicina e da saúde de não pertencer ao processo da determinação social. No entanto, este fato para o autor “não autoriza a desvinculação de instrumentos materiais dos sistemas de nexos técnicos mais

inclusivos estabelecidos nos processos de trabalho e que superam tanto por seu sentido interno (ao trabalho), quanto por suas articulações externas (na sociedade), a mera materialização de conhecimentos científicos” (MENDES- GONÇALVES, 1994).

Assim, o uso das tecnologias de trabalho em saúde não é neutro. Seus fins são definidos externamente, perpassando a economia e a política. Nesse sentido, os interesses de ordem econômica deram perfil aos modelos tecnoassistenciais, ou seja, Modelo Médico Hegemônico, que tem utilizado das tecnologias, principalmente nas máquinas, nos medicamentos e no saber especializado para produzir saúde de acordo com os interesses implicados neste modelo (FRANCO, 1999).

Portanto, para a investigação deste estudo, ao afirmar a prática de saúde enquanto prática social faz-se necessário se debruçar sobre um elemento fundamental para compreensão desse processo que são as relações técnicas e sociais estabelecidas pelos agentes entre si, bem como entre os agentes e o seu objeto de trabalho. Partindo do pressuposto que os agentes constituem um dos elementos desse processo (MENDES- GONÇALVES, 1992, 1994), estes “devem ser apreendidos e compreendidos no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho” (PEDUZZI e ANSELMINI, 2002).

Paim (1993) aponta que as intervenções em saúde acontecem por meio do trabalho humano, perpassando as relações técnicas e sociais estabelecidas entre os agentes da prática e entre os agentes e o seu objeto. Na medida em que as relações são também sociais incluem aspectos econômicos referentes a salários e honorários, por exemplo; políticos, ao identificar diferenças de poder, subordinação entre as categorias dos agentes; e ideológicos, como o domínio de um saber sobre o outro. Isto quer dizer que as relações técnicas e sociais se articulam com processos mais amplos da sociedade.

A divisão técnica e social do trabalho reflete a divisão de classes sociais, pois é inerente aos diversos modos de produção da sociedade. No modo de produção capitalista o trabalho é dividido em operações que são executadas por diferentes trabalhadores, considerada a divisão técnica e por diferentes classes sociais, isto é, a divisão social (MENDES-GONÇALVES, 1992). Compreender as práticas de saúde, a partir da determinação social, implica entender que entre a interação dos elementos constituintes dessa prática estão subordinadas as determinações econômicas,

políticas e ideológicas da estrutura social. Contudo, se essas práticas são sociais, integradas a estrutura social, são capazes de influir sobre a totalidade da sociedade (PAIM, 1993).

Ao tratar de mudança de práticas e mudança de modelos de atenção, a discussão sobre o objeto das práticas adquire lugar central. É a partir da concepção que se tem do processo de saúde-doença (determinação biológica, social), que são pensadas e organizadas as práticas. Para tanto, se compreendermos o processo saúde-doença como socialmente determinado, para a intervenção nesse objeto, a partir dessa concepção ampla e complexa, se faz necessário repensar atividades e instrumentos (COSTA, 2009).

Entretanto, o tema dos modelos de atenção não tem ganhado destaque no debate das macropolíticas. Diversos modelos assistenciais permanecem em disputa, com forte inclinação para reprodução, ainda que de forma não consensual, dos modelos hegemônicos com ênfase na assistência médico-hospitalar e o modelo assistencial sanitarista, cuja ênfase está nas campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Na contramão desse conflito de interesses, há esforços de construção de "modelos" alternativos, a exemplo do Modelo da Vigilância da Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A Vigilância da Saúde propõe a ampliação do objeto de trabalho, de modo a considerar as determinações sociais que afetam os diversos grupos populacionais. Para isso, assume a incorporação de diversos sujeitos, que vão além dos profissionais de saúde. Desse modo, não são considerados apenas os conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, mas também as tecnologias de comunicação social que contribuem para “mobilização, a organização e a atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Comparando a noção de Vigilância da Saúde com os modelos technoassistenciais (médico-assistencial e sanitarista, hegemônicos) constatam-se as diferenças com relação aos sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho:

Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a

terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitaria tem como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Em síntese, a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas:

a) Intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco;d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Com essas características, o modelo da Vigilância da Saúde é capaz de superar os modelos hegemônicos e sanitaria, mas para isso requer a redefinição não apenas do objeto de trabalho como também dos meios, das atividades, das relações técnicas e sociais, das organizações de saúde e da cultura sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 2001).

Claus (2005), afirma que para a organização da assistência à saúde é necessário construir novos sujeitos, com uma nova subjetividade, a fim de que as mudanças dos serviços de saúde sejam viáveis. Apesar do consenso sobre esta questão, é reconhecido que talvez seja um dos problemas mais difíceis de ser enfrentado para a mudança nos processos de trabalho.

Colocar em prática essas ideias perpassa identificar novas formas de refletir sobre o processo de trabalho em saúde. No modelo da vigilância, além da necessidade de redefinir o objeto das práticas, há de se questionar “a pertinência, consistência ou eficácia dos meios de trabalho e do trabalho propriamente dito utilizados para a apreensão e/ou transformação desse objeto” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, PAIM, 2008).

A proposta da Vigilância da Saúde e da Estratégia Saúde da Família têm, nessa compreensão do processo saúde-doença, as tecnologias e instrumentos de trabalho para a reorganização das práticas. Neste estudo, acredita-se que o exame das “práticas de saúde se constitua em ferramenta muito importante para a transformação

da realidade” (MENDES-GONÇALVES, 1994). Para alcançar o objetivo pretendido é fundamental compreender o objeto das práticas de saúde como objeto social, que pode mudar radicalmente a forma de se pensar e de se fazer saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

3.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo comparativo de casos com um nível de análise. A comparação ocorreu entre uma equipe de saúde da família que recebeu o médico cubano do Programa Mais Médicos e outra equipe composta por médico brasileiro que não faz parte do PMM, ambas pertencentes a uma mesma Unidade de Saúde da Família.

O estudo de caso é a estratégia escolhida quando se pretende investigar em profundidade o objeto de estudo, permitindo uma abordagem intensa em seu contexto (YIN, 2001). Desta forma, o método definido está coerente com essa investigação ao considerar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real – as práticas e o processo de trabalho das equipes de saúde da família, uma vez que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Ademais, os estudos de caso podem permitir algumas generalizações teóricas, que podem ser constatadas em outras situações concretas (YIN, 2001).

A unidade de análise do estudo é a equipe de Saúde da Família que pertence a Atenção Primária à Saúde, que por sua vez, é gerida pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.3 Cenário da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Estratégia Saúde da Família de uma capital do Nordeste brasileiro. A capital possuía cerca de três milhões de habitantes em 2016 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (DS) que apresentam variações na densidade demográfica quando analisados individualmente.

Apesar de ser considerada uma capital rica do Nordeste, a riqueza do município deve ser ponderada, a depender do bairro ou região da cidade analisada, pois é latente a desigualdade social, sendo observadas várias áreas remotas e vulneráveis, localizadas marginalmente, apresentando imensa dificuldade de atração e fixação de médicos em estabelecimentos da rede básica de saúde.

Diante desse cenário e considerando os critérios de prioridade do PMM (áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; e locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais) (BRASIL, 2015), o município aderiu ao programa para garantia dos profissionais médicos nessas regiões mais periféricas da cidade que ainda apresentavam dificuldade de fixação de médicos e até o final do segundo semestre de 2016 já havia recebido mais de 114 médicos do PMM.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no ano de 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde com o intuito de reorganizar a atenção básica à saúde. Em pouco mais de uma década, entre 2002 e 2013, a cobertura populacional aumentou apenas de 3% para 23%, com 159 equipes de Saúde da Família no município, sendo que 144 receberam médicos do Programa Mais Médicos. A rede de atenção básica era composta por 111 unidades de saúde, sendo que destas, 61 possuíam ESF. Além disso, o município contava com 11 NASF que davam apoio a 102 equipes de Saúde da Família (DATASUS, 2017; Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde 2014- 2017).

Este estudo foi realizado em um dos distritos sanitários do município elegido, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2017 foi considerado de médio desenvolvimento. Em 2015, possuía uma população de quase 200.000 habitantes, sendo a maior parte do sexo feminino e a sua distribuição, segundo a faixa etária, estava entre 10 a 39 anos, tendo a faixa etária na classe mais expressiva entre 25 a 29 anos (PMS – 2018-2022).

Quanto à oferta de serviços de saúde, no distrito há estabelecimentos da rede municipal como Unidades de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial e Centro Especializado em Odontologia; e da rede estadual, como uma maternidade e um hospital de médio porte; já a rede privada apresenta um extenso leque de serviços especializados (PMS – 2018-2022). Referente à cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, o Distrito apresenta índice com cerca de 44%, enquanto as Equipes de Saúde Bucal apresentam uma cobertura de aproximadamente 37% (PMS – 2018-2022).

3.4 Seleção dos casos

Foi escolhida uma Unidade de Saúde da Família em que tivesse ao menos uma equipe de saúde com médico(a) cubano(a) do Programa Mais Médico e outra equipe de saúde com médico(a) brasileiro(a), para efeito de comparação entre as equipes.

Além do critério citado acima, para a escolha dessas equipes foram utilizados como critérios de elegibilidade aquelas que tivessem a equipe mínima de saúde da família completa e aquelas indicadas por um informante-chave da Secretaria Municipal de Saúde, conforme a presença ou não de médico(a) cubano(a). Foi verificado também o tempo mínimo de atuação desses profissionais selecionados, considerando o período de 12 meses inseridos na equipe.

3.5 Produção dos dados: fontes, instrumentos e plano de análise

A população de estudo se caracteriza como um grupo de elementos que compartilham um conjunto de características comuns que interessa à pesquisa (YIN, 2001). Desse modo, participaram como sujeitos desta pesquisa profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, agente comunitário e técnico de enfermagem).

Para garantia do anonimato dos participantes, as equipes foram nomeadas como equipe ESF-PMM e equipe ESF, sendo que a Equipe ESF-PMM foi composta por um médico de Cuba, um enfermeiro, quatro agentes comunitários de saúde e um técnico de enfermagem; e a Equipe ESF tinha em sua composição médico brasileiro que não pertencia ao PMM, quatro agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem. Apenas três ACS de cada equipe participaram do estudo por motivo de férias do quarto agente no período da coleta.

Embora um dos critérios tenha sido a escolha de equipes que estivessem completas, no processo de coleta dos dados, quando algumas entrevistas já haviam sido coletadas, a Equipe ESF deixou de ter o profissional de enfermagem, não sendo possível entrevistá-lo e observá-lo em seu processo de trabalho, uma vez que a observação iniciou-se pela equipe ESF-PMM na qual a pesquisadora teve maior receptividade. No total, foram entrevistados e observados 11 sujeitos, sendo dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Foram utilizados roteiros semiestruturados, elaborados pela autora, para condução das entrevistas (apêndice 2 ao 4); Roteiro de Observação, também elaborado pela autora (apêndice 5); e Diário de Campo com o registro do cotidiano de

trabalho das equipes, destacando as situações mais relevantes. As entrevistas foram previamente agendadas com os sujeitos e realizadas individualmente no ambiente da unidade de saúde em que os entrevistados estavam vinculados, com duração média de uma hora e trinta minutos cada. Os dados foram gravados em áudio, mediante autorização dos participantes, e transcritos posteriormente pela autora. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, com observações nos dois turnos (matutino e vespertino) diariamente.

Além das entrevistas, roteiro de observação e diário de campo, a fonte dos dados envolveu a investigação em fontes secundárias como a análise de fichas de cadastro de pessoas e famílias adscritas nas equipes participantes, mapas territoriais e prontuários de usuários cadastrados.

As categorias analíticas tiveram como base o referencial teórico de Mendes-Gonçalves sobre a Teoria Social do Processo de Trabalho e Paim, Teixeira e Vilasbôas (1998) sobre Modelo da Vigilância da Saúde. Portanto, apresentaram elementos constituintes como: objeto; instrumento ou meios de trabalho; finalidade e agentes, como foco no desenvolvimento das práticas dos profissionais das equipes de saúde da família. No Quadro 1 consta a matriz analítica com as categorias que subsidiaram a análise dos dados coletados.

Quadro 1. Matriz de Análise

Categorias	Vigilância da Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998)	Operacionalização
Agentes	Equipes de saúde e população do território	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, sanitarista, biomedicina, educação física, farmácia, biotecnologia. • Trabalhadores de saúde: serviço social, direito, administração, arquitetura, músico, informática, entre outros. • Formação profissional dos agentes da saúde • Usuários, famílias e comunidade; • Características culturais, sociais, econômicos e políticas da população adscrita.
Objeto	<p>Necessidades e problemas de saúde que incidem em indivíduos, famílias, grupos e populações que vivem em determinados territórios.</p> <p>Território.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com determinadas doenças crônicas não – transmissíveis; • Usuários com tuberculose e hanseníase; • Usuários em busca de consumo de procedimentos; • Famílias; • Indivíduos saudáveis; • Grupos populacionais (crianças, adolescentes, gestantes, mulheres, homens, idosos, etc.).
Meios/Tecnologias	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico- sanitárias.	<p><u>Tecnologias materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos: medicamentos, instalações, sistema informatizado, protocolos, mapas dinâmicos, instrumentos de planejamento do cuidado, protocolos clínicos, protocolos

		<p>operacionais, material educativo informativo;</p> <p><u>Tecnologias imateriais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Saberes: clínica, epidemiologia, geografia crítica, técnicas de monitoramento e avaliação das ações em saúde, abordagens pedagógicas baseadas na autonomia dos sujeitos, métodos e técnicas de planejamento participativo e monitoramento conjunto.
<p>Atividades</p>	<p>Definição de território;</p> <p>Análise da Situação de Saúde;</p> <p>Planejamento local;</p> <p>Controle de riscos e danos;</p> <p>Controle de determinantes;</p> <p>Participação Social/Mobilização comunitária.</p>	<p><u>Territorialização:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição da área de abrangência e das micro-áreas; • Mapeamento da área de abrangência e participantes do mapeamento; Frequência de atualização do mapeamento; •Cadastramento das famílias e situação do cadastramento; • Definição da cobertura populacional adscrita. <p><u>Análise de Situação de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência de realização, atualização e participantes da Análise da Situação de Saúde; • Tipos de utilização da Análise da Situação de Saúde; • Tipo de informação utilizada na análise. <p><u>Planejamento Local:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes e utilização do planejamento; • Organização da oferta; • Autonomia na implementação das ações planejadas;

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das ações desenvolvidas. <p><u>Atendimento individual/ Intervenções específicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas, profissionais responsáveis, modo de realização; • Realização de interconsultas, e profissionais responsáveis. <p><u>Ações educativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de grupos na USF ou no território; • Outras atividades similares. <p><u>Vigilância epidemiológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificação e investigação epidemiológica; • Medidas de controle de surtos. <p><u>Controle de determinantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de ações de promoção desenvolvidas em função dos grupos prioritários; • Mobilização comunitária; <p><u>Ações intersetoriais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas prioritários, definidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE); • Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas priorizados pela equipe da ESF, no âmbito escolar; • Outras ações intersetoriais. <p><u>Visitas domiciliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes das visitas domiciliares;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem de toda a família que reside na casa visitada. <p><u>Ações no território:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de ações no território; • Realização, frequência, participantes; • Local de realização das ações; • Conteúdo da ação. • Mobilização comunitária
Relações técnicas e sociais	Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.	<p><u>Relação entre os membros da equipe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de hierarquia na relação; • Acesso ao profissional; <p><u>Tomada de decisão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para tomadas de decisão e participantes do processo decisório. • Realização de trabalho conjunto; • Explicitação e manejo dos conflitos.
Finalidade do trabalho da equipe	Controle de determinantes, danos, riscos e necessidades de saúde individuais e coletivas de um determinado território.	-

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998 e Costa, 2009.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Por envolver seres humanos, de acordo com a Resolução nº. 466/2012 e a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos; com a carta CONEP/CNS nº. 0244/2010; e com o Decreto nº. 7724/2012 que regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, de acesso à informação, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob número do parecer 2.369.333/2017, mediante anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município escolhido.

Os sujeitos participantes desta investigação receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 6), escrito de acordo com o Conselho Nacional de Saúde – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, no qual estavam contidos os objetivos da pesquisa realizada, de forma clara, no qual estavam assegurados os benefícios advindos da investigação e não maleficência, e ainda sobre a relevância da pesquisa. Este termo foi assinado pelo próprio participante da investigação e pela pesquisadora, ficando cada um em posse de uma das vias assinada.

Foi preconizado, em função do tipo de ação que foi realizada nesta investigação, que o estudo ofereceria riscos mínimos, uma vez que o anonimato dos entrevistados e a confidencialidade dos dados são garantidos, sendo que estes se referem a possíveis constrangimentos relacionados a algum dos itens da entrevista semiestruturada. Caso isto ocorresse, seria garantido o direito do desligamento da pesquisa a qualquer momento, sendo para isto necessária apenas a expressão formal ou informal do seu desejo. Também foi assegurada a privacidade dos dados obtidos não utilizando as informações para outros fins que não sejam pertinentes à pesquisa. Concedeu-se o livre acesso ao participante às informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, a qualquer momento.

Ao fim da pesquisa, os representantes da Secretaria Municipal de Saúde, bem como aos participantes do estudo, serão informados sobre os resultados e contribuições deste para o processo de trabalho em saúde. A divulgação dessas informações dar-se-á via eletrônica e impressa do produto final e os resultados e contribuições poderão ser divulgados em meio científico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O CAMPO DE ESTUDO, OS AGENTES DAS PRÁTICAS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

5.1.1 O campo de estudo

O distrito sanitário ao qual pertence à unidade de saúde possui uma área de aproximadamente 25km² e faz fronteira com mais outros três distritos, além de um município da região metropolitana. No ano de 2015 a população era composta por cerca de 175 mil habitantes, sendo um pouco mais de 50% do sexo feminino (SALVADOR, 2018).

O distrito é caracterizado por possuir grandes atrativos comerciais, como empresas de pequeno e médio porte e um shopping center. Além do comércio formal, é muito comum identificar no território o comércio de profissionais autônomos e trabalhadores informais, como é o caso dos ambulantes. Possui ainda dois bancos públicos e dois bancos privados (SALVADOR, 2018).

Quanto ao setor saúde, na rede pública conta com diversas unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Centro Especializado Odontológico, uma maternidade e um hospital de médio porte. Na rede privada, conta com diversos estabelecimentos clínicos e especializados (SALVADOR, 2018).

No setor público da área educacional há carência de creches e escolas, entretanto para o ensino fundamental e médio existe uma oferta regular vagas. As escolas privadas estão presentes em grande volume para o ensino básico, fundamental e médio. Os mais diversos pontos de religiosidade podem ser identificados no DS, contemplando uma grande variedade de religiões, a exemplo do evangelismo, cristianismo e candomblé (SALVADOR, 2018).

A unidade de saúde da família desse estudo foi inaugurada em 2004 como uma Unidade Básica de Saúde e só mais tarde passou a ser Unidade de Saúde da Família. Localizava-se num bairro amplo e com a maior parte da extensão geográfica composta por casas e mais recentemente por prédios de até 4 andares. Segundo os profissionais, o bairro foi planejado na década de 1980 pelo governo estadual destinado a moradia de servidores públicos que tiveram à época incentivo do governo para a compra de imóveis no bairro.

Possuía comércio local como padarias, restaurantes e lojas de variedades. A maioria das ruas era asfaltada e possuía calçadas limpas, com poucas árvores, entretanto em alguns pontos específicos havia acúmulo de lixo.

A unidade localizava-se numa região de fácil acesso para a maioria da população, próxima ao final de linha dos ônibus municipais que serviam a população, a unidade da polícia, ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a uma praça pública.

Esteticamente as instalações da unidade estavam bem conservadas, inclusive no período da coleta, ocorreu a manutenção da pintura das paredes, portas e grades. Na área externa contava com estacionamento para os trabalhadores e população, calçadas asfaltadas, rampa de acesso e identificação da unidade com placa. Na área interna contava com uma farmácia, quatro consultórios, um consultório de atendimento odontológico, uma sala de procedimentos, uma sala para vacinas, uma sala para curativo, uma sala de reunião, uma sala de utilidades, esterilização, administração, almoxarifado, SAME, sala de coleta, além de banheiros para os usuários, banheiro para pessoas com necessidades especiais, banheiros para os profissionais e copa para os trabalhadores da unidade.

Era disponibilizado para a população bebedouro com água gelada, ventiladores na sala de espera, mural de informações e caixa coletora de sugestões e/ou críticas referentes aos serviços prestados.

Para o atendimento, as consultas com médicas e enfermeiras eram marcadas mensalmente, mediante presença do usuário ou seu responsável. Cada equipe possuía um dia específico de marcação que era realizada via sistema local de regulação. Com base na observação foi possível perceber que a unidade de saúde sempre ficava com a sala de espera cheia, em especial nos dias de atendimentos para gestantes e idosos hipertensos e diabéticos. A vacina era ofertada diariamente e no período da coleta dos dados, por estarem em campanha contra a febre amarela, a demanda era grande.

5.1.2 Os agentes das práticas de saúde da família e a formação profissional

No período da investigação, a USF possuía três equipes de saúde da família, sendo duas do Programa Mais Médicos, uma com médica cubana e outra com médica brasileira.

No início da coleta dos dados todas as equipes estavam completas, tendo como padrão de composição uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários. Porém, durante a coleta dos dados, uma das equipes, aquela que não aderiu ao PMM, deixou de contar com a enfermeira que foi desligada para que um profissional estatutário pudesse compor a equipe, entretanto, até o fim da pesquisa essa nova profissional não havia assumido a vaga.

Havia também duas equipes de saúde bucal com duas odontólogas e duas auxiliares de saúde bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde Família que apoiava as equipes desta e de outra unidade do distrito. Além destes profissionais, a unidade contava com dois trabalhadores que atuavam no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), uma trabalhadora que prestava serviço na farmácia, duas auxiliares de serviços gerais, dois agentes de controle de zoonoses e uma gerente geral.

As duas equipes elegidas para este estudo foram ilustrativamente nomeadas de Equipe ESF-PMM e ESF. Para a apresentação dos achados deste estudo, os profissionais da Equipe ESF-PMM foram identificados como P1, P2, P3, P4, P5 e P6, enquanto os profissionais da Equipe ESF foram caracterizados como P7, P8, P9, P10 e P11.

Do conjunto de 11 profissionais entrevistados, seis pertenciam a equipe ESF-PMM que era composta por uma médica cubana, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, sendo duas mulheres e um homem. E cinco pertenciam à equipe ESF, dentre eles uma médica, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, dos quais dois eram homens e uma mulher. Havia dois regimes de trabalho, a contratação via PMM da médica cubana e o regime estatutário ao qual se encaixavam todos os demais profissionais de ambas as equipes.

Como se vê, o Quadro 2 apresenta a caracterização dos profissionais de saúde das equipes ESF-PMM e ESF, conforme o sexo, idade, nacionalidade, escolaridade, tempo de formação, formação especializada e o tempo de atuação na unidade e na equipe de saúde.

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais de saúde das equipes ESF-PMM e ESF.

Características	Equipe ESF-PMM						Equipe ESF				
	Médica	Enfermeira	Técnica de enfermagem	Acs 1	Acs 2	Acs 3	Médica	Técnica de enfermagem	Acs 1	Acs 2	Acs 3
Idade	32	30	37	62	48	38	34	53	57	40	36
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Nacionalidade	Cubana	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira
Escolaridade	Nível Superior	Nível Superior	Nível Superior	Nível Superior	Nível Médio	Nível Médio	Nível Superior	Nível Técnico	Nível Superior	Nível Médio	Nível Médio
Tempo de formação	8 anos	7 anos	12 anos	10 anos	-	-	8 anos	20 anos	5 anos	-	-
Possui especialização	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Especialização em SF ou APS	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo que atua na USF	4 anos	3 anos	3 anos	14 anos	14 anos	14 anos	5 anos	14 anos	14 anos	14 anos	14 anos
Tempo que atua na equipe	4 anos	4 anos	3 anos	14 anos	14 anos	1 ano	5 anos	14 anos	14 anos	14 anos	14 anos

Conforme pode ser observado no Quadro 2, em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, a idade média dos trabalhadores da equipe ESF-PMM era de 41 anos e na equipe ESF a média de idade era de 44 anos. De um modo geral, eram profissionais jovens que estavam atuando nesta unidade, o que sugere que poderiam ter maior “fôlego” para a lida diária do trabalho e maior disposição e disponibilidade para enfrentar os desafios que eram postos no processo de trabalho no âmbito da estratégia saúde da família. Seria ingênuo atribuir apenas a questão da idade para o enfrentamento dos desafios, no entanto, sabe-se que profissionais mais velhos, que já estão algum tempo nos serviços públicos, tendem a desenvolver uma prática situada na “zona de conforto” do seu fazer diário, sem provocar mudanças consideráveis nas práticas de saúde.

Tanto na equipe ESF-PMM quanto na equipe ESF a composição era majoritariamente feminina, sendo na equipe ESF-PMM cinco mulheres e um homem e na equipe ESF três mulheres e dois homens. É sabido que, historicamente, o campo de trabalho da área da saúde é um lugar de concentração do trabalho feminino. Esse lugar de prática do “cuidar” como um processo “naturalizado”, atribuído ao público feminino, partiu de questões estruturais da sociedade como a construção cultural do papel da mulher, sendo reconhecida com maiores habilidades para os cuidados, neste caso com a saúde/doença, assim como com as crianças, com os idosos, entre outros (LOPES, 2005; ESPÍNDOLA, LEMOS e REIS, 2011). O reflexo dessa “herança” pode ser observado ainda nos dias atuais com o maior número de mulheres assumindo as profissões da saúde, em especial na área da enfermagem.

Em relação à nacionalidade, exceto a médica da equipe ESF-PMM que nasceu em Cuba, todos os demais profissionais, de ambas as equipes, eram brasileiros.

O estudo revelou que dentre os seis profissionais da equipe ESF-PMM, quatro deles possuíam formação em nível superior, o que representava 67% dos profissionais desta equipe. Além da médica e da enfermeira, a técnica de enfermagem era graduada em Enfermagem e uma agente comunitária em Geografia. Na equipe ESF, entre os cinco participantes, apenas dois tinham esse nível de formação, sendo eles a médica e um agente comunitário formado em Serviço Social, o que equivale a 20% dos profissionais. Os demais agentes de ambas as equipes possuíam nível médio e a técnica de enfermagem da equipe ESF o nível técnico, que era requisito fundamental para assumir a função.

As médicas das duas equipes concluíram a graduação há oito anos e a enfermeira da equipe ESF-PMM formou-se há sete anos. O tempo de formação era relativamente pequeno, com isso foi possível inferir que durante a graduação esses profissionais tiveram uma aproximação maior com os princípios do SUS e atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, se comparadas àqueles profissionais que se formaram há mais de 15 de anos, por exemplo, quando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estavam sendo implementadas e o conteúdo da saúde pública e da saúde coletiva eram praticamente inexistentes nos currículos dos cursos.

Com o advento da criação das DCN em 2001 e a reformulação destas para o curso de Medicina em 2014, exigiu-se que a formação médico-acadêmica tivesse total vinculação às diretrizes do Sistema Único de Saúde, de modo a aproximar a formação médica com a saúde pública. Esse documento estabeleceu competências profissionais e enfatizou a integração ensino-serviço nas unidades de saúde, inclusive os serviços da APS como cenários de prática de forma longitudinal, intencionando a articulação entre teoria e prática com base nos preceitos da integralidade do cuidado (ADLER e GALLIAN, 2014).

Embora a criação das DCNs tenha sido um importante avanço para formação médica no Brasil, sabe-se que muitos estudantes ainda são formados de acordo com o modelo tradicional curativista e se inserem no serviço público com a mesma lógica mercantilista do serviço privado, com isso, percebe-se que o enfoque no tecnicismo persiste, seja no serviço, na gestão ou no ensino (ESPÍNDOLA, LEMOS e REIS, 2011).

Desse modo, o que se busca é uma formação cuja prática ocorra de maneira reflexiva e contextualizada, “uma práxis pedagógica apropriada a superar o treinamento meramente técnico e tradicional, vislumbrando a formação de sujeitos éticos, críticos, reflexivos, colaborativos, históricos, transformadores, humanizados e com responsabilidade social” (CYRINO et al., 2015).

Em relação à formação pós-graduada, a médica cubana, a enfermeira e a agente comunitária da equipe ESF-PMM, bem como a médica brasileira da equipe ESF relataram possuir pós-graduação, entretanto, apenas a médica cubana e a enfermeira afirmaram possuir pós-graduação *latu senso* em Atenção Primária à Saúde e/ou Saúde da Família.

Estudo de Espíndola, Lemos e Reis (2011) revelou que o que pode contribuir para que enfermeiros sejam mais qualificados é a grande disputa nos processos seletivos para atuar na ESF, fato que possivelmente pode potencializar a inserção de profissionais mais qualificados no SUS. O estudo mostrou ainda que o médico brasileiro, tradicionalmente, possui um currículo que privilegia mais o biologismo, enquanto que os profissionais da enfermagem tendem a ter maior aproximação com a saúde coletiva e gestão, o que reflete a representação desta categoria profissional com maior campo de trabalho na saúde pública e com menos possibilidades no mercado liberal, como no caso dos médicos (ESPÍNDOLA, LEMOS e REIS, 2011).

Quanto ao tempo de atuação na unidade, houve distinção entre os ACS e os outros profissionais, pois todos os agentes estavam na unidade há 14 anos, desde quando esta foi inaugurada, o que favoreceu o vínculo com a comunidade e o reconhecimento do território. Por outro lado, a médica cubana atuava há quatro anos e a enfermeira e técnica de enfermagem da equipe ESF-PMM atuavam há três anos. Na equipe ESF, a médica estava trabalhando na unidade há oito anos e técnica de enfermagem deu início ao seu trabalho nesse local há 14 anos, do mesmo modo que os ACS. Apenas um destes profissionais, um agente comunitário da equipe ESF-PMM, referiu ter trocado de equipe ao longo da sua trajetória na unidade, por isso ele atuava nessa equipe há cerca de um ano. Vale ressaltar que a médica cubana contratada via PMM estava nesse período por ter adquirido direito de permanência no país, uma vez que seu conjugue é brasileiro, do contrário teria tido seu contrato encerrado quando completados três anos de atuação, conforme cooperação Cuba e Brasil.

Girardi et al (2016) revelaram em seu estudo que ao associar escopo de práticas na ESF com o tempo de formação, aqueles profissionais cujo tempo de formados é menor realizavam um maior número de procedimentos, atividades e ações de saúde. Afirmaram ainda que “médicos recém-graduados tendem a procurar locais de trabalho onde se sintam desafiados e possam ganhar experiência”. Os autores compararam seu estudo a outro estudo americano no qual o escopo de prática pretendido por residentes em medicina de família comparado ao de médicos já atuantes nesta área, no momento da obtenção de certificação/recertificação profissional, indicava que os residentes entrevistados informaram maior intenção em

praticar escopo ampliado, incluindo cuidados em obstetrícia, pré-natal, cuidado de doenças crônicas e agudas, dentre outros.

A participação em espaços de educação continuada foi citada por cinco dos seis ACS entrevistados, dentre esses, três eram da equipe ESF-PMM e dois da equipe ESF. Relataram participar constantemente de cursos ofertados pela secretaria municipal de saúde, com os mais variados temas, entre eles diabetes, hipertensão, saúde mental, entre outros, conforme pode ser visto no relato do entrevistado P11 da equipe ESF.

Já tiveram vários cursos. A gente está tendo agora inclusive um que a gente fez há treze anos atrás, no primeiro ano, que é o introdutório que fala não só do ACS em si, mas da equipe de saúde no geral. Além desse, a gente já teve vários cursos (P11-ESF).

Os profissionais P6 e P9 especificaram os temas que foram abordados com maior frequência nos cursos ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os últimos foram sobre população negra, saúde do homem, saúde da mulher, a própria vacina, diversos temas (P6-ESF-PMM).

Muitos cursos já foram ofertados... todos na saúde pública. Capacitação para trabalhar com drogados, mulheres drogadas que tem relação com prostituição, adolescentes, idoso, diabéticos e hipertensos (P9-ESF).

Tais achados corroboram com o que Cotta et al (2016) disseram sobre a educação permanente para profissionais de saúde. Esta deve iniciar desde o treinamento introdutório da equipe ao ser inserida no âmbito da estratégia saúde da família, através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis e de acordo com a realidade de cada contexto territorial. Para isso, é preciso pensar em alternativas metodológicas que sejam orientadoras e que partam do pressuposto de que esse processo deve surgir da realidade das “práticas concretas de saúde, seus determinantes e limitantes, no sentido de buscar interação com as exigências do trabalho”.

De um modo geral, as equipes investigadas neste estudo eram de profissionais jovens, com tempo curto de formação em nível superior e majoritariamente feminina. O modo de contratação na maioria dos casos foi via concurso público, exceto pela

médica cubana que era via cooperação Cuba-Brasil e o tempo de atuação nas equipes é relativamente recente, pois eram profissionais convocados no concurso público realizado em 2012. Considerando os profissionais de nível superior, todos possuíam algum tipo de especialização, sendo que a enfermeira e médica da equipe ESF-PMM se debruçaram nos estudos sobre saúde família. Todos os profissionais referiram ter participado de algum momento de qualificação e educação permanente após inserção na ESF.

Para Espíndola, Lemos e Reis (2011) a grande diversidade das equipes que atuam na ESF, seja quanto ao próprio perfil dos profissionais, mecanismo de contratação, às modalidades de seleção e aos processos de capacitação, causam impactos diversos na configuração da estratégia, na rotatividade dos profissionais, na integridade, na resolutividade e qualidade das ações e na formação de vínculos com a comunidade, interferindo diretamente na organização do processo de trabalho.

5.1.3 Caracterização dos agentes médicos quanto à formação profissional

Para melhor compreensão da origem social, com ênfase na escolaridade, foi investigado o núcleo familiar e nível de instrução dos familiares dos agentes médicos, bem como foi investigada a própria trajetória acadêmica desses profissionais, desde o ensino básico até a formação médica e pós-graduada, incluindo a aproximação com a temática da Atenção Primária à Saúde.

A formação da médica cubana

Identificou-se que a médica cubana, que pertencia à equipe ESF-PMM, antes de morar no Brasil possuía um núcleo familiar composto por pai, mãe e irmã, todos com formação em nível superior, porém nenhum destes com formação em medicina. Quanto à sua própria formação, concluiu ensino básico, fundamental, médio e superior em escolas públicas, uma vez que no regime cubano não há escolas privadas.

Formada em Medicina há oito anos, quando a época do vestibular não tinha este curso como primeira opção. Inicialmente desejou cursar Odontologia, no entanto, durante o processo seletivo não obteve aprovação na etapa da prova de habilidades. Daí então fez a seleção para o curso de medicina que era sua segunda opção e durante o curso passou a ter afinidade com a área médica, conforme pode ser observado abaixo:

Na verdade, eu não queria ser médica, eu queria ser *odontologista*...
odontóloga no caso, mas assim na hora da prova de habilidades... a gente

faz uma prova de habilidades antes de você fazer o vestibular, lá também existe uma prova de vestibular. Aí na prova de habilidade do dentista eu não me dei bem, aí eu não consegui passar. Na minha segunda opção era médico e depois tinha veterinário, aí chegou medicina, comecei a fazer e me formei (P1-ESF-PMM).

Esse trecho revela outra perspectiva de *status* para o curso de medicina. Diferente do que ocorre no Brasil, em Cuba tanto o curso de medicina quanto os demais cursos da área da saúde são social e igualmente vistos como importantes no processo de cuidado às pessoas.

Durante a graduação, o tema da atenção primária foi introduzido desde o primeiro semestre com conteúdo teórico-prático, conforme mencionou a entrevistada P1.

Uma *assinatura* que se chamava APS, era introdução a Atenção Primária à Saúde que no início a gente já ia direto para uns postos, tipo esse posto aqui, aí você tinha um tutor, um especialista em saúde da família que ensinava o básico. Aí você tinha as aulas teóricas e durante o dia, acho que umas três vezes na semana, você ia nessa policlínica, aí você acompanhava a saúde da família. Um acompanhamento de gestante, puericultura, atenção aos grupos de risco, diabetes, pressão alta, as mesmas coisas daqui, só que desde o primeiro ano a gente tem. E durante os seis anos tem várias matérias que a gente tinha que passar pela saúde da família (P1-ESF-PMM).

Assim como o período de introdução do conteúdo teórico sobre APS ocorreu nos meses iniciais do curso, o desenvolvimento de práticas em APS também ocorreu desde o primeiro semestre, sob supervisão dos profissionais das equipes de saúde da família e professores.

A interlocutora revelou que devido ao forte direcionamento da sua formação para Atenção Primária à Saúde, passou a ter afinidade com essa área. Afirmou ainda que foi estimulada a se especializar em Saúde da Família, uma vez que havia necessidade de profissionais com esse perfil em seu país. Desse modo, logo após sua graduação, ingressou na residência em Saúde da Família e passou a atuar na Atenção Primária cubana. Especializou-se ainda em anatomia patológica antes de se mudar para o Brasil em 2014, através do Programa Mais Médicos.

O que motivou a sua vinda para o Brasil foi vivenciar um país com regime diferente de Cuba, conhecer o sistema de saúde brasileiro e ter uma perspectiva melhor de renda. No Brasil se casou com um brasileiro, adquiriu permanência no país

e prosseguiu no PMM mesmo após ter encerrado o ciclo de 3 anos, conforme previsto no programa.

A formação da médica brasileira

O núcleo familiar da médica da equipe ESF, quando solteira, era composto por pai, mãe e irmão, sendo o pai e o irmão com formação em nível superior e a mãe com formação em nível médio. Quando entrevistada, seu novo núcleo familiar estava composto por marido e filha.

Quanto à educação formal, concluiu ensino básico, fundamental e médio em escolas privadas e graduou-se em medicina, há oito anos, em universidade pública federal. O que motivou a escolha do curso de medicina foi a afinidade pela área, sendo este curso sua única opção no período do vestibular.

Durante sua graduação, o contato inicial com a temática da APS ocorreu no 4º semestre através de um componente curricular teórico.

Acho que 4º semestre a gente teve uma parte de saúde coletiva que era teórico, mas teve também outra matéria que a gente tinha que era tipo uma prática na unidade de saúde da família, aí já era no internato... oitavo semestre talvez ou a partir do oitavo (P7-ESF).

É possível perceber, a partir do trecho, que ao ser questionada sobre seu contato inicial com a APS, a profissional não soube relatar com objetividade como ocorreu, bem como teve dificuldade em relatar a natureza dos componentes curriculares, se prático, teóricos ou teóricos-práticos. Este fato revela que desde a graduação não existia afinidade com a temática e que possivelmente tais conteúdos foram abordados de forma superficial quando comparados a conteúdos da clínica e especialidades médicas, uma vez que a entrevistada não apresentou quaisquer dificuldades em relatar como foi sua aproximação com essa área.

Assim como o período de introdução do conteúdo teórico sobre APS que ocorreu de forma tardia já no quarto semestre, o desenvolvimento de práticas neste âmbito ocorreu ainda mais tarde, sendo ofertado apenas próximo ao final do curso, no oitavo semestre, e com uma carga horária reduzida se comparada com estágios nos serviços especializados e de alta complexidade, conforme relatou a participante.

Essa disposição dos conteúdos e oferta de componentes curriculares reforçam um modelo de formação mais voltado para a clínica e especialidades, em detrimento a uma formação generalista, com ênfase na saúde coletiva. Outro ponto importante é que, embora o nome seja sugestivo de disciplina prática, o estágio na APS ocorreu

nos moldes de observação do trabalho dos profissionais médicos do que no desenvolvimento das práticas propriamente dito: “A gente acompanhava, ficava observando o atendimento médico, [...] cheguei a fazer visita domiciliar, foi isso” (P7-ESF).

Em termos profissionais, caracterizava sua aproximação profissional com a APS e com a saúde da família estritamente por questões financeiras, como pode ser identificada no seguinte trecho “Foi pensando financeiramente... teve concurso da prefeitura e aí fiz a prova para o PSF que era o que dava mais gratificação e aí o salário ficava melhor” (P7-ESF). Durante a entrevista teve dificuldade em apontar outros elementos que pudessem caracterizar sua aproximação com a APS, além da questão financeira.

No que tange a formação em pós-graduação, a médica brasileira possuía especialização em ginecologia e obstetrícia, que estava relacionada à sua atuação em outro estabelecimento de saúde especializado. A entrevistada revelou que na unidade de saúde da família trabalhava oito turnos semanais e dois turnos durante a semana atuava num serviço especializado como obstetra. Somada a informação de que escolheu trabalhar na ESF apenas por questões financeiras, pode-se inferir que o engajamento para o desenvolvimento das práticas de saúde da família era limitado, uma vez que teve baixa aproximação com a APS durante a formação, não tinha afinidade pela área e ainda investiu na formação especializada em obstetrícia, que pareceu ser seu principal lócus de trabalho quando toma-se como ponto de análise o desejo de atuação.

Outro elemento que pode sugerir sua baixa inclinação para atuar na APS é a compreensão limitada sobre o cumprimento da sua carga horária de trabalho. Na antiga Política Nacional de Atenção Básica (2006), era previsto o cumprimento de 32 horas semanais na unidade pelos profissionais médicos e 8 horas eram destinadas para qualificação profissional voltada para APS/ESF, entretanto, como é o caso dessa profissional, muitos médicos consideravam as 8h semanais como “folga” e utilizavam essa carga horária de qualificação para atuarem em outras instituições. Com a publicação da nova PNAB (BRASIL, 2017), os médicos passaram a cumprir 40h semanais integralmente na unidade, motivo que gerou faltas frequentes na USF.

[...] outra coisa é que não atendo dia de quinta. Tinha uma portaria do ministério da saúde que liberava as quintas-feiras com folga. Essa portaria

foi revogada há pouco tempo, em janeiro e esses turnos por enquanto eu tenho faltado, quando eu consigo trocar o plantão lá, que eu tenho plantão fora, aí eu venho para cá, aí está assim (P7-ESF).

Com a publicação da nova PNAB (2017), afirmou ter seus “direitos lesados”, informando que por conta disso estava restringindo a sua atuação a ações e práticas consideradas mínimas para o exercício da sua função na unidade. Neste momento, a entrevistada mostrou-se com certa indignação com o fato de perder seus turnos que considerava serem de “folga”.

[...] as vezes faço até a mais do que devo. Quer dizer, fazia, fazia até antes no que cabia a minha função como médica de família. Antigamente eu botava DIU na paciente da área, já atendi em outro lugar para fazer um outro procedimento. Mas no momento essas concessões foram suspensas, então já que suspenderam meu benefício, também suspendi essas questões (P7-ESF).

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018), esta alteração retoma determinações que foram implantadas desde a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, consideradas positivas em relação ao favorecimento do vínculo entre profissional e usuário, assim como pode potencializar a responsabilidade sanitária das equipes no território e a continuidade do cuidado. Por outro lado, sabe-se que a flexibilização da carga horária dos médicos de 40 para 20 horas tinha como principal objetivo minimizar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes. Infelizmente é um problema que ainda persiste, a exemplo da baixa adesão ao PMM por médicos brasileiros para atuarem na ESF.

Espíndola, Lemos e Reis, (2011) afirmam que o fato do trabalhador da saúde possuir dois empregos pode expressar a necessidade de complemento de renda e certamente tem influência na sua qualidade de vida e na eficiência dos serviços prestados.

Semelhanças e diferenças entre a formação da médica cubana e brasileira

Abaixo um esquema que compara sinteticamente as principais semelhanças e diferenças entre a formação da médica cubana e da médica brasileira.

Esquema 1 - comparação do processo formativo entre as médicas da equipe ESF-PMM e ESF.



O Esquema 1 de comparação entre a formação da médica brasileira e da médica cubana revela que as semelhanças se esgotam no que tange a natureza da Instituição de Ensino Superior em que se formaram, ambas em universidades públicas e o período de oito anos que concluíram o curso.

Por outro lado, as diferenças foram marcadas pela natureza das escolas em que cursaram o ensino básico, fundamental e médio, sendo que a médica brasileira cursou em escolas particulares e a médica cubana em escolas públicas. Outra diferença também foi a motivação para escolha do curso de medicina, pois a médica brasileira escolheu por afinidade e essa foi sua única opção, enquanto a médica cubana optou pela medicina secundariamente ao não obter aprovação no curso de odontologia que era sua primeira opção.

Mais um marcador importante de diferenças está no período em que tiveram primeiro contato com a Atenção Primária à Saúde durante o curso e o início da prática em APS no período de formação. A médica cubana teve contato com a temática e com o desenvolvimento das práticas a partir do primeiro semestre, enquanto a médica brasileira só teve alguma aproximação com a teoria no 4º semestre e com a prática somente no 8º semestre.

A área em que escolheram para se especializar também apresentou diferença, pois somente a médica cubana realizou formação pós-graduada em medicina de família e comunidade, motivada pela necessidade do seu país em ter esse profissional, enquanto que a médica brasileira possuía especialização em obstetrícia e a escolha da área tenha sido apenas por interesse pessoal.

Por fim, quando se trata da aproximação profissional com a atenção primária, a médica cubana afirmou gostar da área e possuir afinidade com o campo da saúde coletiva, por outro lado a médica brasileira caracterizava sua aproximação apenas por interesse financeiro próprio.

Diversos autores têm assinalado a diferença na formação médica entre cubanos e brasileiros, afirmando que o segundo incorpora uma classe hegemônica em seu país. Por outro lado, os médicos formados em Cuba possuem uma perspectiva altruísta do trabalho, atuando a partir de um projeto mais humanista o que inclui o fazer clínico baseado no território e na comunidade, sem excluir a Biomedicina. Além disso, a formação médica cubana ocorre num contexto de sistema de saúde que privilegia a APS, facilitando assim a compreensão sobre o cuidado baseado na Medicina de Família (SANTOS et al, 2016; TERRA, et al, 2016; NASCIMENTO, 2017; GOMES, MERHY e FERLA, 2018).

No ano de 1959, em Cuba, com as diversas migrações ocorridas no país após a Revolução, restaram cerca de três mil médicos no país. A evasão ocorreu com maior repercussão e intensidade entre os professores do único curso de medicina do país, em Havana: dos 157 existentes na Faculdade de Medicina, apenas 16 ainda estavam lá no ano de 1962. E foi a partir desse contingente de professores que ficou que novos médicos foram sendo formados. No ano de 1999, havia crescido significativamente a quantidade de médicos que atuavam em Cuba, sendo cerca de 65 mil – em outras palavras, havia um médico para cada 175 habitantes –, desse montante, quase metade (29.984) atuavam como médicos de Medicina General Integral (MGI),

especialistas que atuam na atenção primária. Um pouco mais tarde, em 2004, a ilha já contava com 85.887 médicos formados (GOMES, MERHY e FERLA, 2018).

Além do incremento numérico, havia preocupação em formar profissionais cuja concepção política se aproximava aos valores preconizados pela Revolução: “mais que tecnicamente competentes, que fossem capazes de colaborar com a construção de uma sociedade de iguais”. Para isso, foram realizadas mudanças na formação, com aumento das atividades práticas em todos os estabelecimentos de saúde e articulação da atenção especializada, que foi ampliada e descentralizada, junto à atuação dos MGIs. Contudo, essa transformação ainda não foi suficiente para que ocorresse o completo deslocamento dos aspectos curativos para uma atuação voltada para prevenção, não rompendo, portanto, com a medicalização nem com a perspectiva biomédica (GOMES, MERHY e FERLA, 2018).

Entretanto, a mudança na formação médica potencializou a construção subjetiva do ser médico como ator revolucionário, o que veio a se tornar a dimensão central na política cubana. A dimensão ética dos médicos cubanos foi sempre campo de embates fundamentais.

Ao discursar para estudantes de medicina em Cuba, Guevara descreveu o médico como um trabalhador que deveria se aproximar do povo e compreender profundamente o objeto de seu trabalho. Assim, além de estar nos serviços de saúde, o médico teria que participar da dinâmica de vida das pessoas a quem ele atende. Considerava, porém, que eles não deveriam se aproximar do povo com a intenção de fazer caridade, e sim com a prática da solidariedade (GOMES, MERHY e FERLA, 2018).

Atualmente, os médicos cubanos têm seu currículo estruturado com base nas diretrizes e atributos do Sistema Nacional de Saúde e da Atenção Primária de Saúde. Com isso, possuem uma formação generalista que potencializam o desenvolvimento de aptidões humanistas, com ênfase na atenção integral à saúde através da promoção, prevenção, cura e reabilitação dos sujeitos, da família, da comunidade e do meio ambiente com forte inclinação para promoção da saúde e prevenção de agravos, desenvolvidas através de “competências diagnósticas, terapêuticas e comunicativas, além de transpor o olhar para o paciente além do indivíduo, na busca por suas relações familiares, na comunidade e com o meio ambiente” (NASCIMENTO, 2017).

Para isso é preciso levar em consideração, além dos valores humanísticos, os valores éticos, solidários e de atitude cidadã (TERRA, et al, 2016; NASCIMENTO, 2017). Nessa perspectiva, a medicina cubana enfatiza a formação com foco na prevenção e em atitudes de contato entre profissional e usuários, como a conversa “olho no olho” –de modo que essa relação possa favorecer procedimentos que auxiliam no diagnóstico e evitar a prescrição de exames de alta densidade, bem como a utilização de medicamentos de última geração (SANTOS et al, 2016), que por vezes custam muito caro para o sistema de saúde.

Nascimento (2017) aponta que as formações médicas em Cuba e no Brasil apresentam semelhanças no que diz respeito a exigir um perfil profissional com formação generalista e desenvolvimento de prática de promoção da saúde, prevenção das enfermidades, realização de diagnósticos, além de competências terapêuticas e de reabilitação e recuperação, com ênfase no indivíduo, família e comunidade na perspectiva da integralidade do cuidado. Teoricamente, o perfil do profissional a ser formado nos dois países é praticamente o mesmo, entretanto o que se pode justificar tantas características diferentes quando formados é a aproximação inicial com o sistema público de saúde, em especial com a atenção primária, bem como o desenho do currículo em Cuba com o Sistema Nacional de Saúde, o que não ocorre no Brasil.

Outro ponto importante que marca diferença entre o médico brasileiro e o cubano está no status social que é empregado a esse profissional nos dois países. Diferentemente de como ocorre no Brasil, em Cuba o médico que atende família é reconhecido e valorizado, pois “presta o primeiro atendimento de forma integral, com qualidade, solucionando as demandas, acompanhando os pacientes e interagindo com os demais níveis de atenção em saúde. Os médicos cubanos reconhecem e dão importância à cultura e hábitos locais” (SANTOS et al., 2016).

O modelo de saúde de Cuba é voltado para atenção primária, enfatiza a qualidade de vida dos sujeitos e desenvolve ações de promoção e prevenção. Diferem-se dos médicos formados no Brasil por desde o início da graduação serem orientados para atuarem como generalistas na medicina de família, além de serem acompanhados, através de ações de educação permanente, desde a residência e durante a atuação profissional (SANTOS et al., 2016).

De um modo geral, o médico formado no Brasil, que atua na ESF, ainda desenvolve práticas baseadas no conceito biomédico, inadequado à estratégia por diversos aspectos, incluindo a atenção fragmentada em especialidades e o atendimento desumanizado, além da dificuldade de se articular num trabalho interdisciplinar (MORETTI-PIRES, 2009), o médico formado em cuba inserido nas equipes de saúde se diferencia pela escuta qualificada, pelo olhar e pelo examinar, reforçando a característica de considerar o diálogo com o usuário uma forma de compreender seu sofrimento e encontrar soluções que, muitas vezes, independem de exames de som e imagem e até mesmo de fármacos (SANTOS et al, 2016). Sob essa perspectiva, os intercambistas cubanos, no contexto do Programa Mais Médicos, vêm contribuindo para o aumento da oferta de serviços e da capacidade de diagnóstico do território, além de reduzir o tempo de espera do usuário para agendamento de consultas (SANTOS, COSTA e GIRARDI, 2015).

No que tange a educação continuada, do total de médicos em atividade no Brasil, 59% possuem título de especialista e 41% não têm este título emitido por sociedade ou via Residência Médica. Dentro desse percentual de especialistas, apenas 4.022 médicos, isto é 1,76% dos especialistas, possuem especialização em medicina de família e comunidade (SCHEFFER et al, 2015). Por outro lado, estudo de Girardi et al (2016), envolvendo 1.241 médicos do PMM de todo país (sendo a maioria de cubanos), identificou que a 86,6% dos participantes declarou possuir título de especialista, obtido por meio de residência médica, curso de especialização, reconhecimento via sociedade de especialistas e mestrado ou doutorado. As especialidades relacionadas à atenção primária – Clínica Médica e Medicina da Família e Comunidade ou equivalente – corresponderam a mais de 90% do total.

É possível que com a atualização curricular ocorrida nos cursos de medicina em 2014, a formação médica no Brasil se aproxime dos preceitos da atenção primária, de modo a compreender esse espaço como construção de um sistema de saúde integral e universal. Almeja-se que com a obrigatoriedade do novo currículo do estágio obrigatório no SUS, haja uma aproximação dos formandos com as proposições do sistema (NASCIMENTO, 2017).

5.2 O PROCESSO DE TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Para a análise do processo de trabalho, além da identificação dos agentes e do objeto do processo de trabalho, foram identificadas as atividades inerentes à Estratégia Saúde da Família, as tecnologias e instrumentos utilizados no desenvolvimento das práticas, bem como as relações profissionais entre os profissionais de uma mesma equipe e o processo de tomada de decisão¹.

Os resultados mostraram que a organização do trabalho foi semelhante entre as duas equipes, uma vez que obedeceu a um esquema pré-definido pela Secretaria Municipal de Saúde para todas as equipes de saúde da família do município, de modo a garantir turnos de atendimento clínico individual e familiar, visitas domiciliares, reuniões de equipe e atividades educativas. A definição de uma semana típica de trabalho para todas as equipes desconsidera as características sociodemográficas e epidemiológicas de cada território, bem como a relevância do planejamento local e identificação das necessidades de saúde da população, para que as ofertas sejam ajustadas as demandas de determinada população.

Isto posto, semanalmente os profissionais se distribuía em sete turnos de atendimento individual e familiar o que incluía atendimento de pré-natal, atendimento de puérperas e crianças de até 12 meses, atendimento de hipertensos e diabéticos, entre outros; um turno para visitas domiciliares; um turno para reunião de equipe e um turno para ações educativas.

A análise mostrou que a prática de territorialização por mapeamento estático ocorria sistematicamente nas duas equipes, tendo a primeira ocorrido há 14 anos, quando inaugurada a unidade, e mais tarde em 2014. Quanto ao mapeamento dinâmico, quando da coleta dos dados dessa pesquisa, as duas equipes estavam realizando atualização do cadastro das famílias e a equipe ESF-PMM se destacava por organizar, por iniciativa própria, os prontuários eletrônicos e físicos, de modo que houvesse convergência das informações.

¹Foram investigadas as ações educativas, ações no território, ações intersetoriais, análise da situação de saúde, controle de determinantes, mecanismo de avaliação de satisfação pelo usuário, planejamento local, reunião de equipe, territorialização, vigilância epidemiológica, visitas domiciliares e atendimento individual – intervenções específicas. Quanto às tecnologias e instrumentos utilizados foram investigados o manejo dos sistemas de informações de base local; o uso de protocolos de vigilância epidemiológica e alimentação do SINAN; o cadastramento de pessoas e famílias no E-SUS; o conceito da geografia crítica; uso da estimativa rápida participativa; uso de instrumentos para planejamento do cuidado, de mapas dinâmicos, protocolos clínicos, protocolos operacionais, material educativo-informativo e tratamento não-medicamentoso.

Todavia, a análise da situação não foi uma prática sistemática, tampouco estruturada nas duas equipes, pois os problemas identificados e priorizados eram aqueles de cunho individual e pontual, o que fez com que não tivessem monitoramento das ações no intuito de resolver os problemas e avaliação das mesmas.

As ações de planejamento local existiam apenas na equipe ESF-PMM, através da reunião de equipe que ocorria semanalmente e contava com a presença de todos da equipe e NASF. Por outro lado, na equipe ESF não havia planejamento das ações por não ter reunião de equipe. O planejamento desta equipe limitou-se ao planejamento geral da unidade que ocorria uma vez ao ano envolvendo todas as equipes.

Quando questionados sobre as ações educativas, revelaram que havia grupos em comum para todas as equipes, como o de gestante e Papo de Bebê. Nas demais ações educativas, como aquelas promovidas pelo NASF, apenas a enfermeira e alguns agentes comunitários da equipe ESF-PMM afirmaram participar. Do mesmo modo, apenas esses mesmos profissionais dessa equipe relataram participação em ações intersetoriais, como a que ocorria na Associação Praça da Polícia Militar (APPM) para população local.

Os resultados mostraram ainda que as ações de controle de determinantes e Vigilância Epidemiológica foram realizadas pelas duas equipes, mas teve diferença na forma como as práticas foram desenvolvidas. Tanto a equipe ESF-PMM quanto a equipe ESF referiram realizar a notificação para os casos de doenças e agravos de notificação compulsória, porém, apenas os profissionais da ESF-PMM afirmaram realizar a busca ativa através de marcação de consultas e visitas domiciliares para os casos identificados e para os contatos intradomiciliares destes casos.

Referente às ações voltadas para os indivíduos e famílias, as duas equipes tiveram práticas similares quanto a realização de consultas individuais, consultas de planejamento familiar, solicitação de exames de acordo com a faixa etária e condição de saúde do usuário, interconsultas com o NASF, visitas domiciliares e orientações de práticas de vida saudável (prática de atividade física e alimentação saudável).

Sobre as relações profissionais, conforme observado em campo, é possível afirmar que a equipe ESF-PMM se apresentou coesa, com boa relação entre os

membros da equipe, reconhecimento da enfermeira com papel de autoridade, tomada de decisões coletivamente e sentimento de valorização e satisfação com o trabalho desempenhado na unidade. Enquanto na equipe ESF, percebeu-se fragilidade nas relações, sem uma figura de autoridade, tomada de decisão individualmente e insatisfação quanto a valorização do trabalho prestado.

5.2.1 Territorialização, Análise da Situação de Saúde e Planejamento

local

Quando indagados sobre o processo de territorialização, os profissionais afirmaram que não havia atualização do cadastramento da área desde 2004, quando foi inaugurada a unidade de saúde e que ao longo do tempo, até o ano de 2014, não houve mais qualquer tipo de atualização, quando um novo mapeamento foi realizado. Este mapeamento pode ser caracterizado como estático, uma vez que circunscreveu os equipamentos sociais e instalações do território, a exemplo de quantidade de casas, supermercados, igrejas, escolas, entres outros. Variáveis demográficas, condições socioeconômicas, culturais e políticas e o perfil epidemiológico da população como faixa etária, número de acamados, subpopulações de risco a exemplo de hipertensos e diabéticos, entre outros, não foram mapeados.

A atualização do cadastro das famílias iniciada em 2017 e ainda não finalizada no período da coleta de dados (fev/2018), foi motivada pela introdução do tablet como ferramenta de trabalho. O uso desse instrumento tecnológico impulsionou a atualização diária das informações, pois quando eram digitadas no tablet e em seguida realizada a sincronização, as mesmas já constavam no sistema local de informações.

Temos agora, graças a Deus, uma tablet que nós fazemos essa coleta de informações sempre nas visitas todos os dias e todos os meses. Completamos as informações de como está a hipertensão, diabetes, tabagismo, quantas pessoas tem acamadas, quantos idosos tem na área, quantas crianças, quantas mulheres, quantas gestantes... todas as informações são colhidas todos os dias nas visitas através do tablete (P10-ESF).

Os ACS reforçaram ainda que, de certo modo, o uso do tablet estava contribuindo para organização das informações e praticidade do registro, bem como acesso as informações que eram cadastradas, não apenas por parte dos profissionais da equipe, como também pelos profissionais que trabalhavam na sede do Distrito Sanitário e na secretaria municipal de saúde.

Em tese, a tecnologia, através do artefato do tablet, gerou uma inflexão nas equipes para que houvesse atualização diária sobre as condições de vida e de saúde das famílias, entretanto, a qualidade do equipamento utilizado pelos agentes era inferior quando comparadas com outras no mercado e por isso, eram frequentes os relatos de defeitos, comprometendo o registro das informações. Com isso, alguns ACS voltavam a fazer o registro manual e outros não realizam o registro, uma vez que o conserto era moroso, chegando a ficar meses sem utilizar por não haver reposição temporária do equipamento danificado.

Um dos problemas existentes em relação ao cadastro das famílias era que não havia compatibilidade entre as informações do sistema informatizado, atualizadas via tablet, com aquelas registradas nos prontuários físicos que ficavam no SAME e eram utilizados pelos profissionais que faziam os atendimentos. Por isso, a médica da equipe ESF considerou que embora estivesse ocorrendo a atualização das informações no sistema, isso não era suficiente para ter acesso ao dado real no momento do atendimento aos usuários.

Eu acho que está desatualizado. Tenho visto algumas equipes aí tentando organizar, botar por número de família [...] antigamente ninguém tinha essa questão por número de família, aqui ainda se trabalhava por endereço e até hoje na minha equipe está assim. Em outras equipes estão tentando botar por número da família, mas ainda não vi nenhuma mobilização dos ACS da minha equipe para fazer(P7-ESF).

Para evitar esse problema de incompatibilidade entre as informações do sistema informatizado e do prontuário, os profissionais da equipe ESF-PMM atualizaram todas as informações que constavam no prontuário das famílias da sua área de cobertura, a exemplo do endereço e número de pessoas por casa. Além disso, tiveram a iniciativa de organizá-los, eliminando os duplicados (mais de um para mesma família), substituindo os rasgados por novos e ainda listando todas as famílias por número de cadastro, de modo que as informações que constavam no sistema fossem as mesmas que estavam no registro físico na unidade.

Desse modo, foi possível observar que o uso de um novo aparato tecnológico desencadeou um processo de organização na equipe ESF-PMM, com o envolvimento de todos os profissionais e até mesmo da equipe de saúde bucal, no turno destinado a reunião de equipe. Em cada semana foram analisadas as informações das famílias

por agente comunitário, tomando como referência aquilo que havia sido cadastrado recentemente no sistema informatizado, a partir daí as informações foram sendo comparadas entre sistema e prontuário, família por família. Além de observar essa importante iniciativa no processo de organização, também foi possível observar a coesão entre os profissionais e o clima de apoio e ajuda entre eles, pois todos estavam colaborando com esse processo e reconhecendo não apenas a necessidade, mas também a importância dessa organização para o processo de trabalho no cotidiano, com acesso fácil e seguro às informações.

Como o uso do tablet era recente, nem todas as famílias ainda haviam sido cadastradas no sistema, entretanto acreditavam que a maioria já estivesse com seu cadastro atualizado. Entre todos os profissionais das duas equipes, apenas a enfermeira da equipe ESF-PMM afirmou acessar as informações contidas no portal do ACS para analisar a situação de saúde da população, planejar ações e monitorar a incidência de doenças no território.

Quando investigados sobre a realização da Análise de Situação de Saúde (ASIS), todos os entrevistados da equipe ESF-PMM responderam que de algum modo, ainda que não estruturado, realizavam algumas etapas da análise da situação de saúde. Na equipe ESF, quase todos os profissionais também relataram desenvolver esse tipo de atividade, exceto a médica que não relatou em momento algum, nenhuma das etapas da ASIS.

Quando investigada mais profundamente a realização da ASIS, os profissionais revelaram que nem todas as etapas do ciclo da análise eram desenvolvidas. Durante a entrevista foi possível notar que a compreensão dessa temática não era suficiente para que pudessem relacionar a teoria com a prática e também para identificar todos os processos dessa ação, sendo, portanto, as etapas realizadas de maneira instintiva pela necessidade de identificar os problemas, discuti-los e solucioná-los.

Os profissionais da equipe ESF-PMM descreveram realizar a identificação do problema através das demandas que chegavam pelos usuários nas consultas ou via agentes comunitários de saúde em visita ao território. Outra fonte de identificação relatada foi o uso do portal do ACS, onde era verificada a incidência ou não de determinada doença. Quando identificados, os problemas eram descritos e debatidos no momento da reunião de equipe. O profissional que fazia a identificação descrevia o problema, quando foi identificado, a localização e as condições do sujeito ao qual o

problema estava relacionado. Nesta etapa todos os profissionais opinavam sobre as melhores possibilidades de resolução e quais seriam os responsáveis pelo caso.

De um modo geral, todos os problemas eram acatados e a priorização ocorria de acordo com a gravidade do acometimento ou demanda, uma vez que a natureza de todos os problemas identificados era a condição clínica dos usuários. A resolução dos casos se dava por encaminhamentos para outros serviços, visitas domiciliares ou consultas individuais (compartilhadas com os profissionais do NASF ou não). Quando das duas últimas opções, no momento da discussão já eram marcadas as visitas e as consultas, bem como o profissional responsável.

Apesar de todos os profissionais dessa equipe terem relatado a execução dessa prática, não foi observado sistematicidade na análise, tampouco registros dos casos identificados e analisados em instrumento específico que pudesse favorecer o monitoramento dos problemas e a avaliação da resolutividade dos encaminhamentos apresentados. Os registros dos casos eram feitos apenas em atas das reuniões, desse modo, quando um problema era resolvido o registro não era realizado.

Na equipe ESF, os profissionais também utilizavam como fonte de informação para identificação dos problemas a própria visita do ACS aos domicílios. Ao identificar, os agentes reportavam os problemas para médica da equipe. Segundo os profissionais, o fato de não existir reunião de equipe ou outro momento de encontro coletivo, os problemas eram reportados rapidamente nos corredores da unidade quando a médica estava entre um atendimento e outro, por isso os problemas não eram devidamente descritos e discutidos, o que comprometia os encaminhamentos para os casos.

Assim como na equipe ESF-PMM, na equipe ESF a natureza dos problemas também era sobre as condições clínicas dos usuários. De um modo geral, a resolução se dava através de visitas domiciliares dos ACS com a médica, mas nem todos os casos eram solucionados, pois nem todas eram marcadas por indisponibilidade de horário da médica que tinha que estar em praticamente todas as visitas.

Abaixo o quadro 3 apresenta as etapas da ASIS realizadas pelas duas equipes investigadas.

Quadro 3. Síntese das etapas da Análise da Situação de Saúde entre as equipes

Etapas da Análise da Situação de saúde	Equipe ESF-PMM	Equipe ESF
Identificação dos problemas	x*	x*
Descrição dos problemas	x	-
Priorização dos problemas	x	-
Explicação dos problemas	-	-
Resolução dos problemas	x	x*

*parcialmente

Para os profissionais das duas equipes, a análise da situação de saúde ocorreu somente através da identificação de doenças e agravos, sem considerar os demais elementos da vida dos usuários como condições de moradia, financeira, educacional, cultural, entre outras. A priorização foi realizada em função de casos considerados de maior gravidade e a solução requeria sempre uma intervenção médica curativista.

O planejamento local foi mencionado por todos os profissionais, tanto da equipe ESF-PMM quanto da equipe ESF, no entanto, alguns profissionais da segunda equipe afirmaram que o planejamento deixou de ocorrer após a saída da enfermeira da equipe, portanto o período que referiram ocorrer o planejamento precede a saída dessa profissional.

Na equipe ESF-PMM o planejamento ocorria semanalmente durante a reunião de equipe, contemplando as ações a serem desenvolvidas na semana seguinte, a exemplo de visitas domiciliares, campanhas de vacina, campanhas para uma subpopulação específica como o “sábado do homem”, entre outras atividades consideradas mais pontuais. Para a realização desse planejamento semanal os profissionais relataram não utilizavam nenhum instrumento específico, os casos e situações iam sendo apresentados e conforme definição dos encaminhamentos, cada um realizava seu registro pessoal. Desse modo, não havia monitoramento das ações, tampouco avaliação destas.

Na equipe ESF não houve um consenso sobre a realização do planejamento local a partir das reuniões de equipe. Quando questionado especificamente sobre a realização dessas reuniões, três dos cinco entrevistados afirmaram que ocorria reunião toda terça-feira, com a presença dos ACS e médica, uma vez que não havia enfermeira, no entanto, dois entrevistados afirmaram que não havia reunião desde a

saída da enfermeira, gerando assim dissenso das informações apresentadas por membros de uma mesma equipe. No trecho que segue, exemplifica a afirmativa que era realizada reunião semanalmente: “Toda semana, uma vez por semana, a equipe toda participa e durante 13 anos ocorre”. No entanto, o próximo trecho refletiu o contrário:

Agora mesmo estava em horário de reunião, mas nunca tem reunião da minha equipe porque sem enfermeira, ninguém cobra nada, os agentes também não têm interesse de fazer reunião ou de fazer qualquer discussão de caso, isso é muito raro (P7-ESF).

Com base nas observações, o que se identificou no período é que realmente não havia reunião dessa equipe. No turno destinado a este momento, embora estivessem todos os profissionais no mesmo ambiente, cada um realizava atividades individuais, a exemplo da atualização de dados no sistema de informação ou registro de atendimentos já realizados. Com a ausência da reunião, as ações deixaram de ser planejadas, os casos dos usuários não eram discutidos e a equipe não conseguia identificar o que cada profissional estava desenvolvendo.

O que se observou foi uma desestruturação da equipe para organização interna e desenvolvimento de práticas de planejamento que outrora eram realizadas pela enfermeira. Isso revela uma compreensão limitada sobre o próprio processo de trabalho, uma vez que a realização da reunião de equipe deve fazer parte do escopo de práticas de todos os profissionais da equipe de saúde da família, incluindo não apenas enfermeiras, mas também médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e demais profissionais que atuam junto a equipe, como a equipe de saúde bucal e NASF. A função de planejar atrelada exclusivamente a enfermeira pode ser vista no excerto que segue:

Da minha equipe fechada não tem planejamento, a gente tenta fazer do posto entre todas as equipes, porque sem enfermeiro a equipe não funciona. Se eu for desmarcar a agenda e for fazer qualquer outra coisa não consigo fazer porque toda hora me pedem isso e aquilo (P7-ESF).

Outro ponto importante sobre as reuniões é que os profissionais não pareciam estar preocupados com a ausência destas, assim como não demonstraram

preocupação em planejar as ações e resolver os problemas de saúde da população. Além disso, chamou atenção também o fato de priorizarem as ações clínico individuais em detrimento as ações de planejamento que deveriam abarcar sujeitos individuais e coletivos.

Ainda na especificidade da realização das reuniões de equipe, os profissionais da ESF-PMM afirmaram que ocorriam semanalmente nas quais participavam a enfermeira, médica, agentes comunitários, dentista, auxiliar de saúde bucal e alguns profissionais do NASF que se revezavam entre uma reunião e outra. A técnica de enfermagem não participava deste momento porque a lógica de organização do trabalho na unidade fazia com que não conseguisse sair da sala de vacina, de curativos ou do pronto atendimento para estar presente na reunião, devido à alta demanda nesses espaços.

Durante a reunião eram discutidos os processos de trabalho da equipe, organização do fluxo, discussão de casos e planejamento de ações, conforme pode ser visto nos trechos que seguem:

Na reunião de equipe a gente tenta nesse turno planejar o nosso trabalho semanalmente... se a gente vai ter um visita domiciliar, qual é a prioridade, qual é a maior demanda que a gente não pode deixar de fazer, se tem algum caso pro nasf como você já viu nas reuniões, se tem alguma coisa para passar para o nasf de algum caso que a gente vê(P1-ESF-PMM).

Na reunião a gente discute o que está acontecendo, as definições das visitas domiciliares em grupo, as marcações, remarcações tem que avisar. Alguma informação que chega de imediato do distrito, sempre tem alguma coisa que chega ora passar pra gente... tudo que acontece no dia a dia (P4-ESF-PMM).

Em todas as reuniões as pautas discutidas e os encaminhamentos foram registrados em ata, num livro próprio da equipe, e assim que começava uma nova reunião os encaminhamentos da reunião anterior eram lidos a fim de saber se foram cumpridos ou não.

A qualidade das informações que constavam nesses registros favorecia a realização do planejamento estratégico, bem como potencializava as ações, de modo a contribuir para a integralidade e longitudinalidade na prestação do cuidado às pessoas.

Todo dia é atualizado, quando a gente sincroniza o tablet, já está atualizando, por isso que foi pedido que a gente sincronize sempre, que não esqueça. A

gente lança no tablet e automaticamente quando sincroniza, já vai pro sistema, não precisa informar, não saber...pela central eles já estão informado de tudo, eles já sabem (P6-ESF-PMM).

O instrumento utilizado para o planejamento estratégico era um cronograma, no qual eram registradas as atividades, os responsáveis e o prazo para execução. Além deste cronograma próprio da equipe, preenchiam uma planilha em *excel* elaborada pelos profissionais da sede do Distrito Sanitário, contendo as mesmas informações. Mediante a realização das atividades, essa planilha era enviada para o DS.

O planejamento das ações ocorria de acordo com os programas já existentes, conforme pode ser observado no excerto da profissional P2 “A gente faz os planejamentos pelos programas, basicamente é isso. Programa de hiperdia, pré-natal, puericultura, a gente divide” (P2-ESF-PMM). Além disso, durante a reunião alguns casos eram discutidos, o que resultava no planejamento das ações para os próximos dias.

A gente tenta nesse turno planejar o nosso trabalho semanalmente... se a gente vai ter um visita domiciliar, qual é a prioridade, qual é a maior demanda que a gente não pode deixar de fazer, se tem algum caso pro nasf como você já viu nas reuniões, se tem alguma coisa para passar para o nasf de algum caso que a gente vê(P2-ESF-PMM).

Assim como no discurso apresentado acima, não houve em qualquer outro trecho das respostas analisadas que afirmasse a realização do monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. “Pra sentar e avaliar não dá, mas no final do dia a gente faz uma avaliação mais oral. Mas, para sentar, escrever, é difícil” (P1-ESF-PMM). Entretanto, foi sinalizado que quanto às ações educativas que eram planejadas e concretizadas, havia registro fotográfico dos momentos, bem como anotações em um livro restrito a esta equipe, como podemos observar:

“Não tem aquela coisa registrada, mas a gente tira fotos, as ações educativas tem um livro aqui no posto que a gente registra o nome do paciente, então não é só uma coisa falada, é mostrar que você faz o que você está falando”(P2-ESF-PMM).

Estes registros poderiam subsidiar o momento posterior de avaliação das ações realizadas, mas nenhum dos profissionais relatou que isso ocorria.

Além do planejamento semanal que a equipe ESF realizava antes da saída da enfermeira e que a equipe ESF-PMM realizava no período da coleta, havia um planejamento geral da unidade que ocorria anualmente, sempre no início do ano segundo os profissionais, envolvendo ações em comum que contemplavam as três equipes de saúde, no entanto, durante o período da investigação essa reunião ainda não havia ocorrido e as ações em comum não estavam sendo realizadas, a exemplo do curso para gestantes.

Como mecanismo formal de avaliação de satisfação pelos usuários, os profissionais, sendo cinco da equipe ESF-PMM e quatro da equipe ESF, descreveram existir somente um formulário que ficava disponível no SAME e que podia ser depositado numa caixa coletora que ficava no mesmo local. Essa caixa era lacrada e apenas a gerente da unidade tinha acesso ao conteúdo. Nenhum dos profissionais soube dizer quais encaminhamentos eram dados as informações coletadas por via desse formulário.

De uma maneira informal, dois profissionais da equipe ESF-PMM – incluindo a médica -- e três profissionais da equipe ESF – também incluindo a médica, disseram considerar as opiniões que chegavam pessoalmente pelos próprios usuários ou através dos agentes comunitários. Com isso, tentavam considerar as sugestões e críticas para o planejamento das ações e para o processo de cuidado das pessoas, especialmente quando se tratava da melhoria do atendimento ofertado por elas.

A gente tenta considerar o que a gente ouve nas consultas, tenta organizar melhor o serviço (P1-ESF-PMM).

Muitas vezes uma auto-avaliação vem do outro lado, do assistido, do paciente, então essa coisa fica mais pra si mesmo. A gente não deixa de falar o que o usuário pensa, ontem mesmo você estava na sala e eu falei de...(médica cubana), as vezes a gente não gosta de falar porque eles não entendem, mas quem mais ouve aqui é o ACS com certeza, de bom e de ruim (P6-ESF-PMM).

De acordo com Tetemann, Truguilho e Sogame (2016):

pensar na territorialização como elemento inscrito na organização das ações e serviços de atenção em saúde supõe, necessariamente, considerar a importância do território como espaço objetivamente delimitado, mas também como produto social e cultural, inserido na dinâmica das relações sociais, políticas e econômicas, de modo que se possa superar contradições possíveis existentes entre o princípio da universalidade e a territorialização na atenção em saúde no SUS.

Mendes (1993) defende que a área da saúde, ao incorporar a noção de território, se apropriou de duas correntes de pensamento, a primeira encara o território como um espaço geopolítico e físico, enquanto a segunda reconhece o território como o resultado da soma de sujeitos sociais e políticos. Tetemann, Truguilho e Sogame (2016) defendem que o território propriamente dito não caracteriza um conceito. É o seu uso que o torna conceituável com base numa perspectiva social, quer dizer, na articulação entre pensamento e uso daqueles que utilizam. Isso faz do território um “espaço” dinâmico, construído constantemente a partir da interação entre os sujeitos e os serviços de saúde.

Além da interação citada acima, o território é caracterizado por uma determinada população, que vivem no tempo e espaço delimitados, cujos desdobramentos recaem nos problemas de saúde definidos, mas também consonantes com os condicionantes e determinantes sociais de saúde de uma população mais macro. Com isso, o território também possui como características o perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural da população (PEREIRA e BARCELLOS, 2006; MIRANDA ET AL., 2008; SANTOS e RIGOTTO, 2011).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, o território, por ser aquele onde as pessoas vivem, constitui um espaço privilegiado para a garantia de acesso às ações de saúde e atuação da equipe através do diagnóstico situacional e planejamento das intervenções junto à comunidade. Com isso, ao considerar que as ações de saúde devem ser subsidiadas por uma base territorial previamente definida, a territorialização representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde (TETEMANN, TRUGUILHO e SOGAME, 2016).

Quanto ao objetivo da territorialização, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) afirmam que consiste em identificar os problemas de saúde e elencar as prioridades que serão tratadas no planejamento das ações nos serviços mais adequados para o enfrentamento dos problemas encontrados, de modo a gerar impacto positivo nas condições de vida e conseqüentemente na saúde da população. É o que chamam de uso inteligente da epidemiologia. Além disso, para Santos e Rigotto (2011) apreender e compreender o território permitem avaliar impactos condizentes com a realidade sobre o perfil epidemiológico da população específica, de modo a orientar a oferta de práticas de saúde conforme as necessidades das pessoas.

É estabelecido como atribuições comuns a todos os profissionais a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e a atualização contínua dessas informações, priorizando os casos a serem acompanhados no planejamento das ações locais. Desse modo, a territorialização é uma prática essencial, uma vez que dela decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas para solucionar os problemas de saúde (PESSOA, et al., 2013).

Entretanto, frequentemente, em especial no âmbito da atenção primária, tem ocorrido a prática insuficiente de territorialização por parte dos profissionais, que reduz a capacidade analítica e descritiva acerca das diversas informações da vida das pessoas que vivem no território, limitando as possibilidades de identificar questões de saúde e de realizar intervenções concretas na realidade das pessoas (SANTOS E RIGOTTO, 2011).

Em diversas situações os “diagnósticos das condições de vida e da situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado”. Muitas vezes, busca-se identificar apenas o seu conteúdo listando determinadas características e aspectos. É necessário que uma proposta de saúde baseada no território considere também os elementos naturais e construídos, suas variadas ações e como eles são percebidos pelas populações. Nesse sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso se faça por intermédio da identificação de suas singularidades e seus problemas (SANTOS E RIGOTTO, 2011).

A operacionalização parcial da categoria território pôde ser observada nas práticas das equipes ESF-PMM e ESF, uma vez que ao identificarem os espaços físicos da área como as ruas, casas, comércios, igrejas, escolas, entre outros e as condições de saúde da população como tabagismo, hipertensão, diabetes, entre outras, não apresentaram qualquer articulação das informações que pudesse aprofundar nas questões de saúde do território, tampouco os condicionantes e determinantes do processo-saúde doença da população adscrita. Desse modo, as intervenções nos problemas de saúde circunscrevem demandas de ordem individual e pontual, sem relacionar as interações que ocorrem entre ambiente, população e desdobramentos para a saúde humana.

A reorientação dos sistemas de serviços de saúde para se afirmarem como 'espaços de saúde' e não apenas como espaço de atenção à doença exige mudanças num processo construído socialmente no que diz respeito à compreensão do processo saúde-doença. Para fomentar uma nova organização dos processos de trabalho cabe analisar o território e sua utilização, estabelecendo a correlação entre ambiente e saúde, uma vez que esta interação humana concretiza os problemas de saúde (SANTOS E RIGOTTO, 2011).

Assim como revelado neste estudo, Pessoa et al., (2013) afirmam que são insuficientes as práticas de territorialização, pois ainda estão restritas a criação de um mapa físico com ênfase nas áreas de risco, compreendidas como espaços de responsabilidade das equipes da APS. Essa prática não potencializa a criação de vínculo e a participação da comunidade no que tange a interação humana com o ambiente, bem como fragiliza o compromisso ético-sanitário dos profissionais com a comunidade.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família possuem como um de suas atribuições elaborar, juntamente com a comunidade, um plano local para enfrentamento dos principais determinantes de saúde-doença, inclusive com a inclusão de ações intersetoriais. Para a construção deste plano local deve previamente existir a elaboração de um diagnóstico do território, de modo a identificar os problemas de saúde, o que inclui as situações de risco e vulnerabilidade aos quais a população está exposta. Ademais, o planejamento local deve envolver a definição de critérios para definição de prioridades, a pactuação de metas, a definição de propostas e de seus responsáveis, o monitoramento e a avaliação de resultados (BRASIL, 2017).

Para que a realização do planejamento local ocorra de tal maneira é necessário que se reconheça as possibilidades de envolvimento dos diversos atores, de modo que possam ser identificadas e superadas as dificuldades para que ocorra a pactuação política de compromissos com base no diálogo. Para tanto, é crucial a adoção de metodologias de comunicação adequadas, com capacidade para favorecer o diálogo, a expressão e a pactuação entre os envolvidos, sendo eles os profissionais de equipe, usuários, líderes comunitários, gestores e representantes de instituições (ELIA e NASCIMENTO, 2011).

A proposta de planejamento local deve considerar as especificidades de saúde de determinado território e prevê a participação social e a integração da saúde com os demais setores da sociedade, enfatizando os determinantes e condicionantes de saúde. Por envolver diferentes atores, a elaboração do plano local é uma tarefa complexa que demanda diversos recursos e instrumentos de epidemiologia, metodologias e técnicas de planejamento e de comunicação, entre outras (ELIA e NASCIMENTO, 2011).

A equipe ESF-PMM possuía como principal estratégia de planejamento local a reunião de equipe na qual os problemas de saúde da população eram discutidos. Daniel (2017), afirma que as reuniões de equipe representam importantes mecanismo para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões mais acertadas, configurando uma rica oportunidade para compartilhar conhecimento e planejar conjuntamente. Desse modo, as reuniões de equipes são essenciais para o alinhamento do trabalho, nas quais podem ser utilizadas diversas ferramentas como a discussão dos casos, a educação permanente entre os profissionais, avaliação do processo de trabalho e planejamento das ações e intervenções que incidirão no território e na comunidade. No contraponto ainda é comum os profissionais reclamarem de reuniões extensas que geram cansaço e dificuldades para decidir coletivamente.

Relatos comumente realizados pelos profissionais de saúde assinalam que a alta demanda para consultas individuais acabam comprometendo o tempo para realização de outras práticas de trabalho, consideradas essenciais na APS, como o planejamento e a programação das ações para resolução de problemas (SARTI et al, 2012).

No contexto do Programa Mais Médicos, estudo realizado por Santos, Costa e Girardi (2015), envolvendo gestores e profissionais de saúde, revelou que equipes com o médico cubano do PMM realizaram mais diagnóstico territorial e identificação dos problemas. Ademais, fortaleceu o processo de trabalho em equipe, com forte apoio na organização dos serviços, bem como tornou o cuidado ao usuário mais ágil e contínuo, incrementando experiências novas e práticas de cuidado que melhoraram a APS.

No estudo de Franco, Almeida e Giovanella (2018) também foi investigada a realização da territorialização nas práticas dos médicos cubanos no PMM. Apontaram

que os profissionais utilizavam diversas possibilidades para identificação dos riscos da população adscrita como: planejamento das ações em equipe, análise dos indicadores de saúde, avaliação das prioridades para consultas e comunicação com os agentes comunitários de saúde para informações mais precisas. Essas práticas fizeram com que os médicos cubanos apresentassem largo conhecimento sobre o perfil demográfico e epidemiológico da população da área de abrangência da sua equipe. Alguns entrevistados foram precisos na informação da quantidade de famílias e grupos sob sua responsabilidade, dando ênfase ao excesso populacional.

O mesmo ocorreu com a equipe ESF-PMM, os profissionais relatavam os riscos da população nos momentos das reuniões de equipe. As fontes de informações emergiam do compartilhamento de casos, da vigilância constante dos agentes comunitários e dos indicadores de saúde disponíveis no sistema local. As prioridades eram elencadas de acordo com a gravidade dos casos e a disponibilidade da equipe, sendo inseridas no planejamento das ações em curto prazo. Os profissionais dessa equipe descreveram com convicção o número de famílias cadastradas e o perfil epidemiológico da população, no entanto não sabiam identificar a quantidade exata de pessoas hipertensas, diabéticas e gestantes, por exemplo. Assim como no estudo de Franco, Almeida e Giovanella (2018), os profissionais da equipe ESF-PMM também enfatizaram no excesso de população, não somente da área adscrita, como também a demanda aberta, calculada em aproximadamente 3 mil pessoas.

Na equipe ESF os riscos populacionais identificados pelos agentes comunitários individualmente não eram discutidos em equipe. A priorização dos casos ficava por conta de cada ACS que levava a demanda para médica da equipe, ficando a cargo desta marcar uma consulta ou visita domiciliar.

Franco, Almeida e Giovanella (2018) afirmaram que práticas adequadas de territorialização influenciam positivamente na intervenção sobre os processos de saúde-adoecimento das microáreas de abrangência. Neste quesito, médicos formados em Cuba apresentam vantagem devido a ênfase na prestação de serviços à comunidade durante a formação, o que pode facilitar a prática de territorialização e a correlação ambiente e saúde geradora de necessidades humanas.

5.2.2 Ações de educação em saúde e intersetoriais

Todos os profissionais de ambas as equipes relataram existir ações educativas na unidade de saúde da família. Entre as atividades relatadas, foi citado o Grupo Bem Viver direcionado ao desenvolvimento de atividade física, o grupo de gestantes, o grupo Papo de Bebê para puérperas e bebês até 12 meses e palestras na sala de espera.

Notou-se que a equipe ESF-PMM participava com maior frequência das atividades desenvolvidas, a exemplo do grupo Bem Viver que era conduzido pelo NASF, colaborando com a discussão nos grupos e abordando temáticas como hanseníase, tuberculose, febre amarela, hipertensão, entre outras, bem como realizavam palestras na sala de espera em períodos de campanha, como o mês da mulher, saúde do homem, novembro negro em comemoração ao dia 20 de novembro em que se comemora a “Consciência Negra”, e demais campanhas.

O mesmo não ocorria com os profissionais da equipe ESF que relataram não participar da maioria das atividades educativas, como pode ser observado neste trecho “...a última foi uma palestra de tuberculose, eu fiz dando apoio a equipe ESF-PMM. Da equipe “ESF” mesmo a última tem um pouco mais de um ano que a gente fez” (P10-ESF), e também no trecho relatado por outra profissional dessa mesma equipe:

“...tem outros grupos que minha equipe não participa muito, o pessoal do NASF que coordena mais. É um grupo da atividade física e um grupo de pessoal que tem dor, exercício para melhorar a dor” (P7-ESF).

A participação dos profissionais dessa equipe ocorria essencialmente no grupo de gestantes que era uma atividade geral da unidade e não restrita a uma determinada equipe.

As ações intersetoriais não foram destaque no relato dos profissionais de ambas as equipes. Foi citado o uso do espaço do CREAS para o desenvolvimento de uma ação educativa, mas não havia integração desse serviço com a unidade de saúde para realização desta, a relação se resumia apenas na concessão do espaço. No entanto, quatro profissionais da equipe ESF-PMM relataram a realização e participação numa atividade em articulação com a Associação Praça da Polícia Militar (APPM), que ocorria uma sexta-feira por mês, com oferta de ações e serviços para as

peças do território, bem como informaram que articulavam atividades pontuais com donos de comércios locais e com espaços religiosos do território.

Existe um projeto lá na APPM, um lugar próximo daqui... pelo menos eu falo pela minha equipe que abrange o hipertensão... os hipertensos, os diabéticos, aquelas pessoas que estão acima do peso ou abaixo do peso juntamente com a nutricionista e a fisioterapia (P6-ESF-PMM).

Por outro lado, apenas um profissional da equipe ESF relatou a existência dessa atividade, mas não afirmou participação nesta. Nessa ação intersetorial, os profissionais da equipe ESF-PMM aferiam a pressão arterial, mediam glicemia, orientavam a população sobre acometimentos diversos, principalmente sobre a Hipertensão e Diabetes que representava um alto índice no território.

As atividades relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) não foram relatadas por nenhuma dos profissionais, pois a unidade não aderiu ao programa, uma vez que no território não havia escolas públicas municipais.

A ausência de articulação com demais setores da sociedade revela uma possível restrição da visão sobre o processo de cuidado à saúde das pessoas, uma vez que o setor saúde, em grande parte, não consegue resolver sozinho os problemas e demandas de saúde da população. É preciso articular com a educação, segurança pública, cultura e lazer, assistência social, entre outras áreas. Do contrário, as dimensões sociais do sujeito são colocadas em segundo plano no processo de cuidados à saúde.

Assim como as ações intersetoriais, as ações no território também foram pouco citadas pelos profissionais. Apenas três relataram desenvolver esse tipo de ação, sendo todos da equipe ESF-PMM. Entre as ações citadas por todos esses profissionais estavam a feira da saúde, que incluía diversos prestadores de serviço da comunidade ofertando seu trabalho, como manicure, barbeiro, cabeleireiro, maquiadora, entre outras; caminhada em combate ao mosquito da dengue; caminhada da qualidade de vida; mutirão de coleta de lixo; atividade recreativa de dia das crianças; e atividades em escolas municipais, que não pertencem ao território, uma vez que no território não há escolas públicas.

A gente faz também feira de saúde, a gente já fez, agora em 2017 a gente já fez, agora em 2018 é bem provável que vai ter de novo (P5-ESF-PMM).

Já fizemos caminhada em combate ao mosquito da dengue, caminhada de qualidade de vida daqui até a área la embaixo [...] a gente já fez mutirão de coleta de lixo, essas coisas (P2-ESF-PMM).

Mesmo não tendo na minha área, o distrito pega algumas escolas municipais que não tem pse nas áreas descobertas, aí pega as equipes que não tem pse e manda fazer lá (P2-ESF-PMM).

A educação em saúde foi conceituada por Almeida, Moutinho e Leite (2016) como a utilização de processos e técnicas para o compartilhamento de saberes que podem influenciar na determinação da condição de saúde das pessoas no cotidiano, favorecendo a melhoria da sua qualidade de vida.

Segundo Oliveira e colaboradores (2016), a educação em saúde constitui em elemento central da estratégia de promoção da saúde. Quando realizada de maneira efetiva pode proporcionar a emancipação da população quanto ao processo saúde-doença e a concepção de saúde. Pode também favorecer a democratização do conhecimento, o estímulo à participação social e adoção de hábitos que podem impactar diretamente na saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Em países como o Brasil que está em desenvolvimento, o nível educacional da população mais carente faz com que a necessidade de educação em saúde seja diferenciada das dos países desenvolvidos, entretanto, a formação médica brasileira não estimula a realização dessas práticas e nem contextualiza os estudantes com a real condição social da população, dificultando a compreensão quanto a necessidade de desenvolver ações educativas. Nas populações mais desenvolvidas economicamente, não é necessário educar para a saúde quando se trata de abordagens mais básicas, pois, de certo modo, esses cuidados são culturalmente transmitidos pelas famílias (SANTOS et al., 2016).

Na educação em saúde a ênfase deve ocorrer em torno da educação popular em saúde, uma vez que através desta há valorização de saberes populares e não somente valorização dos conhecimentos científicos. As ações de educação popular em saúde também podem contribuir para qualificação dos processos de trabalho de acordo com as especificidades locais e as necessidades do trabalho real (FALKENBERG, 2014; VIEIRA et al., 217).

Na Estratégia Saúde da Família há princípios dispostos que norteiam para o desenvolvimento das práticas de saúde, como o cuidado centrado na pessoa e na

família, a construção de vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação do cuidado, a articulação com a rede de cuidado, a participação social e as ações intersetoriais (GIOVANELA et al., 2009; MACINKO, ALMEIDA e OLIVEIRA, 2003).

Em se tratando da ESF, o desenvolvimento de práticas educativas deve ser realizado por qualquer profissional da equipe de saúde família como parte do processo de trabalho, a exemplo da realização dos grupos de educação em saúde que são tidos como estratégia pedagógica e de trocas de saberes e vivências (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; MATIAS, 2017).

Considera-se que a educação em saúde que valoriza a troca de saberes entre profissionais e usuários de maneira horizontal permite, teoricamente, identificar soluções aos problemas locais, além de estimular a realização de práticas integrais e enfatizar o vínculo com a comunidade (CERVERA, PARREIRA E GLOULART, 2011; ALMEIDA, MOUTINHO E LEITE, 2016), sendo uma maneira de reorientar as práticas de saúde que se encontram fragmentadas, superar o biologicismo e romper relações autoritárias, potencializando a integralidade do cuidado e os saberes populares sobre diversas esferas da vida (ALMEIDA, MOUTINHO E LEITE, 2016).

Mota e Barros (2016) revelaram em seus achados que a prática dos médicos do PMM investigados no Mato Grosso, região centro-oeste do país, ocorria na perspectiva do cuidado ampliado, centrado na família e comunidade, baseada na compreensão do processo saúde-doença e sua relação com o ambiente, priorizando ações de educação em saúde, com ênfase na promoção.

Diferente do que foi encontrado neste estudo, embora a médica cubana e os demais profissionais da equipe reconhecessem a relevância das práticas de promoção e educação em saúde, estas não eram priorizadas quando comparadas as práticas curativistas, pois a lógica de organização das práticas nessa unidade exigia o cumprimento de metas referentes ao atendimento clínico individual, desse modo a maioria dos turnos eram destinados para isso.

Terra e colaboradores (2016) revelaram que entre os médicos cubanos do PMM há uma grande valorização das intervenções no território, pois estas ações potencializam a construção coletiva do cuidado, a partir das condições de vida e cultura do usuário. Este achado corrobora com os resultados desse estudo, quando a médica cubana revelou a necessidade de realizar mais atividades no território e o

motivou pelo qual não realizava tanto quanto gostaria era a alta demanda por atendimento nos consultórios, seja pela população adscrita ou pela demanda espontânea.

Outro estudo, também realizado com médicos cubanos do PMM, identificou que estes profissionais afirmaram realizar articulação com outros setores em suas práticas, a exemplo de ações em escolas e creches através do Programa Saúde na Escola, além de ações que foram desenvolvidas em articulação com igrejas, espaços esportivos e associação de moradores (FRANCO, ALMEIDA E GIOVANELLA, 2018).

Assim como no estudo de Franco, Almeida e Giovanella (2018) que apontou como uma das dificuldades para realização das ações intersetoriais a indisponibilidade de equipamentos sociais no território, neste estudo também foi possível observar que não havia uma grande variedade de equipamentos sociais no campo estudado, a exemplo de poucas igrejas e nenhuma escola pública municipal, motivo pelo qual a unidade não aderiu ao Programa Saúde na Escola.

5.2.3 Ações de controle de determinantes e Vigilância Epidemiológica

As ações que envolviam o controle de determinantes das doenças foram relatadas pelos profissionais da equipe ESF-PMM, entre elas estavam a realização de busca ativa no território, utilizando como apoio carro de som e megafone; ações de promoção da saúde; mutirão para avaliar “pé diabético”; e recomendações de práticas de vida saudável nas consultas individuais e nas vistas domiciliares dos ACS, a exemplo da indicação de atividade física, incentivo a alimentação saudável, orientação para a redução ou eliminação do uso do tabaco e álcool, entre outros.

Por outro lado, apenas um ACS, dentre os três profissionais da equipe ESF, relatou realizar ações de controle de determinantes através de orientações de práticas de vida saudável aos usuários durante a visita domiciliar. Dentre suas orientações, recomendava uma alimentação saudável, com redução do sal nos alimentos, em especial para os hipertensos, e redução do consumo de açúcar para os diabéticos, além da indicação de atividade física para todos os usuários.

As demais profissionais da equipe ESF relataram fazer o controle de determinantes apenas em períodos de campanhas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde, como nas campanhas de combate

à tuberculose, à hanseníase e campanhas de promoção da saúde da mulher e saúde do homem.

Normalmente só em época de campanha. Durante a consulta a gente tenta dar aquelas orientações gerais. Depende da época do ano a gente fala de tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde do homem (P7-ESF).

Quanto às ações de vigilância epidemiológica, foi investigada a realização de notificações compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde, a busca ativa, acompanhamento e tratamento dos casos notificados e a realização de ações educativas que tratam dessas doenças e agravos de notificação compulsória.

Tanto na equipe ESF-PMM quanto na equipe ESF, todos os profissionais relataram a realização de notificação para as doenças e agravos consideradas de notificação compulsória. Nas duas equipes a médica e a enfermeira eram as profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha de notificação. Na ESF-PMM, nos casos em que a doença ou agravo era identificado pela técnica de enfermagem a enfermeira era chamada para acompanhar a notificação.

Sim (notificação). Para tudo. Tem algumas específicas que já vem com o nome para marcar. Hanseníase, tuberculose, HIV, gestante, criança, sífilis. Essas específicas todas (P7-ESF).

O registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação era realizado pelos profissionais da sede do distrito sanitário, para isso os profissionais encaminhavam as fichas específicas para notificação preenchidas e posteriormente, quando o registro era feito no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as fichas eram devolvidas para serem armazenadas na unidade.

Quanto a realização de busca ativa de usuários que eram notificados, os profissionais da equipe ESF afirmaram convocar os usuários a comparecerem na unidade de saúde, através de ligação telefônica ou visita do ACS, para investigação ou acompanhamento através de consultas ou realização de exames. Quando estes usuários convocados faltavam as consultas, nenhuma outra atitude era tomada para que o profissional pudesse acompanhar o caso e o usuário era descrito como ausente na ficha. O mesmo ocorria para as pessoas de contatos intradomiciliares: caso não comparecessem à unidade, não eram investigadas.

No âmbito da equipe ESF-PMM, os profissionais mencionaram a realização da busca ativa dos casos notificados e a vigilância dos contatos intradomiciliares. De um modo geral, os ACS eram inicialmente os responsáveis pela busca do usuário, que quando se negava a comparecer na unidade, uma visita domiciliar era realizada envolvendo a médica, enfermeira e agentes comunitários. Do mesmo modo ocorria com os contatos intradomiciliares, o acampamento era realizado na unidade ou em visitas domiciliares pela equipe.

As ações educativas apareceram de forma mais tímida. Dentre os cinco profissionais da equipe ESF, apenas dois relataram realizar ações educativas que tratassem sobre as doenças e agravos de notificação compulsória, conforme relato que segue “A gente faz orientação geral, tipo tuberculose, mas não da questão da notificação porque eu nem sei se eles compreendem (P7-ESF).

Entre os seis profissionais da equipe ESF-PMM, metade afirmou desenvolver alguma atividade de ação educativa com essa temática, a exemplo de orientações nas visitas, sala de espera e campanhas designadas pela secretaria de saúde, exemplificado no excerto a seguir: “Só algumas quando é campanha (orientação para população), como por exemplo hanseníase agora. A gente faz palestra, uso panfletos, cartaz, cartilha, mas não é de todos os agravos(P2-ESF-PMM).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (VE) elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a operacionalização da VE deve compreender um ciclo de funções que são específicas e intercomplementares que devem ocorrer de forma contínua, de modo que seja possível, em diversos momentos, identificar o comportamento da doença ou agravo, favorecendo a adoção de medidas de intervenção. As funções da Vigilância Epidemiológica são compreendidas como a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados obtidos; a recomendação das medidas de controle; a promoção das ações de prevenção e controle; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, para que então a população tenha acesso à informação.

Desde a implantação do SUS que o Sistema de Vigilância Epidemiológica vem passando por diversas alterações na organização operacional, com o objetivo de se adequar aos princípios da integralidade da atenção à saúde e de descentralização. A lógica de integração entre vigilância e programas de saúde pode favorecer o fortalecimento das atividades da vigilância e o aperfeiçoamento das ações de

prevenção e controle de doenças. Para tanto, é necessária a constante avaliação das ações de vigilância epidemiológica em diversos âmbitos do sistema de saúde, respaldados pela complexidade do desenvolvimento das ações (BORBA, 2015).

As ações de descentralização da Vigilância Epidemiológica para o nível local de saúde contribuíram para algumas questões consideradas cruciais (SILVA E FRACOLI, 2009; BORBA, 2015), tais como:

participação dos cidadãos no sistema de saúde, por meio dos conselhos municipais e locais; a autonomia dos profissionais na realização das ações, avaliando os resultados, a utilização de protocolos para situações previamente definidas pelos três níveis de gestão, educação permanentes das equipes, vontade política do gestor local, resumindo-se em um processo envolvendo a dimensão técnica, administrativa e político-organizacional do SUS municipal (SILVA E FRACOLI, 2009).

No estudo de Franco, Almeida e Giovanella (2018) ao analisar as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos dos médicos cubanos do PMM, todos relataram orientar os usuários sobre alimentação saudável e abandono do tabagismo, bem como orientações sobre redução de danos para dependentes de álcool e outras drogas.

Esse achado corrobora com aquilo que foi identificado aqui neste estudo, uma vez que a médica cubana demonstrou valorizar a prática de orientar usuários quanto ao estilo de vida, no que tange a prática de atividade física, o estímulo a alimentação saudável com redução de sal e açúcar nas refeições e o esclarecimento sobre os malefícios advindos do uso de álcool e outras drogas.

No estudo de Santos e colaboradores (2016), também envolvendo médicos cubanos do PMM, os achados foram similares, sendo identificadas práticas de cuidado envolviam a diminuição de medicalização e a busca de resoluções a partir de mudanças de hábitos alimentares, entre outros procedimentos ligados mais ao modo de vida, em detrimento a cura por medicamentos.

5.2.4 Ações voltadas para os indivíduos e famílias

As consultas individuais na unidade eram marcadas uma vez por mês, sendo destinado um dia para cada equipe. No primeiro dia útil do mês ocorria a marcação da equipe 1, no segundo dia útil eram marcadas as consultas da equipe 2 e no terceiro dia útil havia marcação de consultas para a equipe 3. As marcações eram realizadas via sistema informatizado com número de consultas mensais pré-definidas para cada profissional médico e enfermeiro.

Cada equipe o médico programa a agenda dele, lança no sistema e só pode ser alterado com a previa, marcou x consultas é aquilo ali. As demandas abertas quem chegam tem que ser marcada como urgência ou emergência aquela autonomia que tínhamos de tirar e botar acabou. A marcação é feita mensal, só que agora com mais dificuldade (P9-ESF).

Essa dificuldade mencionada no relato acima se dava ao fato da formação de filas imensas para marcação de consultas antes mesmo da abertura da unidade, sendo distribuídas fichas limitadas de atendimento, com isso muitas pessoas ficavam de fora tendo apenas nova oportunidade de marcação no mês seguinte.

As consultas individuais eram realizadas pelas médicas e pela enfermeira. A médica da equipe ESF-PMM relatou realizar procedimentos padrões e mais gerais, ou seja, para aquelas consultas de rotina, diferente de quando um determinado caso não requer procedimentos mais específicos.

A gente faz aqueles procedimentos básicos, pesar, medir, verificar pressão. Já o negócio de verificar glicemia ou alguma coisa, para o procedimento, para sala de procedimento. Mas na sala, a gente faz os procedimentos básicos, além de interrogatório e exame físico (P1-ESF-PMM).

Diferente disso, a médica da equipe ESF afirmou que os procedimentos adotados durante a consulta variavam de acordo com a faixa etária, conforme pode ser observado a seguir:

Depende de cada consulta, cada consulta tem sua particularidade. Consulta de pré-natal, gestante de primeira consulta, aí a gente tem que pedir todas as consultas de laboratório, tem que fazer teste rápido, examinar, peso, altura para medir IMC, pressão, se possível ausculta fetal se já tiver mais de 16 semanas. Se for de retorno, aí pressão, peso, ausculta fetal, edema membros inferiores, ver se precisa de mais exames (P7-ESF).

Depende da faixa etária da criança, se for bebezinho, tem que examinar perímetro cefálico, ausculta, peso, estatura, vê se tem os reflexos da idade [...] Se for maiorzinho é mais ausculta, peso. [...] Se é adulto jovem é peso, altura, ausculta cardíaca, pressão (P7-ESF).

A solicitação de exames apareceu de maneira semelhante nos relatos das médicas das duas equipes. Segundo elas, a solicitação era realizada de acordo com a faixa etária, situação de saúde e grupos de risco. Os exames solicitados eram marcados através do sistema para o laboratório de referência, assim os usuários já saíam da unidade com a data e hora marcadas. Quando prontos, os exames eram

entregues na unidade e então era marcada uma consulta de retorno pelo próprio usuário.

Se for criança eu peço uma vez no ano; se for adulto e também não tiver nenhuma patologia também uma vez no ano; se for hipertenso de seis em seis meses; se for diabético de três em três tenho que está pedindo exame laboratorial; e consultas especializadas a depender do caso, se não resolver aqui manda para o especialista (P7-ESF).

Dependendo do grupo de risco, se for criança tem um tempo específico... a partir dos seis meses já tem que fazer exames de check-up; gestantes que nos três primeiros meses é quando mais faz exame; e o adulto, que é o pessoal que mais vem no posto, adulto, hiperdia, idoso geralmente duas vezes...a cada seis meses eles fazem o check-up. E cartão saúde da mulher e planejamento familiar é no mínimo uma vez por ano, porque faz preventivo exame mamas, aquelas coisas... então é uma vez no ano (P1-ESF-PMM).

Também de maneira semelhante, as médicas das duas equipes afirmaram realizar interconsulta com os profissionais do NASF quando identificavam alguma demanda que pudesse ser resolvida com o envolvimento dos demais profissionais, como a psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. Para a marcação da interconsulta, os profissionais se comunicavam entre si, de modo a conciliar agendas e discutir o caso com antecedência.

Entre a categoria profissional mais requisitada, a médica da equipe ESF referiu a psicóloga do NASF “Às vezes eu que peço para eles avaliarem algum caso. Peço muito para psicóloga quando o paciente relata alguma coisa na consulta (P7-ESF). Já a médica da equipe ESF-PMM não especificou uma categoria que costumava realizar interconsulta com maior frequência.

Aqui dentro do posto a interconsulta que a gente faz é com o nasf que é outra área, fisioterapia, terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga e nutricionista. Quando a gente faz uma interconsulta é com eles aqui. Já quando a gente não consegue resolver o problema do paciente aqui a gente encaminha para atenção secundária (P1-ESF-PMM).

Ainda sobre as consultas individuais, a médica da equipe ESF relatou que realizava orientações de práticas de vida saudável para os usuários como a prática de atividade física e alimentação saudável, enquanto que a médica da equipe ESF-PMM afirmou que além de orientar verbalmente, as orientações eram registradas no

prontuário do usuário, a exemplo da alimentação saudável com redução do uso de sal e açúcar e prática de atividade física.

Geralmente em toda consulta o que mais eu falo é disso e as vezes coloco no prontuário assim: medidas higiênicas orientadas; melhora da alimentação, fazer atividade física. Eu faço questão de escrever isso, não só verbalizar, mas coloca no registro isso. Por que está comprovado... eu já tive pacientes que já melhoraram só de fazer uma atividade, de mudança de estilo de vida, a pressão abaixou, o colesterol abaixou, a sensação de falta de ar abaixou, então parecia que eram duas pessoas, a pessoa antes e a pessoa depois (P1-ESF-PMM).

Quanto a realização de consultas de planejamento familiar, as médicas das duas equipes referiram a realização de consultas apenas com a presença da mulher ou com a mulher e seu companheiro. Orientavam sobre o uso de contraceptivos e avaliavam o estado de saúde, a exemplo do ganho de peso, efeitos colaterais de medicamento prescrito e aferição da pressão arterial.

O uso de protocolos clínicos foi mencionado tanto pela médica quanto pela enfermeira da equipe ESF-PMM. Revelaram que não havia protocolo específico da unidade, todos os protocolos utilizados eram aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde. A médica da equipe ESF-PMM ainda fez uma crítica a burocratização no uso de inúmeros protocolos específicos para cada agravo ou encaminhamento.

Para tudo tem protocolo aqui. Se tem uma coisa que tem no Brasil é protocolo, cada doença tem um protocolo, cada coisa... tem muito protocolo e todo ano muda. Se tem um idoso, tem um protocolo pra isso. Se quero encaminhar um idoso para o serviço especializado, tenho que preencher tudo. Se é um caso de diabetes, é outro protocolo. Agora tem o protocolo para saúde da mulher, se eu preciso encaminhar tem um protocolo para encaminhar essa mulher pra lá. Cardiologista, tem protocolo. Tuberculose, tem protocolo. Tudo é na base do protocolo (P1-ESF-PMM).

Diferente disso, a médica da equipe ESF afirmou que não utilizava nenhum tipo de protocolo para a realização das consultas ou para encaminhamentos.

No que se refere às visitas domiciliares, essa ação foi mencionada por todos os profissionais das duas equipes. Na equipe ESF as visitas ocorriam semanalmente, com a presença invariável da médica e de algum dos agentes comunitários. Na equipe ESF-PMM as visitas também ocorriam semanalmente, no entanto outros profissionais eram envolvidos e acompanhavam a enfermeira, a médica e os agentes comunitários nas visitas, como era o caso da dentista e dos profissionais do NASF (fisioterapeuta,

psicóloga, assistente social, nutricionista e terapeuta ocupacional), a depender da demanda de cada usuário.

Visita em grupo só acontece uma vez na semana, quando necessário se for um caso de extrema necessidade é difícil, o certo mesmo é uma vez por semana. Depende da situação, se for caso que só a enfermeira resolve, vai ela, se for médica, vai ela e as vezes a enfermeira vai junto com ela... sempre acompanhado do agente comunitário. As vezes vai a dentista, então cada caso é uma situação. O pessoal do nasf, quando é necessário também visita (P6-ESF-PMM).

Para que ocorressem as visitas, os agentes comunitários da equipe ESF identificam as demandas no território, junto aos usuários, e comunicavam a médica em momento oportuno, uma vez que essa equipe não estava realizando reuniões. A médica, por sua vez, analisava a situação e confirmava a visita ou não, conforme analisado: “Normalmente eles falam comigo dos pacientes que precisam” (P7-ESF).

Assim como os agentes comunitários da equipe ESF, os agentes da equipe ESF-PMM também eram os principais responsáveis por identificarem as demandas dos usuários no território. Os casos identificados eram discutidos em reunião de equipe, que ocorria semanalmente. Nessa ocasião, com a presença dos agentes comunitários, médica, enfermeira, dentista e ao menos um profissional do NASF, era discutido o melhor encaminhamento. Em sendo uma visita, era direcionado quais profissionais realizariam.

Quanto às visitas realizadas, na equipe ESF não havia registro que identificassem aqueles casos que precisavam de visitas com maior frequência, a exemplo dos acamados, dos pós-cirúrgicos, entre outros “A gente tem um controle, mas mapeado de onde necessita isso tudo não” (P10-ESF). Diferente disso, na equipe ESF-PMM, os casos eram registrados e acompanhados, assim conseguiam planejar melhor o turno de visitas, de modo a visitar até quatro casas por turno.

[...] a gente tem o registro das pessoas acamadas, acamadas por doenças crônicas ou acamados por outros motivos, tipo acidente, AVC, alguma outra coisa assim, a gente também vai [...] A gente tem o controle daqueles que já são crônicos, tipo HIV, acamado, a gente tem paciente com osteoporose, acamado idoso, com Alzaimher, tem uns sequelados de AVC (P1-ESF-PMM).

Além dos acamados, a enfermeira ressaltou que outros critérios eram utilizados para que um usuário pudesse receber os profissionais da equipe em casa, no entanto não detalhou quais critérios eram esses: “A gente tem um livro *onde registramos* isso.

E não usamos só o critério de acamados, odeio isso... fazemos demanda de tudo, basta a pessoa precisar” (P2-ESF-PMM).

Sobre o padrão de atendimento durante as visitas, tanto os agentes comunitários quanto a médica da equipe ESF afirmaram que os procedimentos realizados eram a medição de glicemia e pressão arterial, ausculta, entrega de receituário e solicitação de exames, como pode ser observado na fala a seguir: “Uso glicemia, aparelho da pressão e o estetoscópio para auscultar, receituário, solicitação de exame, só” (P7-ESF). Nenhuma ação de orientação familiar, educação em saúde ou medidas preventivas foram mencionadas.

Na equipe ESF-PMM, os profissionais listaram realizar os seguintes procedimentos:

Verifica pressão, HGT, termômetro se tiver febre, alguma coisa, e faz exame físico em geral, dependendo do que for a evolução, faz exame de carvão, algum encaminhamento, preenche relatório se o paciente for acamado, relatório para pegar fralda, fazer cirurgia, essas coisas. A gente resolve e tenta dar na hora, se por acaso esquecer manda junto com o acs, mais ou menos isso (P1-ESF-PMM).

Além disso, realizavam orientação para o usuário e família e observavam o ambiente familiar fazendo da visita domiciliar um momento propício para ações de educação em saúde junto aos usuários:

Pressão, glicemia e mais conversa, olha o ambiente do domicílio, orienta. Todo mundo orienta, inclusive os ACS, o nasf, a dentista. Sempre foi assim”. Como material didático, utilizam com frequência panfletos “Panfleto a gente sempre leva. Até nas visitas que eu faço sempre levo uns panfletozinhos, principalmente quando é uma doença nova (P5-ESF-PMM).

Anteriormente ao surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Atenção Primária à Saúde baseava-se em serviços norteados pelos princípios de um modelo de atenção que compreendia a saúde apenas como ausência de doença, com práticas clientelistas e conteúdo essencialmente curativista, com oferta de ações e serviços centrados no indivíduo, desconsiderando a realidade local, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003; MARTINS et al, 2010).

Devido à necessidade de mudanças dessas práticas, a Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família, foi vista como meio para atingir a

universalidade das ações no território nacional (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2006; SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013), com papel crucial de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema (AQUINO et al, 2014), a partir da análise de modelos de atenção que contemple a combinação de técnicas e tecnologias, saberes e instrumentos, com capacidade de resolução dos problemas e atendimento às necessidades de saúde da população (PAIM, 2003).

Observa-se que o desenvolvimento da APS no SUS tem resultado em melhores indicadores de saúde e apresentado maior relação de custo-efetividade, mesmo em regiões com maiores iniquidades, quando comparado com outros níveis de atenção (MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016). A ESF se diferencia positivamente pela busca por respostas as necessidades de saúde da população e pela contribuição na indução de mudanças do modelo de atenção hegemônico. Para isso, dispõe de princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como o cuidado centrado na pessoa e na família, a construção de vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação do cuidado, a articulação com a rede de cuidado, a participação social e as ações intersetoriais (GIOVANELA et al., 2009; MACINKO, ALMEIDA e OLIVEIRA, 2003).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, as consultas individuais da população adscrita ou aquelas consultas por demanda espontânea que se refletem nas práticas assistenciais das equipes, estão relacionadas ao acesso da população aos recursos e aos serviços de saúde na APS. No caso da agenda programada, isto é, do cuidado à população definida, os grupos específicos estão relacionados ao atendimento de pessoas de acordo com as ações programáticas, que prevê uma avaliação de risco e de vulnerabilidade. Nesses casos, as pessoas não devem esperar, em hipótese alguma, o surgimento de vagas para o seu acompanhamento e é necessário também que já saiam da consulta com seu retorno agendado, ainda que não seja com o mesmo profissional (DANIEL, 2017).

Ainda para Daniel (2017) a organização programática da assistência deve contemplar as seguintes características: ações organizadas por grupos populacionais, a exemplo de crianças, adolescentes, mulheres, idosos, entre outros e por acometimentos de relevância sanitária, tais como a tuberculose, hipertensão, diabetes, entre outros. Para essa definição, as ações devem ser baseadas no diagnóstico do território, de modo a identificar o perfil epidemiológico da população. A

organização do trabalho na unidade se expressa através de consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliares demais práticas.

Essa forma de organização pode ser observada nas duas equipes da unidade em que ocorreu esse estudo, sendo que havia turnos pré-definidos para o atendimento clínico individual, que era organizado por subpopulações específicas, no entanto desconsiderava as reais demandas e necessidades das pessoas do território por não ter uma análise de situação de saúde completa e efetiva.

Para aproximar os profissionais as reais necessidades das pessoas e ao modo de vida que levam, as visitas domiciliares se configura uma forte estratégia, pois através desta a equipe é exposta a realidade social das famílias, à sua rotina, ao que acreditam e as formas de cuidado e senso comum que praticam (DANIEL, 2017), isso quer dizer que as relações com os indivíduos se constroem no espaço que vivem e não no estabelecimento de saúde.

Entretanto, embora a ESF aponte uma nova perspectiva no desenvolvimento das práticas, ainda enfrenta dificuldades com a organização do trabalho que permanece com foco na atenção individual, centrado na dimensão biológica e no saber clínico; inadequação do perfil dos profissionais de saúde; fragmentação das práticas e ausência de planejamento (COSTA et al, 2008; MELO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009), evidenciando o distanciamento entre as práticas preconizadas daquelas que vêm sendo implementadas em diversos cenários (GIOVANELLA et al., 2009; TEIXEIRA, 2006a).

No contexto do Programa Mais Médicos, assim como identificado neste estudo quanto a quantidade excessiva de atendimento médico, seja por demanda eletiva ou por demanda espontânea, os achados do estudo de Franco, Almeida e Giovanella (2018), envolvendo médicos cubano do PMM, revelou que na visão dos médicos e supervisores, mesmo em espaços com profundos problemas sociais e epidemiológicos, as equipes de saúde da família atendem uma quantidade excessiva de usuários. A consequência disso é o prejuízo no desenvolvimento de práticas integrais. Entre os médicos cubanos estudados, os autores também identificaram que ocorria o acolhimento à demanda espontânea e programada.

O estudo de Comes e colaboradores (2016), apontou o compromisso dos médicos do PMM no momento da consulta, a exemplo do tempo destinado, do exame

físico detalhado, do estabelecimento de vínculo e da confiança. Ademais, na visão de Santos e colaboradores (2016), o médico deve compreender o modo de vida do usuário e de seus familiares e observar como interpretam o processo saúde-doença. O reconhecimento da necessidade em estabelecer essa relação profissional-usuário, defendida pelos médicos cubanos, favorece a lógica de responsabilidade médica, assim como melhora os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação dos indivíduos.

Quanto à realização das visitas domiciliares, Silva e colaboradores (2017) apontaram que

o olhar do médico cubano do PMM parece abranger competências relacionadas à vigilância, que inclui a verificação do ambiente, das condições socio sanitárias e de vida das pessoas de sua área adscrita. O trabalho no território – principalmente a visita domiciliar –, é bastante valorizado pelos médicos cooperados.

Esse achado está na mesma direção do que foi encontrado neste estudo, uma vez que a equipe ESF-PMM também referiu observar o ambiente, as condições de higiene e o modo de vida das pessoas. A médica dessa equipe afirmou ainda que deveria realizar mais visitas domiciliares e ações no território, pois são nesses espaços que a vida acontece.

5.2.5 As relações profissionais entre os membros de uma mesma equipe de saúde da família

Quando investigada a relação entre os membros da equipe ESF-PMM, todos os profissionais consideraram a relação muito boa ou ótima. Entre os motivos que pudessem justificar isso, relataram a boa convivência, bom entrosamento, “liberdade” para se posicionar frente aos desafios, fácil acesso aos profissionais pelos próprios profissionais e apoio mútuo.

“Ótima, muito boa. A gente sempre discute caso, acho que todos trabalham verdadeiramente como a saúde primária pede” (P2-ESF-PMM).

“Parece uma família, porque todo mundo quer bem a todo mundo, um ajuda o outro, é incrível, muito bom!” (P4-ESF-PMM).

A figura da enfermeira foi identificada como a liderança da equipe por todos os demais profissionais, no entanto, apontaram que isso não legitimava que a enfermeira tomasse as decisões sozinha ou que exercesse de autoritarismo para impor seu

posicionamento. Ao contrário disso, um dos agentes comunitários afirmou que as decisões são tomadas consensualmente.

Acho que todo grupo tem que ter uma liderança, pelo que a gente vê, pela hierarquia do PSF a enfermeira responde, ela é a cabeça, mas aqui a gente sempre entra em consenso (P6-ESF-PMM).

O entrosamento e a boa convivência entre os profissionais dessa equipe puderam ser observados no período da coleta dos dados. Apesar do reconhecimento da enfermeira como líder, a relação parecia horizontal, com respeito e valorização da opinião entre todos e cumprimento dos acordos estabelecidos. Os agentes comunitários tinham fácil acesso à médica e enfermeira para discussão dos casos, para expor suas ideias e para compartilhar a opinião dos usuários.

“Acho boa porque nós temos liberdade pra falar, pra pedir algo, temos liberdade pra chegar pra médica e dizer assim “olha Dr^a, tal paciente assim tá necessitando disso, disso e disso assim”, a enfermeira também, a gente tem essa liberdade. Isso já ajuda muito” (P3-ESF-PMM).

Ao investigar como os profissionais se sentiam em relação ao seu trabalho, a médica da ESF-PMM referiu se sentir bem quando se trata de satisfação com o trabalho que realiza, entretanto, ao avaliar o fluxo e organização da unidade fez críticas por não conseguir desenvolver plenamente a saúde da família devido à alta demanda por atendimento da população de fora da área de cobertura, que está em torno de 3.000 pessoas com cadastro na unidade. Fez críticas também ao modelo de gestão da unidade, imprimindo pouca autonomia às equipes.

A enfermeira da equipe também referiu se sentir bem em relação ao seu trabalho, mas ponderou que, por vezes, havia sobrecarga de trabalho, tendo de se dividir entre atender os usuários e resolver questões administrativas. Apontou ainda a necessidade de que outros profissionais pudessem dividir algumas tarefas como coordenar a reunião de equipe, fazer relatoria, registrar ata, responder a questionários institucionais, entre outros.

Assim como a médica e a enfermeira, a técnica de enfermagem da ESF-PMM também revelou se sentir bem em relação ao seu trabalho. Afirmou que poderia se sentir melhor se pudesse estar mais próxima da sua equipe, uma vez que a lógica de organização da unidade não permite que a profissional saia da sala de vacina ou procedimentos para participar de reunião de equipe ou ações educativas, por

exemplo. Assim, a técnica afirmou desenvolver suas atividades isoladamente, sem se envolver ou até mesmo conhecer o que sua equipe estava desenvolvendo.

Na mesma direção que os demais profissionais, os agentes comunitários de saúde referiram se sentir bem por terem seu trabalho reconhecido e valorizado pelos outros membros da equipe.

Eu estou me sentindo muito bem porque recebo elogios, a minha enfermeira e a minha médica ficam elogiando, estou gostando, estou me sentindo reconhecido pelo trabalho (P6-ESF-PMM).

Foi investigado também como se sentiam em relação a valorização do seu trabalho, tanto pelos demais profissionais quanto pelos usuários, e todos afirmaram que tinham seu trabalho valorizado pelo feedback positivo que recebiam dos demais profissionais e da população, pelos elogios e pelo modo respeitoso que as críticas eram feitas referentes ao trabalho realizado.

Quanto a tomada de decisão, foi unânime a resposta dos profissionais de que ocorria de maneira coletiva e consensual. Envolveria médica, enfermeira, técnica de enfermagem (quando presente nos momentos decisórios) e agentes comunitários de saúde. Além destes, participavam também a equipe de saúde bucal, que contava com a dentista e a auxiliar de saúde bucal, assim como, com os profissionais do NASF que estivessem presentes na reunião, que era o espaço destinado para tomada de decisão. Exceto por uma agente comunitária, todos os profissionais afirmaram que influenciam, de algum modo, na tomada de decisão.

No que se refere a comunicação entre os membros da equipe, foram enfáticos ao expressarem que de modo algum havia problemas entre eles. Por outro lado, revelaram que a comunicação ocorria um tanto conflituosa com os profissionais das demais equipes. “Não, a gente não. Pode ser que outra equipe tenha, mas a gente não”. Outro profissional relatou ainda “Não, dentro da nossa equipe não. Pode existir entre as equipes, mas entre a gente não e eu posso falar isso com toda convicção”.

Durante a observação, essa relação conflituosa entre os membros de equipes diferentes, em especial entre as equipes investigadas neste estudo, apareceu de maneira acentuada. Os profissionais da equipe ESF-PMM criticavam fortemente a postura dos profissionais da equipe ESF, principalmente no que tange a constante permanência dos agentes comunitários da unidade, ao tratamento inadequado que esses profissionais ofertavam aos usuários e as conversas paralelas que ocorriam na recepção e me alto tom, atrapalhando por vezes o trabalho de outros profissionais.

Foi possível observar também que a relação da equipe ESF-PMM com a gerente da unidade era uma relação autoritária, na qual os profissionais dessa equipe tinham receio em acessá-la por receberem resposta negativa para a maioria das ações que desejam implantar na unidade.

Na equipe ESF, a relação entre os profissionais foi caracterizada como boa por todos, no entanto, alguns sinalizaram que estava boa naquele momento, pois em outros momentos já ocorreram atritos e desentendimentos. Outro profissional relatou que os momentos de conflito ainda existiam, mas que eram resolvidos de maneira simples.

Quanto a hierarquia na equipe, a maioria dos profissionais da ESF afirmaram que não havia, que cada um tomava as decisões de maneira individual, como podemos observar nos excertos que seguem: “. Aqui quem manda é a gente mesmo, cada um manda em si” (P8- ESF) e “Cada um sabe se mandar” (P9-ESF).

Foi possível observar a relação dessa equipe com maior frequência em momentos de descontração, do que realizando alguma prática durante o processo de trabalho. De um modo geral, a relação se dava mais entre os agentes comunitários, que conversavam sobre diversos assuntos, mas poucas vezes o tema do trabalho aparecia. Neste ponto, a relação parecia boa e sem conflitos.

Quando questionados sobre como se sentiam em relação ao seu trabalho, a médica da equipe ESF, assim como da ESF-PMM, referiu sobrecarga de trabalho devido a quantidade de usuários cadastrados na unidade como demanda espontânea. Fez críticas também a burocratização dos atendimentos quanto ao preenchimento de diversos formulários referentes a consulta, como pode ser observado:

É muita papelada para preencher, muita burocracia, a gente atende, escreve em prontuário, agora tem que pegar uma fichinha que tem que lançar no computador, tem que preencher e-sus que é outro papel. Quando é gestante tem que preencher o cartão na gestante, preencher prontuário, pedir exame, anotar exame, fazer teste rápido (P7-ESF).

A técnica de enfermagem afirmou se sentir bem pelo fato de não ser imposta a realizar nenhuma atividade. Entre os agentes comunitários, houve diversos relatos que revelaram não se sentirem bem em relação ao trabalho, pois havia entraves administrativos que dificultavam a realização, conflitos com a médica da equipe quando esta não acolhia a demanda identificada e desgaste devido ao longo período de inserção neste trabalho.

Sobre se sentirem valorizados em relação ao desenvolvimento do seu trabalho, ao ser questionada, a médica da equipe ESF fez uma grande pausa reflexiva antes de responder. Explicou que pelos demais profissionais talvez se sentisse valorizada, mas quanto aos usuários, o mesmo não ocorria justificado pelo fato de nem sempre conseguir atender a todos. A técnica de enfermagem relatou que sente seu trabalho valorizado por ser demandada na resolução de casos, mas diferente disso, os agentes comunitários foram unânimes ao afirmarem que não sentem valorização do seu trabalho devido ao fato de não receberem feedback positivo e, em alguns momentos, o trabalho ter sido considerado irrelevante. Para ilustrar, segue excerto de uma das agentes:

Não. Porque não é. A gente faz um trabalho que o sistema... a própria equipe também, desvaloriza totalmente, tá ali fazendo seu trabalho, se acabando, ajudando e a própria equipe acaba não valorizando nem um pouquinho. Falo da unidade toda. De um modo geral, pela equipe toda do posto [...](P11-ESF).

Quanto à tomada de decisões afirmaram que anteriormente era tomada em conjunto, com a participação de todos, mas desde quando a equipe deixou de ter enfermeira que as decisões são tomadas individualmente.

5.3. SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE ESF-PMM E ESF

Os resultados mostraram que há semelhanças e diferenças importantes quando comparados os processos de trabalho entre a equipe ESF-PMM e a equipe ESF. Para além da quantidade de práticas realizadas por uma ou por outra equipe, ocorreram diferenças também no modo como as práticas foram desenvolvidas pelos profissionais. Abaixo o quadro 4 representa sinteticamente o desenvolvimento das práticas de saúde realizadas pelas duas equipes.

Quadro 4– Síntese comparativa das práticas desenvolvidas pelas equipes ESF-PMM e PMM.

Atividades	Práticas da equipe ESF-PMM	Práticas da equipe ESF
Territorialização e Análise da Situação de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização das informações sobre os indivíduos e famílias do território; • Organização e sincronização das informações que constam 	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização das informações sobre os indivíduos e famílias do território;

	<p>entre sistema informatizado e prontuários;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização da maioria das etapas da Análise da Situação de Saúde (identificação dos problemas, descrição dos problemas, priorização dos problemas e resolução dos problemas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de apenas duas etapas da Análise da Situação de Saúde (identificação dos problemas e resolução dos problemas).
Ações de planejamento local	<ul style="list-style-type: none"> • Realização semanalmente, durante as reuniões de equipe, considerando as demandas identificadas por todos os profissionais, a atualização do cadastro das famílias e o sistema local de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não realizado.
Ações de educação em saúde e intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividades educativas na sala de espera; • Realização de atividades coletivas como o grupo de gestantes e o grupo “papo de bebê”; • Realização de ações educativas nos grupos desenvolvidos pelo NASF; • Realização de ações intersetoriais junto a APPM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividades educativas na sala de espera; • Realização de atividades coletivas como o grupo de gestantes e o grupo “papo de bebê”; •
Ações de controle de determinantes e Vigilância Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de notificação para doenças e agravos de notificação compulsória; • Busca ativa de usuários faltosos a tratamento; • Vigilância dos contatos intradomiciliares – em consultas na unidade ou em visitas domiciliares; • Orientações para populações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de notificação para doenças e agravos de notificação compulsória; • Vigilância dos contatos intradomiciliares – apenas em consultas na unidade;
Ações voltadas para os indivíduos e famílias	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas individuais e coletivas (família); • Realização de consultas por subpopulações de risco; 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas individuais e coletivas (família); • Realização de consultas por subpopulações de risco;

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de visitas domiciliares; • Solicitação de exames; • Orientação de práticas de vida saudável (prática de atividade física e alimentação saudável) – verbalmente e por escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de visitas domiciliares; • Orientação de práticas de vida saudável (prática de atividade física e alimentação saudável) – apenas verbalmente.
Relações profissionais entre os membros da mesma equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe coesa; • Tomada de decisão coletivamente; • Reconhecimento da enfermeira como autoridade da equipe; • Satisfação com a realização do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe fragilizada; • Tomada de decisão individualmente; • Insatisfação com a realização do trabalho.

As ações de territorialização foram realizadas pelas duas equipes no que tange a atualização das informações sobre os indivíduos e famílias do território, entretanto a equipe ESF-PMM havia atualizado cerca de 90% do cadastro das famílias, enquanto a equipe ESF havia atualizado em torno de 40%, segundo os profissionais. Esse baixo índice da equipe ESF pode ser justificado pela ausência de supervisão e direcionamento do trabalho dos agentes comunitários de saúde, uma vez que essa equipe deixou de ter enfermeira.

Com a observação, foi possível perceber que dois dos ACS da equipe ESF permaneciam grande parte do tempo de trabalho dentro da unidade e não no território, realizando as visitas e atualizando as informações sobre as famílias. O que se via eram os agentes realizando trabalho administrativo e de atendimento ao público, justificado, segundo os próprios agentes, pela ausência de trabalhadores na unidade para aquela função. Enquanto isso, a população das microáreas desses agentes permaneceu sem visitas e sem atualização das informações no sistema informatizado. O desvio de função das ACS era permitido pela gerente da unidade, que demonstrava não se incomodar com a situação. Um mês após o início da coleta dos dados para essa pesquisa, dois profissionais terceirizados foram contratados pela Secretaria Municipal de Saúde para atuarem no SAME e no atendimento aos usuários na recepção, mas os agentes comunitários permaneceram neste mesmo local alegando que estavam “treinando” os profissionais recém-contratados. As ACS não se mostravam desconfortáveis com essa condição, no entanto, a médica da equipe e outros ACS pareceram estar incomodados: “[...] mas ainda tem agente que fica no

tumulto ali na recepção, tem alguns agentes que acham que são insubstituíveis, que a gente nunca vê fazendo visita e fica só aqui dentro do posto” (P7-ESF), se referindo a profissionais da própria equipe.

Além da atualização das informações sobre as famílias e indivíduos, na equipe ESF-PMM desencadeou-se o processo de organização dos prontuários físicos, dispostos no SAME, de modo a sincronizar as informações que haviam sido atualizadas no sistema informatizado com aquelas que constavam no registro físico na unidade, a exemplo das informações sobre endereço e quantidade de pessoas por família. Mais que isso, a equipe ESF-PMM reconheceu em seus relatos a importância da territorialização para a identificação do perfil sociodemográfico e epidemiológico da população adscrita, para que o serviço de saúde pudesse direcionar suas ações para necessidades e problemas de saúde da população que se expressavam no território. É o que se pode chamar de responsabilidade sanitária dos profissionais.

A equipe ESF, além do registro inferior de famílias com informações atualizadas após a implantação do tablet, quando comparado com a equipe ESF-PMM, não se motivou no sentido de sincronizar as informações do sistema com aquelas dos prontuários. Acrescenta a isso que os profissionais dessa equipe não reconheciam a necessidade e importância de se ter registros que traduzissem a realidade do território para que a prestação do cuidado ocorresse de maneira efetiva e resolutiva.

Outro aspecto importante sobre o território tem relação com o desenvolvimento de práticas de análise da situação de saúde. Os profissionais de ambas as equipes não demonstraram conhecer a ASIS como um processo cíclico de várias etapas, como ela pode ser colocada em prática e o quanto essa prática é importante para o reconhecimento do território, da realidade local e do perfil da população.

Ainda que não tivessem o conhecimento teórico sobre a ASIS, os profissionais da equipe ESF-PMM realizavam até quatro momentos da análise, a saber: identificação, descrição, priorização e resolução dos problemas. Por outro lado, na equipe ESF era realizada apenas a identificação e resolução parcial dos problemas. É importante ressaltar que a identificação dos problemas se debruçava sobre as doenças e agravos individuais dos usuários acompanhados pelas duas equipes. Os problemas e necessidades de saúde coletivas não foram relatados.

Quando indagados sobre as práticas de planejamento local, os profissionais da equipe ESF-PMM realizavam reuniões semanalmente, nas quais discutiam os casos dos usuários, a organização do trabalho em equipe e as relações profissionais entre eles mesmos e entre eles e os profissionais das outras equipes, a exemplo da divisão do trabalho, do cumprimento de encaminhamentos, de apoio na resolução dos casos e da postura ética no trabalho, a exemplo do atendimento adequado aos usuários. Participavam desse momento a médica, a enfermeira, os agentes comunitários, a dentista, a auxiliar de saúde bucal e, ao menos, um profissional do NASF.

A dinâmica da reunião compreendia a leitura dos encaminhamentos realizados na reunião anterior; a apresentação das pautas; a discussão dos casos, sendo estes apresentados por qualquer um dos profissionais; definição dos responsáveis, prazos e encaminhamentos. Durante a reunião era possível perceber a coesão da equipe quanto à escuta atenta das falas entre eles, a direção para solução dos casos e o apoio mútuo entre os profissionais.

Na equipe ESF o planejamento não ocorria por não haver reunião de equipe e essa, por sua vez, não ocorria porque a equipe deixou de ter enfermeira. Os profissionais, de um modo geral, não tinham a compreensão da necessidade de se organizarem para realizar o planejamento, independente da profissional de enfermagem. Não reconheciam a emergência de discutir os casos para resolver os problemas de saúde da sua população, com isso, os casos identificados por cada agente comunitário eram discutidos individualmente junto à médica da equipe em abordagens realizadas no corredor da unidade, entre uma consulta e outra: “Teoricamente era pra ser na reunião, mas como a equipe gosta de ficar na recepção, não tem reunião. Me passam os casos no corredor, na recepção...” (P7-ESF). Do contrário também ocorria, por vezes a médica solicitava a algum ACS a marcação de visita domiciliar para determinado usuário.

Ao investigar as práticas de ações educativas, a equipe ESF-PMM e equipe ESF revelaram que realizavam esporadicamente atividades na sala de espera, em especial em épocas de campanhas de vacinação ou em casos de surtos no território. As duas equipes também referiram realizar atividades coletivas com grupos populacionais específicos como o “Grupo de gestante” e o “grupo Papo de Bebê”. Há de se ressaltar que as atividades em grupo não eram específicas de cada equipe, faziam parte do planejamento anual da unidade e envolviam as três equipes de saúde.

Quanto às demais ações de educação em saúde, apenas a equipe ESF-PMM revelou realizá-las, em especial aquelas desenvolvidas junto ao NASF como o grupo “Bem Viver” e o “grupo da Dor”. As ações se traduziram em palestras, oficinas e discussões entre os profissionais e os usuários participantes, com temas diversos que eram definidos coletivamente. Somavam-se às ações nesses grupos a participação dessa equipe nas atividades realizadas pela Associação da Praça da Polícia Militar, que ocorria uma vez por mês no território. Os profissionais realizavam palestras, distribuíam material educativo informativo e, quando solicitados, aferiam a pressão arterial das pessoas e medida do índice glicêmico.

No que tange às ações de controle de determinantes e Vigilância Epidemiológica, as duas equipes referiram notificar as doenças e agravos de notificação compulsória, numa ficha específico determinada pelo Ministério da Saúde. O fluxo compreendia o preenchimento da ficha específica, envio para os profissionais da sede do Distrito, que faziam a inserção das informações no sistema informatizado e a devolução das fichas de notificação para a unidade de saúde. A diferença reside em como eram investigados os casos notificados no território. A equipe ESF-PMM afirmou que ocorria monitoramento em todos os casos, através do ACS durante as visitas de rotina aos domicílios. Quando necessário a realização da busca ativa, todos os profissionais participavam do processo e caso algum usuário se recusasse a comparecer na unidade para consulta e exames, a equipe marcava visita domiciliar para que o caso não deixasse de ser investigado. O mesmo ocorria quando era necessária a vigilância dos contatos intradomiciliares.

Na equipe ESF, os casos também eram notificados e quando ocorria a investigação, o contato era feito através de telefone ou por busca ativa realizada apenas pelo ACS. Quando os usuários dos casos investigados não compareciam à consulta, outra medida não era tomada, a exemplo da visita domiciliar pela equipe, a fim de acompanhar e monitorar a evolução do caso. Do mesmo modo, quando os contatos intradomiciliares faltavam à consulta, deixava de ocorrer a vigilância epidemiológica.

Quando perguntado aos profissionais sobre a realização de orientações para a população sobre as doenças e agravos de notificação compulsória, a equipe ESF-PMM afirmou realizar atividades de sala de espera e em momentos oportunos, como campanhas, “A gente faz palestra, uso panfletos, cartaz, cartilha, mas não é de todos

os agravos” (P2-ESF-PMM). Por outro lado, a equipe ESF revelou não realizar orientações com esse conteúdo para a população: “Não. A gente faz orientação geral, tipo tuberculose, mas não da questão da notificação porque eu nem sei se eles compreendem” (P7-ESF).

Ao investigar as ações voltadas para os indivíduos e famílias, referente as consultas individuais, a médica e enfermeira da equipe ESF-PMM informaram que nos casos de consultas de rotina, os procedimentos básicos eram pesar, medir e aferir a pressão arterial, além da anamnese e exame físico. A médica da equipe ESF, relatou que os procedimentos realizados nas consultas individuais variavam de acordo com a faixa etária do usuário, no caso de adultos, media peso, altura, realizava ausculta cardíaca e verificava a pressão arterial.

Quanto ao uso de protocolos durante as consultas, uma diferença importante foi identificada ao comparar os relatos das médicas. Na equipe ESF-PMM, a médica cubana referiu utilizar uma quantidade exagerada de protocolos, revelando em seu discurso resistência com a burocratização do processo de trabalho através dos protocolos, afirmando que precisa incorporar em sua rotina de trabalho diversos deles, seja para encaminhar para outro serviço ou porque atendeu usuário de subpopulação específica, como gestantes, idosos, hipertensos, entre outros. Contrariamente, na equipe ESF-PMM, a médica da equipe ESF afirmou não utilizar nenhum protocolo: “Nunca vi os protocolos não” (P7-ESF), independentemente da faixa etária ou condição de saúde do usuário.

Referente às orientações de práticas de vida saudável, como o incentivo a boa alimentação, prática de atividade física, redução ou eliminação do consumo de álcool e outras drogas, tanto a médica da equipe ESF-PMM, quanto a médica da equipe ESF, relataram realizar. Entretanto, notou-se uma enorme diferença no modo como as duas profissionais responderam a esta questão. Enquanto a médica da ESF respondeu apenas “Sim. Orientações verbais” (P7-ESF), a médica cubana enfatizou a importância que atribuía a essas orientações, não apenas verbais, mas também por registro escrito, e o quanto estas podem ser condicionantes do processo saúde-doença das pessoas que vivem em sua área de abrangência.

Geralmente em toda consulta o que mais eu falo é disso e as vezes coloco no portuário assim: medidas higiênicas orientadas; melhora da alimentação, fazer atividade física. Eu faço questão de escrever isso, não só verbalizar, mas coloca no registro isso. Por que está comprovado... eu já tive pacientes

que já melhoraram só de fazer uma atividade, de mudança de estilo de vida, a pressão abaixou, o colesterol abaixou, a sensação de falta de ar abaixou, então parecia que eram duas pessoas, a pessoa antes e a pessoa depois(P1-ESF-PMM).

Essa prática da médica da ESF-PMM pode sugerir maior reconhecimento dos impactos das ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos na saúde da população, valorizando essas ações sem deixar de reconhecer a necessidade de intervenções curativas, também.

Além das consultas individuais, as profissionais de ambas as equipes referiram realizar interconsultas com os profissionais do NASF, como psicólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. Concordaram, também, sobre o favorecimento das interconsultas para o processo de trabalho das equipes e para efetividade do cuidado aos usuários.

Quanto às consultas de atendimento familiar, nas duas equipes, as ações se reduziram ao atendimento da mulher em idade fértil para escolha ou monitoramento do uso de um determinado método anticoncepcional e possíveis efeitos adversos do uso deste. Em nenhum momento foi relatada preocupação em convocar o parceiro ou parceira da mulher para discutir conjuntamente o planejamento familiar.

A solicitação de consultas em serviços especializados e exames também apareceu de maneira similar no relato das médicas das duas equipes. O critério utilizado para solicitação foi a faixa etária e a subpopulação à qual pertencia o usuário atendido, com variações entre bebês, crianças, adultos saudáveis, adultos com alguma doença crônica, gestantes, mulheres em idade fértil e idosos.

As visitas domiciliares eram realizadas pelas profissionais das duas equipes. Entretanto, na equipe ESF, participavam apenas a médica e os ACS, enquanto na equipe ESF-PMM havia o envolvimento de todos os profissionais da equipe (médica, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem), além de envolverem os profissionais do NASF quando havia demandas para estes. Outro importante diferença diz respeito ao planejamento e mapeamento das visitas domiciliares: Enquanto a equipe ESF não planejava as visitas e por isso não elencava prioridades, na equipe ESF-PMM havia uma lista com as demandas para visitas domiciliares, a partir das quais eram identificadas as prioridades. Com a utilização dessa lista, também, se fazia o

monitoramento e avaliação dos casos, geralmente usuários acamados, com pós AVC, pós acidentes de um modo geral, entre outros.

Por fim, de acordo com o relato dos profissionais e com o que foi possível observar, a equipe ESF-PMM apresentava uma coesão enquanto equipe, no sentido de se apoiarem, de respeitarem a opinião um do outro e de tomarem as decisões coletivamente. Reconheciam a figura da enfermeira como liderança da equipe, aquela que comandava as reuniões de equipe, cobrava o cumprimento dos encaminhamentos e estimulava a equipe no desenvolvimento das ações. Apresentavam-se satisfeitos com a realização do trabalho, principalmente pelo elo que havia entre os membros da equipe, embora houvesse queixa quanto a alta quantidade de atendimentos da demanda aberta, que por vezes impediam a o desenvolvimento pleno de práticas de saúde da família.

Ao contrário disso, a equipe ESF apresentava-se fragilizada, sem coesão e com cada profissional realizando seu trabalho individualmente. Não havia apoio entre os membros, tampouco um profissional sabia que o outro estava realizando. Não havia tomada de decisão coletivamente: cada um decidia sobre seu próprio processo de trabalho. Além disso, a maioria dos profissionais apresentavam-se insatisfeitos com a realização do trabalho, com diversas queixas referentes às condições de trabalho, ao relacionamento entre os profissionais, à sobrecarga de trabalho quanto ao atendimento da demanda espontânea e à falta de gerência que apontasse direcionalidade e feedback sobre o trabalho realizado.

De um modo geral, o que se percebe é que na equipe ESF-PMM houve atualização das informações sobre os indivíduos e famílias do território; organização e sincronização das informações que constavam entre sistema informatizado e prontuários; realização da maioria das etapas da Análise da Situação de Saúde (identificação dos problemas, descrição dos problemas, priorização dos problemas e resolução dos problemas); planejamento local realizado semanalmente, durante as reuniões de equipe, considerando as demandas identificadas por todos os profissionais, a atualização do cadastro das famílias e o sistema local de saúde; realização de atividades educativas na sala de espera; realização de atividades coletivas como o grupo de gestantes e o grupo “papo de bebê”; realização de ações educativas nos grupos desenvolvidos pelo NASF; realização de ações intersetoriais junto a APPM; realização de notificação para doenças e agravos de notificação

compulsória; busca ativa de usuários faltosos ao tratamento dos casos notificados; vigilância dos contatos intradomiciliares dos casos notificados – em consultas na unidade ou em visitas domiciliares; orientações para populações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória; realização de consultas individuais e coletivas (família); realização de consultas por subpopulações de risco; realização de visitas domiciliares; solicitação de exames; orientação de práticas de vida saudável (prática de atividade física e alimentação saudável) – verbalmente e por escrito; equipe coesa, com tomada de decisão coletivamente; reconhecimento da enfermeira como autoridade da equipe; e satisfação com a realização do trabalho.

Na equipe ESF, sinteticamente, o que se identificou foi a atualização das informações sobre os indivíduos e famílias do território; realização de apenas duas etapas da Análise da Situação de Saúde (identificação dos problemas e resolução dos problemas); realização de atividades educativas na sala de espera; realização de atividades coletivas como o grupo de gestantes e o grupo “papo de bebê”; realização de notificação para doenças e agravos de notificação compulsória; vigilância dos contatos intradomiciliares – apenas em consultas na unidade; realização de consultas individuais e coletivas (família); realização de consultas por subpopulações de risco; realização de visitas domiciliares; orientação de práticas de vida saudável (prática de atividade física e alimentação saudável) – apenas verbalmente; equipe fragilizada, com tomada de decisão individualmente e insatisfação com a realização do trabalho.

Os resultados desse estudo corroboram os resultados do estudo de Campos e Pereira Júnior (2016), em que os autores afirmaram que os médicos cubanos do PMM têm exercido forte influência no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família, em especial pelo fato dos profissionais cubanos valorizarem a responsabilidade sanitária com a população do território, ao ponto de construírem vínculos que favoreçam a interação entre profissionais e usuários.

Acrescenta-se a isto, de acordo com um estudo envolvendo 32 municípios de todas as regiões do Brasil, o aumento da acessibilidade; melhor acolhimento, vínculo e respeito aos usuários; disponibilidade para resolver problemas e o cuidado contínuo; garantia das visitas domiciliares, ajustando a oferta de atenção às necessidades de saúde da população, incluindo ações de promoção da saúde e prevenção das doenças; e a integração das equipes da unidade e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), favorecendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, bem

como a compreensão do processo saúde doença de forma integrada (COMES et al, 2016).

Nos estudos que se propuseram a investigar as práticas dos médicos cubanos do PMM, os resultados são similares aqueles encontrados em estudos que investigaram os médicos do PMM de um modo geral. Cabe lembrar que a similitude pode ser justificada devido à ampla gama de médicos cubanos no programa, representados por mais de 80% do total de médicos contratados, conforme apresentado anteriormente.

As práticas dos médicos cubanos do PMM destacam-se pela garantia do atendimento, até mesmo aqueles usuários não agendados que referiram necessidade, aproximando sua conduta dos pressupostos da integralidade. Apresentam ainda características de compromisso e responsabilização pelo cuidado, escuta qualificada e a incorporação de práticas de prevenção de agravos e promoção de saúde através de momentos de educação em saúde. Um maior tempo de consulta também foi identificado, com um olhar ampliado sobre o sujeito e o reconhecimento dos determinantes sociais no processo de saúde e adoecimento dos indivíduos (SANTOS, 2015). Há valorização também do trabalho dos Agente Comunitário de Saúde e das ações territoriais e visitas domiciliares, um vez que estas ações foram compreendidas como potencializadoras do cuidado coletivo considerando a culturas e demais aspectos da vida do usuário (TERRA et al, 2016).

Não obstante, outro diferencial observado em relação a alguns médicos cubanos estudados é a diminuição de medicalização e a busca de resoluções a partir de mudanças de hábitos alimentares, entre outros procedimentos ligados mais ao modo de vida, em detrimento da cura por medicamentos (SANTOS et al,2016).

A partir dos estudos citados, notam-se as mudanças nas práticas dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família em todo Brasil, com cuidado mais humanizado, diagnóstico do território, redução do tempo de espera do usuário para agendamento de consultas possibilitando, mesmo que minimamente, a resolução dos seus problemas de saúde, quer pela atuação profissional ou simplesmente pela escuta qualificada.

Destarte, o escopo de prática de médicos que atuam na APS é de fundamental importância na garantia do que tange as mais variadas demandas em saúde das

comunidades e famílias, pois são também esses os profissionais que atuam na equipe mínima de saúde da família e contribuem para o desenvolvimento de práticas mais integrais no SUS (GIRARDI et al, 2016).

O desenvolvimento de práticas pelos médicos cubanos, que condizem com os preceitos da ESF, pode estar relacionado ao fato de que possuem uma formação generalista que potencializa o desenvolvimento de aptidões humanistas, com ênfase na atenção integral à saúde através da promoção, prevenção, cura e reabilitação dos sujeitos, da família, da comunidade e do meio ambiente com forte inclinação para promoção da saúde e prevenção de agravos, desenvolvidas através de “competências diagnósticas, terapêuticas e comunicativas, além de transpor o olhar para o paciente além do indivíduo, na busca por suas relações familiares, na comunidade e com o meio ambiente” (NASCIMENTO, 2017).

No estudo de Franco, Almeida e Giovanella (2018), ao analisarem as práticas dos médicos cubanos, os autores afirmam que os médicos cubanos no PMM realizam práticas integrais, bem fazem a oferta de um amplo escopo de ações e serviços condizentes com a pluralidade dos contextos e expressões dos problemas de saúde. Franco, Almeida e Giovanella (2018) também identificaram que os médicos cubanos apresentaram maior facilidade de inserção no território, estabeleciam um bom relacionamento com os demais profissionais e valorizavam o planejamento das ações, fortalecendo assim a concepção abrangente da atenção primária à saúde e do SUS

Além do menor número de práticas desenvolvidas pela equipe ESF quando comparada a equipe ESF-PMM, o que se observou é que o modo como as práticas foram desenvolvidas pela equipe que contava com a médica cubana se aproximavam mais dos preceitos da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, com práticas baseadas em um território mapeado e informações atualizadas, o que apontava para uma responsabilidade sanitária que permitia o reconhecimento e interação com os usuários; o desenvolvimento, ainda que intuitivo, da análise da situação de saúde e planejamento local das ações, de modo que a oferta tenha como base as demandas e necessidades de saúde da população; a valorização de práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos, em tempo que também reconheciam a importância de boas práticas de reabilitação e cura, conforme pilares básicos da APS; e o reconhecimento da necessidade de desenvolver mais práticas de saúde no território, de tal forma que podiam balancear o atendimento na unidade com

as ações desenvolvidas fora da unidade, se aproximando e fortalecendo vínculos com a população.

Embora os notórios avanços com a implementação do PMM é preciso ressaltar que não foi possível ainda interferir em entraves estruturais da PNAB, a exemplo da estabilidade profissional, definição de carreira para o SUS e rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde e a centralidade médica, com formação voltada apenas para esta categoria profissional. Além disso, observa-se uma fragilidade com modelos de gestão que combinem estratégias de assegurar autonomia e responsabilidade sanitária, pautados no reconhecimento do trabalho em saúde como uma práxis. A defesa do PMM depende, portanto, do enfrentamento destes entraves estruturais (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016).

Quanto ao processo de trabalho, mesmo após a chegada dos médicos do PMM, ainda persiste a incompletude das equipes com ausência de agentes comunitários de saúde e enfermeiros; áreas descobertas; sobrecarga na assistência; ausência de planejamento, dentro da unidade e entre equipe e gestão; raras reuniões com equipes; gestores que reforçam o modelo tradicional de pronto atendimento; unidades sem população adscrita por meio de cadastro e sem a apropriada definição de seus territórios (MOTA E BARROS, 2016), gerando dificuldade para o desenvolvimento pleno das práticas de cuidado de toda a equipe de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou a possível influência do médico cubano no desenvolvimento das práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos. Os resultados deste estudo corroboraram a hipótese formulada da possível influência desse profissional nas práticas dos demais membros da equipe de saúde da família, ao reconhecer que a equipe, ao aderir ao PMM e incorporar o médico cubano, desenvolveu uma quantidade maior de práticas, bem como o modo de desenvolvimento destas apresentaram uma relação mais próxima com a integralidade do cuidado e da valorização da relação profissional-usuário no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A escolha do médico cubano inserido na equipe de saúde para análise deste estudo foi baseada na notória relevância desses profissionais no Programa, seja pelo fato de serem cerca de 80% entre os médicos estrangeiros ou pelas discussões observadas quanto a competência dos médicos cubanos para atuarem na Estratégia Saúde da Família.

Desse modo, as discussões na sociedade suscitaram a investigação da formação médica em Cuba e o perfil é descrito como aquele médico generalista, que utiliza de métodos clínicos e epidemiológicos, focalizando o social para o desenvolvimento de competências diagnósticas e terapêuticas, através da promoção da saúde, prevenção de enfermidades, cura e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. Ademais, desenvolve suas práticas baseadas em valores éticos, de solidariedade e na atitude cidadã (TERRA et al., 2016; SILVA et al., 2017; NASCIMENTO, 2017).

Observou-se que a equipe com médica cubana apresentou inclinação sobre as práticas de territorialização, quanto a necessidade de ter informações atualizadas sobre os indivíduos e famílias, fidedignas e organizadas para que fosse favorecida a oferta das ações de saúde. Do mesmo modo, os profissionais dessa equipe reconheceram a importância de identificar as necessidades e problemas de saúde da população, não apenas aquelas que chegavam até a unidade, com também aquelas que se expressavam no território. Realizavam a explicação desses problemas em reunião de equipe e conjuntamente priorizava-os, elegendo profissionais responsáveis pelos casos.

As noções de planejamento local pela equipe ESF-PMM também foram reveladas neste estudo. Para tanto, utilizavam como fonte de informações a demanda que chegava à unidade, as necessidades identificadas no território e os dados atualizados sobre as famílias, disponíveis no portal do agente comunitário de saúde. O planejamento era realizado coletivamente, de modo consensual e com valorização dos diferentes posicionamentos quanto a resolutividade dos casos.

A equipe ESF-PMM também apresentou maior quantidade de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como a realização de grupos para subpopulações específicas, a exemplo de gestantes e crianças; desenvolvimento de ações educativas nos grupos conduzidos pela NASF; palestras em sala de espera; incentivo a práticas corporais; e incentivo a práticas de vida saudável como boa alimentação e realização de atividade física.

As ações de vigilância epidemiológica também foram realizadas pela equipe ESF-PMM, assim como pela equipe ESF, quando se tratou de notificar as doenças e agravos de notificação compulsória, mas a equipe do PMM foi além no que tange a busca ativa de usuários, inicialmente realizadas pelos agentes comunitários no território, em seguida por toda a equipe de saúde também no território para que os usuários pudessem comparecer a unidade e por fim, através de visitas domiciliares casos os usuários não comparecesse à unidade.

As ações intersetoriais também só puderam ser observadas no relato dos profissionais da equipe ESF-PMM com realização de ações na praça do bairro, junto ao setor de segurança pública, em articulação com a população local, assim como realizaram ações no Centro de Referência Especializado em Assistência Social e em comércios locais frequentados pelos usuários.

Quanto às práticas de atendimento individual e coletivo, as duas equipes apresentaram desempenho similar, com realização de consultas individuais que contemplavam procedimentos básicos como pesar, medir, aferir pressão e fazer exame físico. A solicitação de exames se deu de acordo com a faixa etária do público atendido e as interconsultas, assim como as consultas de planejamento familiar foram realizadas de maneira parecidas. A diferença está na realização de visitas domiciliares, quanto a quantidade ter sido maior na equipe ESF-PMM e os critérios utilizados para realizar a visita, ultrapassando a lógica de considerar apenas acamados, assim como houve o reconhecimento de que os profissionais precisam ir

mais na casa das pessoas e sair dos consultórios fechados, nos quais não era possível observar a dinâmica da família, como viviam e como se relacionavam com o território.

Por fim, a relação entre os profissionais da equipe ESF-PMM era amistosa, com respeito ao trabalho e ao trabalhador e apresentavam uma mesma direção quando se tratava do entendimento referente ao desenvolvimento de práticas de saúde de acordo com aquelas estipuladas na estratégia saúde da família, ou seja, práticas centradas nas famílias de um território definido, território este “vivo”, dinâmico e cheio de elementos culturais, políticos, econômicos, sociais e religiosos.

Desse modo, não se pode negar a possibilidade de um médico cubano influenciar nas práticas de uma equipe de saúde, no contexto do Programa Mais Médicos, uma vez que defende o desenvolvimento de práticas sanitárias territoriais, com ênfase nas famílias e com valorização do usuário como protagonista no seu processo saúde-doença.

É possível inferir também que a desenvolvimento das práticas que se aproximam do conceito abrangente de APS, cujo objeto de trabalho são necessidades e problemas de saúde que incidem em indivíduos, famílias, grupos e populações, dar-se-ão pela formação médica cubana que acompanhou a construção histórica do Sistema de Saúde Cubano, favorecendo a consonância de ideologia e prática, de modo a excluir possibilidades para disparidades conceituais.

Tal ideologia reconhece o médico como aquele trabalhador que deve se aproximar do povo para que seu objeto de trabalho seja profundamente compreendido, através da participação na dinâmica de vidas da população, conforme pode ser visto nos resultados desse estudo quando a médica cubana afirma que saúde da família se faz no território, na casa das pessoas e nos espaços que elas ocupam.

Portanto, a inserção do médico cubano na equipe, considerando a sua formação altruísta, baseada na solidariedade social e nos valores humanísticos, bem como a dissociação deste profissional a hegemonia médica como visto no Brasil, pressupõe que as subjetividades das práticas desenvolvidas sugerem a compreensão ampliada do conceito de saúde, valoriza os aspectos sociais e culturais, assim como

dispara a necessidade de repensar a responsabilidade médica social e sanitária nas equipes de saúde.

É importante frisar algumas limitações deste estudo. A principal delas decorre da ausência da enfermeira na equipe ESF, por seu desligamento no período da coleta dos dados, o que pode ter, de certa maneira, influenciado nos resultados quanto ao desenvolvimento das práticas dessa equipe. Embora o reconhecimento do fundamental papel do profissional de enfermagem na equipe mínima de saúde, uma vez que este comumente ocupa lugar central na coordenação do trabalho dos agentes comunitários, na interlocução destes com os demais profissionais e na responsabilização de ações da vigilância epidemiológica nas unidades de saúde da família, somente a ausência desse profissional não é capaz de justificar acentuada alteração negativa na realização de práticas de saúde de toda uma equipe.

Na ausência da enfermeira não haveria empecilhos significativos no desenvolvimento de práticas atreladas ao processo de trabalho de todos os profissionais, caso estas práticas já fossem consolidadas, a exemplo da reunião de equipe, planejamento local, cadastro atualizado das famílias, busca ativa de usuários, investigação de casos, entre outros. A ausência da enfermeira também não justifica a falta de coesão da equipe ESF, o insuficiente desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o baixo número de visitas domiciliares dos ACS e a realização somente de práticas consideradas mínimas pela médica da equipe.

Com isso, não dá para afirmar que a ausência da enfermeira seja irrelevante, ao contrário disso, sua função é fundamental na equipe como já relatado aqui, inclusive sua ausência pode ter gerado sobrecarga para médica. Entretanto, a saída tão recente dessa profissional não pode ser assinalada como a principal motivação para possíveis mudanças de práticas. O que fica evidente nos discursos dos profissionais analisados da equipe ESF é que o desenvolvimento ou não das práticas e o modo como ocorreram não eram recentes, outrossim práticas que ocorriam desde que a equipe estava completa, exceto pela suspensão das reuniões de equipe e a falta de planejamento a curto prazo. Um exemplo disso é o fato dos profissionais não participarem de ações no território há mais de um ano conforme informou um dos entrevistados.

Outra limitação está relacionada a investigação de apenas uma equipe que aderiu ao PMM e recebeu médica cubana e outra equipe que não aderiu ao PMM, portanto sugere-se novos estudos que investiguem um número maior de equipes.

Destarte, há necessidade também que sejam realizados mais estudos que tratem dessa temática, uma vez que são poucos aqueles que propuseram investigar as práticas dos médicos cubanos do PMM e que sejam realizados em diferentes cenários do Brasil, de modo aprofundar os achados encontrados neste estudo.

Conclui-se que os resultados desse estudo contribuem para avaliação do Programa, no que tange o objetivo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, e a influência de médicos cubanos, através da investigação do processo de trabalho e desenvolvimento das práticas de saúde, nas equipes de saúde da família. Assim, acredita-se ter contribuído para a realização de novos estudos que pretendam investigar a incorporação de médicos cubanos na estratégia saúde da família através do PMM.

REFERÊNCIAS

ADLER, M.S; GALLIAN, D. M. C. Formação Médica e Serviço Único de Saúde: Propostas e Práticas Descritas na Literatura Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**. p.388-396; 2014.

ALMEIDA, E. R; MOUTINHO, C. B; LEITE, M. T. DE S.Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde **Interface** (Botucatu). vol.20 no.57 Botucatu Apr./June 2016 Epub Feb 23, 2016.

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, JS e ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e Prática, Riode Janeiro, **Medbook**, 2014, p.353-371.

ARAÚJO, M; ROCHA, P. Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1036-1044, jul./ago. 2005.

BORBA, S. M. L. dos S. Vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica: o caso do município de Itaboraí, região metropolitana do Rio de Janeiro. [Dissertação de mestrado]. **FIOCRUZ**, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica, 7. ed., Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos**, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Saúde (MS). **Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros** [Internet]. 2015. [acessado 2017 abr 17]. Disponível em: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. **Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

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

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

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2655-2663, 2016.

CANCIAN, N. Com impasse, vagas de cubanos devem ficar para brasileiros no Mais Médicos. **Folha de São Paulo**> seção cotidiano: 17 de abril, 2017.

CARNEIRO et al. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciênc.saúde coletiva* vol.23 no.7 Rio de Janeiro jul. 2018.

CAVALCANTI L, et al. I Relatório Parcial Pesquisa sobre a integração sociocultural dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos. Rio de Janeiro: **Fundação Darcy Ribeiro**; 2015.

CLAUS, S. M. **Competências para o Gerenciamento de Processos de Trabalho na Atenção Básica**: contribuições para a formação e a atuação de profissionais da saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas Unicamp. Unicamp – SP, 2005.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2729-2738, 2016.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jan-fev; 2009.

COSTA, J. G. **O modo tecnológico da Vigilância da Saúde e o trabalho das equipes de saúde da família**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. Salvador – Bahia, 2009.

DANIEL, E. Mais Médicos no Paraná - acolhimento e o processo de trabalho na atenção básica. **Rev. Med. UFPR** 4(1):5 - 10 Janeiro-Março/2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/04/1876222-com-impasse-vagas-de-cubanos-devem-ficar-para-brasileiros-no-mais-medicos.shtml>. Acesso em: 22 de maio de 2017.

ELIA, P. C; NASCIMENTO, M. C. DO. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis**. vol.21 no.2 Rio de Janeiro: 2011.

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2012. [acessado 2017 abr 17]. Disponível em: Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf

FALKENBERG, M. B. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014.

FRANCO, C. M; ALMEIDA, P. A. DE; GIOVANELLA, L.A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.34 no.9 Rio de Janeiro 2018.

FRANCO, T. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencia em saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Unicamp, Campinas – SP, 1999.

GIOVANELA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009.

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2739-2748, 2016.

GOMES, L. B;MERHY, E. E;FERLA, A. A. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de cuba no Programa Mais Médicos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 899-918, set./dez. 2018.

GUADAGNIN, E. O território como elemento constituinte do processo de trabalho de equipes de saúde da família: relevâncias e desafios. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

LAVADO, M. M. Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 36, no. 2, de 2007.

LOPES, M. J. M.e LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu* (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, E. Avaliação das Características Organizacionais dos Serviços de Atenção Básica em Petrópolis: Teste de uma Metodologia. **Saúde em Debate**, 2003.

MARQUI, T. B. A. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p.956-961, dez. 2010.

MARTINS, A.R. et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12):2279-2295, dez, 2010.

MATIAS, P. da S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. [Dissertação de mestrado] Universidade Federal Fluminense, 2017.

MATUMOTO, S. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Revista Interface- Comunicação, Saúde e Educação** 2005; 8(16): 9-24.

MELO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária À Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde Processos de Trabalho e Necessidades. São Paulo, **Cadernos CEFOR Textos**, 1. 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: **Ed Hucitec**, 1994.

MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S.; KOPITKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & saúde coletiva** vol.21 no.9 Rio de Janeiro set. 2016.

MENESES e ROCHA, A. A. R. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa de Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 2005.

MONTERO, P. O campo da saúde e o poder de classe. In: MONTERO, P. (ORG.). Da ordem à desordem. Rio de Janeiro: **Graal**, 1997.

MORETTI-PIRES, R. O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Rev. bras. educ. med.** vol.33 no.3 Rio de Janeiro jul./set. 2009.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, jan-mar 2018.

MOTA, R. G.; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & saúde coletiva**, 2016.

NASCIMENTO, J. G. S. do. Competências relacionadas ao perfil de formação de profissionais médicos – uma análise do Programa Mais Médicos em Minas Gerais. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade** v.11, n.29, p. 1761-1778 | Maio/Agosto – 2017.

NETO, J. **Bahia colhe os frutos do Programa Mais Médicos**. Saúde no ar, Salvador, 11 jul. 2016. Seção Boas notícias. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=10757:bahia-colhe-os-frutos-do-programa-mais-medicos&catid=13:noticias&Itemid=25. Acesso em: 09 de maio, 2017.

OLIVEIRA, A. K. S. et al. Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem: USP**; 2012.

OLIVEIRA, D. M. de. et al. Concepções e práticas de educação em saúde: perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm. UFPE on line.**, Recife, 10(11):3901-10, nov., 2016.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: _____, **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: **HUCITEC ABRASCO**, cap.4, 1993.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (organizadores). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora **Fiocruz**; 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUARYOL, M. Z; ALMEIDA, F. N. (organizadores). In: **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Editora **Meds**; 2003. p. 567-86.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de

saúde dos usuários e da população. São Paulo. Tese [Livre Docência]- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luíza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf) >.

PEDUZZI, M.; SCHARAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: **EPSJV**; 2006. p. 199.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos Para O Brasil: Estudo De Caso Em Comunidades Quilombolas. **Revista da ABPN** • v. 7, n. 16 • mar –jun. 2015.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun./2006.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2253-2262, 2013.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011.

SANTOS, J. B. F. dos, et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saude soc.** vol.25 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2016.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

SANTOS, L. X. Integralidade do Cuidado Praticado pelos Cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil: a percepção dos usuários. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife – PE, 2015.

SARTI, T. D. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad.Saúde Pública** vol.28 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2012.

SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil. 2015.

SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil. 2018.

SILVA, H. P. et al. The More Doctors for Brazil Project - challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians. **Interface** (Botucatu). 2017.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013.

SILVA, R. M. V; FRACOLLI, L. A. A utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde. **Rev. Esc. Enfermagem**. USP-2009.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da Saúde. **Rev.Min.Enferm.**;15(2):196-201,abr./jun.,2011.

TEIXEIRA, C. F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. (organizadores). Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: **Edufba**: 2006.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. (organizadores). Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: **Edufba**; 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v.7 n.2 Brasília jun. 1998.

TERRA, L. S. V. et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2825-2836, 2016.

TETEMANN, E. C; TRUGILHO, S. M; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 356 - 369, ago./dez. 2016.

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**, 16(3):1969-1980, 2011.

VIEIRA, F. S. et al. Inter-relação das ações de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: percepções do enfermeiro. **Rev Fund Care Online**. 2017.

WANDEKOKEN, K. D. **Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. Universidade Federal Do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Coletiva. Vitória,2015.

YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Daniel Grassi (tradução). 2ª edição. Porto Alegre: **Bookman**, 2001.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Correlação entre as atividades, operacionalização e instrumentos dispostos na matriz analítica

ATIVIDADES	OPERACIONALIZAÇÃO	INSTRUMENTOS
Definição de território	<u>Territorialização:</u> - Definição da área de abrangência e das microáreas; - Mapeamento da área de abrangência e participantes do mapeamento; Frequência de atualização do mapeamento; - Cadastramento das famílias e situação do cadastramento; - Definição da cobertura populacional adscrita	Uso dos conceitos da geografia crítica de Milton Santos (território “processo”, território: conjunto de fixos e fluxos) adaptados ao conceito de regionalização da saúde (Mendes (org) 1993). Mapas “dinâmicos” Cadastramento das pessoas e famílias no E-SUS
Análise da Situação de Saúde	- Realização, frequência de realização, atualização e participantes da Análise da Situação de Saúde; - Tipos de utilização da Análise da Situação de Saúde; - Tipo de informação utilizada na análise.	Perfil epidemiológico da população adscrita: descrição das desigualdades entre grupos populacionais. Manejo dos sistemas de informação de base local (ESUS, SISAB): coleta, processamento e análise dos dados Planejamento Estratégico Situacional: momento explicativo Estimativa rápida participativa

Planejamento local	<ul style="list-style-type: none"> - Realização, frequência, participantes e utilização do planejamento; - Organização da oferta; - Autonomia na implementação das ações planejadas; - Avaliação das ações desenvolvidas. 	<p>Métodos e técnicas de planejamento participativo.</p> <p>Técnicas de monitoramento e avaliação das ações de saúde.</p> <p>Planejamento Estratégico Situacional</p>
Controle de riscos e danos	<p><u>Atendimento individual/Intervenções específicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de consultas, profissionais responsáveis, modo de realização; - Realização de interconsultas, e profissionais responsáveis. <p><u>Visitas domiciliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização, frequência, participantes das visitas domiciliares; - Abordagem de toda a família que reside na casa visitada. <p><u>Ações educativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de grupos na USF ou no território; - Outras atividades similares. 	<p>Instrumentos de planejamento do cuidado (individual, familiar, território);</p> <p>Enfoque clínico (anamnese, exame clínico);</p> <p>Protocolos clínicos (diagnóstico, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, seguimento);</p> <p>Tratamento não medicamentoso - orientações sobre práticas de vida saudável (alimentação, atividade física, consumo de álcool e outras drogas);</p>

	<p><u>Vigilância epidemiológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificação e investigação epidemiológica <p>Medidas de controle de surtos.</p>	<p>Instrumentos de planejamento familiar;</p> <p>Protocolos operacionais (solicitação de exames complementares, consultas especializadas, para interconsultas);</p> <p>Protocolos de vigilância epidemiológica e alimentação do SINAN.</p>
<p>Controle de determinantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de ações de promoção desenvolvidas em função dos grupos prioritários; - Mobilização comunitária. <p><u>Visitas domiciliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização, frequência, participantes das visitas domiciliares; - Abordagem de toda a família que reside na casa visitada. <p><u>Ações intersetoriais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas prioritários, definidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE); - Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas priorizados pela equipe da ESF, no âmbito escolar; - Outras ações intersetoriais. 	<p>Abordagens pedagógicas baseadas na autonomia dos sujeitos;</p> <p>Instrumentos de planejamento familiar.</p> <p>Material educativo/informativo: folhetos, cartilhas, cartazes, recursos audiovisuais;</p> <p>Métodos e técnicas de planejamento participativo e monitoramento conjunto.</p>

Participação Social/ Mobilização comunitária	<u>Ações no território:</u> - Tipo de ações no território Realização, frequência, participantes - Local de realização das ações - Conteúdo da ação. - Mobilização comunitária	Projeto de Saúde no território; Métodos e técnicas de planejamento participativo; Reuniões envolvendo a comunidade.
---	--	---

Apêndice 2 - Roteiro para entrevista semiestruturada – Médicos(as) e Enfermeiros(as)

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Como ocorreu a formação profissional? • Como o curso realizado era estruturado? • Quando se deu o contato com a Atenção Primária à Saúde no processo de formação? • Quais atividades eram realizadas no âmbito da APS durante o curso? • Havia atividades no território com a comunidade? 	<p>Caracterizar os agentes das práticas das equipes de Saúde da Família, com ênfase no perfil profissional.</p>	<p style="text-align: center;">AGENTES</p> <p style="text-align: center;">Profissionais de saúde</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Como era estruturada sua família quando criança? E atualmente, como se estrutura? • Qual o nível de escolaridade dos seus pais? • Qual o nível de escolaridade dos seu(s) irmão(s) caso tenha irmãos) • O seu ensino básico, fundamental e médio ocorreu em escola pública ou privada? Em qual cidade/país? • Onde realizou seu curso de graduação (cidade e universidade)? • A universidade é pública ou privada? • O que motivou a escolha desse curso? Por quê? • Há quanto tempo se formou? • Como seu curso era estruturado? (semestres/módulos/conteúdos)? • Em qual período teve contato com o tema da saúde coletiva/saúde pública/atenção primária? Era conteúdo prático, teórico ou teórico prático? Exemplifique.

				<ul style="list-style-type: none"> • Em qual período realizou seu primeiro estágio em APS? Como foi? • Quantos estágios realizou em APS? Quais atividades desenvolvia? • Como você caracteriza sua aproximação com a APS? Por quê? Dê exemplos. • Qual período realizou estágio/internato em serviços especializados e hospitais? • Como você caracteriza seu curso? Por quê? • Você possui algum tipo de formação complementar (especialização – residência ou <i>latu sensu</i>, mestrado, doutorado)? Em qual área? ✓ PARA MÉDICOS FORA DO PMM • Qual tipo de vínculo possui? Qual seu agente contratante? Qual a forma de ingresso? Há quanto tempo possui esse vínculo?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá a organização do processo de trabalho? • Como ocorre o funcionamento da unidade? 	Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família;	<p>OBJETO</p> <p>Necessidades e problemas de saúde que incidem em</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com determinadas doenças crônicas não – transmissíveis; 	<ul style="list-style-type: none"> • Essa unidade funciona em quais dias da semana? • Quais seus turnos de atendimento? • Quais turnos de atendimento da sua equipe? • Há horário fixo de funcionamento da unidade?

<ul style="list-style-type: none"> • Como os usuários têm suas necessidades e problemas de saúde atendidos? • Quais e como as atividades são realizadas? • Qual perfil da população atendida? • Como o cuidado ocorre em âmbito individual, familiar e coletivo? 		<p>indivíduos, famílias, grupos e populações que vivem em determinados territórios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com tuberculose e hanseníase; • Usuários em busca de consumo de procedimentos; • Famílias; • Indivíduos saudáveis; • Grupos populacionais (crianças, adolescentes, gestantes, mulheres, homens, idosos, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? • Esta unidade oferta regularmente vacinação? Todas ou algumas? Quais? • Esta unidade oferta regularmente testes diagnósticos? Todas ou alguns? Quais? • Além de atendimento, vacinação e testes diagnósticos, quais outras atividades são realizadas nesta unidade por sua equipe? • Sua equipe desenvolve atividades para/com a família? Quais? Descreva como ocorreu a última atividade. • Sua equipe desenvolve atividades para/com a comunidade? Quais? Descreva como ocorreu a última atividade. • Quais grupos de usuários mais frequentam a unidade? • Qual a principal demanda dos usuários nesta unidade?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Há definição da área de abrangência e das microáreas? • É realizado o mapeamento da área? Quem participa? É 	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com</p>	<p>ATIVIDADES</p>	<p><u>Territorialização:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição da área de abrangência e das microáreas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Como foi definida a área de abrangência da sua equipe? • Como foram definidas as microáreas de atuação dos ACS (quais critérios utilizados)?

<p>atualizado de que forma?</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cadastramento das famílias está atualizado? As informações constam no sistema? • Qual o perfil populacional e epidemiológico da população adscrita? 	<p>médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Definição de território</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento da área de abrangência e participantes do mapeamento; Frequência de atualização do mapeamento; • Cadastramento das famílias e situação do cadastramento; • Definição da cobertura populacional adscrita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a situação de cadastro das famílias? Está atualizado? As informações estão cadastradas no sistema? Qual data da última atualização? • Foi realizado o mapeamento da área de abrangência? Está atualizado? Qual a data da última atualização? Com que frequência é atualizado? • Qual o número de pessoas cadastradas (aproximadamente) sob a responsabilidade da sua equipe? • Quem participou do mapeamento da área (incluindo você)? Quem participou da atualização? Quais critérios utilizados? Cite alguns. • Quais informações estão contidas no mapa? • Você e sua equipe utilizam o mapa para realização do trabalho? Quais informações são utilizadas? Exemplifique. • Quais as características da população da sua área de abrangência? Cite algumas características • Quais as características da sua área de abrangência? Cite algumas características. • Você e sua equipe atendem pessoas residentes fora da área de abrangência? Com que frequência?
--	---	--------------------------------	---	---

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza Análise da Situação de Saúde? Como ocorre? Quem participa?</p> <p>Quais informações da ASS são utilizadas no processo de trabalho? Como utiliza?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Análise da Situação de Saúde</p>	<p><u>Análise de Situação de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência de realização, atualização e participantes da Análise da Situação de Saúde; • Tipos de utilização da Análise da Situação de Saúde; • Tipo de informação utilizada na análise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam levantamento das informações de saúde e identificação de problemas de saúde da população da sua área de abrangência? Como ocorre? Exemplifique • Realiza a priorização dos problemas? • Como realizam essa identificação e priorização dos problemas? Quais critérios são utilizados? • Quem participa da análise de situação de saúde? • Com que frequência realiza a análise de situação de saúde? Quando ocorreu a última análise? Quem participou? • Que informações são consideradas para a ASS? Qual a fonte dessas informações? • O que você faz em relação aos problemas?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza planejamento? Qual periodicidade? Quem participa?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das</p>	<p>ATIVIDADES</p>	<p><u>Planejamento Local:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes e 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe planejam as suas ações? Que ações são contempladas no planejamento?

<p>Como utiliza o planejamento no processo de trabalho e organização da oferta?</p>	<p>equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Planejamento local</p>	<p>utilização do planejamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização da oferta; • Autonomia na implementação das ações planejadas; • Avaliação das ações desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Com que frequência você e sua equipe realizam o planejamento? Quem participa? • Você e sua equipe usam o planejamento como orientador das ações desenvolvidas? Exemplifique. • Quais instrumentos são utilizados no planejamento (plano de trabalho, cronograma)? • Quais critérios e informações são utilizados para o planejamento? Cite alguns. • Você e sua equipe recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? • Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique • Você e sua equipe avaliam as ações desenvolvidas? • Você e sua equipe realizam auto-avaliação das ações desenvolvidas?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Como ocorre o atendimento?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Atendimento individual/Intervenções específicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Com que frequência realiza consultas individuais? • Durante a consulta, quais procedimentos são realizados rotineiramente? • Você utiliza protocolos para realização de consultas? Quais?

<p>Quais ações são realizadas no atendimento?</p> <p>Quais instrumentos (materiais e não materiais) são utilizados?</p> <p>Faz atendimento familiar? Como?</p> <p>Realiza interconsulta? Quem participa?</p>	<p>formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>		<p>profissionais responsáveis, modo de realização;</p> <p>• Realização interconsultas, profissionais responsáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Você realiza orientações de práticas de vida saudável (alimentação, atividade física, consumo de álcool e outras drogas)? Exemplifique • Você realiza a dispensação de preservativo para usuários sexualmente ativos? • Com que frequência você solicita exames complementares e consultas especializadas? Qual a média dessas solicitações? Em quais casos? • Você executa o Projeto terapêutico singular? Que frequência? Quem participa? O usuário participa da elaboração e condução? • Você realiza consulta para planejamento familiar? Descreva como ocorreu a última. • Com que frequência e como você realiza interconsultas? Quais profissionais envolvidos? • Considera que a interconsulta favorece o processo de cuidado? Por quê? • Você realiza acolhimento da demanda espontânea? Com que frequência? Como resolve esses casos?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
Utiliza ficha de notificação?	Identificar semelhanças e diferenças entre o	ATIVIDADES	<u>Vigilância epidemiológica:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe ficha de notificação na sua unidade? Para quais casos

<p>Alimenta o SINAN com os casos notificados?</p> <p>Realiza medidas de controle de riscos e causas?</p>	<p>processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Controle de riscos e causas</p>	<p>Notificação e investigação epidemiológica</p> <p>Medidas de controle de surtos.</p>	<p>(tuberculose, hanseníase, HIV, sífilis, outros)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam as notificações? Em quais situações? Quem faz a notificação? • A notificação é registrada no Sistema Nacional de Notificações (SINAN)? • Quando um caso é identificado e notificado na sua área de abrangência, o caso é investigado? Como ocorre a investigação? Relate como foi última realizada. • Você e sua equipe realizam busca ativa de faltosos referentes aos casos identificados? Como ocorre? Quem participa? • Você e sua equipe realizam vigilância de contatos interdomiliares de casos notificados em acompanhamento? Como ocorre? Quem participa? • Você e sua equipe realizam orientações para população adscrita referentes às doenças da lista nacional de notificações compulsórias? Como ocorre (individual, familiar, coletiva)? Usa recurso didático? Quais?
<p>QUESTÕES DO ESTUDO</p>	<p>OBJETIVO DO ESTUDO</p>	<p>CATEGORIA ANALÍTICA</p>	<p>OPERACIONALIZAÇÃO</p>	<p>QUESTÕES DO ROTEIRO</p>
<p>Realiza atividades educativas? Quais?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o</p>	<p>ATIVIDADES</p>	<p><u>Ações educativas:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Há grupos para usuários nesta unidade? Quais? Com que frequência ocorrem?

<p>Quais grupos conduz ou participa? Como ocorre?</p> <p>Quais outras atividades educativas são realizadas?</p>	<p>processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Controle de riscos e causas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de grupos na USF ou no território; • Outras atividades similares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como é a adesão dos usuários aos grupos? Qual número de pessoas participa em média? • Qual o grupo mais consolidado e o mais frágil? Por quê? • Você e sua equipe são responsáveis pela condução de algum desses grupos? Qual? Quais atividades são planejadas? Quem participa? • Como ocorre a definição (critérios) para criação de um grupo? Você participa dessa definição (equipe, usuários, outros)? Exemplifique. • Onde são realizados os encontros dos grupos? • Há grupos em outros locais da comunidade que você participa? Quais grupos? Onde? • Quais recursos você utiliza nos grupos (audiovisuais, panfletos, cartazes, cartilhas, etc)? • Você realiza sala de espera? Com que frequência? Quem participa? Quais temas são abordados? • Você realiza outras atividades educativas na unidade ou no território? Quais? Com que frequência? Quem participa?
---	--	------------------------------------	---	--

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza visita domiciliar?</p> <p>Como ocorre a abordagem a família?</p> <p>Quem participa?</p> <p>Quais recursos/instrumentos utiliza?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas;</p> <p>Controle de determinantes</p>	<p><u>Visitas domiciliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes das visitas domiciliares; • Abordagem de toda a família que reside na casa visitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam visitas domiciliares? Com que frequência? Quem participa? • Há mapeamento das pessoas que necessitam de visita domiciliar no seu território de abrangência? Quem realiza esse mapeamento? • Como são programadas as visitas? Quem participa da programação? • Qual a periodicidade de elaboração do cronograma de visitas? • A equipe possui protocolo ou critérios para realização da visita? Quais? • Quais procedimentos/ações são realizadas durante a visita domiciliar? Quem realiza? • Relate como ocorreram as duas últimas visitas domiciliares que participou. Quando ocorreram? • Quais recursos são utilizados nas visitas? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza ações de promoção? Quais?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das</p>	<p>ATIVIDADES</p>	<p><u>Ações de promoção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de ações de promoção 	<ul style="list-style-type: none"> • Você realiza ações de promoção da saúde? Quais? Com que frequência? Quem participa? Quais temas são abordados?

<p>Realiza ações de promoção da saúde em função de grupos prioritários?</p> <p>Mobiliza a comunidade à participar das ações? Como?</p>	<p>equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Controle de determinantes</p>	<p>desenvolvidas em função dos grupos prioritários;</p> <ul style="list-style-type: none"> Mobilização comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> Você incentiva e desenvolve atividades e práticas corporais (atividade física, ioga, relaxamento, etc) na unidade ou no território? Com que frequência? Quem participa? Utiliza protocolos ou critérios? Quais? Quais recursos utiliza nas ações educativas que participa ou desenvolve (material educativo/informativo: folhetos, cartilhas, cartazes, recursos audiovisuais)? Há grupos sociais que participam do planejamento e desenvolvimentos das ações educativas? Quais? Como ocorre? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza ações na escola?</p> <p>Como define as ações realizadas?</p> <p>Quem participa?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de determinantes</p>	<p><u>Ações intersetoriais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas prioritários, definidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE); Existência de ações desenvolvidas em 	<ul style="list-style-type: none"> Você realiza atividades na escola da sua área de abrangência? Quais? Qual frequência de realização das atividades? Quem participa? Como são planejadas as atividades que ocorrem na escola? Quais critérios são utilizados? Quem participa? Os pais e professores participam das atividades desenvolvidas na escola? Como ocorre essa articulação? Há outras ações desenvolvidas no território em articulação com outros

Há outras ações com outros setores da área de abrangência? Quais?	Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.		função dos problemas priorizados pela equipe da ESF, no âmbito escolar; <ul style="list-style-type: none"> • Outras ações intersetoriais. 	lugares (igreja, creches, cooperativas, UPP, entre outras)? Quais? Como ocorre essa articulação? Como são definidas essas atividades?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTIEIRO
Desenvolve ações no território? Quais? Estimula a participação comunitária? Como? Participa de espaços de participação social? Quais?	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM. Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir	ATIVIDADES Participação social/Mobilização comunitária	<u>Ações no território:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de ações no território • Realização, frequência, participantes • Local de realização das ações • Conteúdo da ação. • Mobilização comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe participa ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? Como/Qual? • Você encaminha demandas de ordem social dos usuários para gestão municipal? Como faz? Exemplifique • A equipe considera a opinião do usuário para organização e qualificação do processo de trabalho? Exemplifique. • Você participa das reuniões do conselho local de saúde ou outros espaços de participação social? Qual? Com que frequência? • Você desenvolve ações no território? Quais? Quem participa? • Com que frequência realiza essas ações?

	da percepção dos agentes.			<ul style="list-style-type: none"> • Como são definidas as ações? Quem participa das definições? • Você utiliza algum protocolo critério para realização dessas ações? Quais? • Você realiza o Projeto Saúde no Território? Quem participa? Exemplifique. • Qual o local de realização das ações? Quais temas são abordados? • Você incentiva a participação da comunidade nessas ações? Como? Exemplifique
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Como se dá a relação entre os membros da equipe?</p> <p>Como se dá o acesso aos profissionais pelos demais membros das equipes?</p> <p>Há hierarquia na relação entre os membros da equipe?</p>	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.	<p>RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS</p> <p>Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.</p>	<p><u>Relação entre os membros da equipe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de hierarquia na relação; • Acesso ao profissional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Como é a relação entre os membros das equipes? • Existe alguma hierarquia na equipe? • Como você se sente em relação ao seu trabalho na equipe? Por quê? • Você sente que seu trabalho é valorizado pela equipe? De que forma? Exemplifique. • Você costuma discutir casos dos usuários ou outros assuntos com a equipe? Com que frequência? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO

<p>Como ocorre a tomada de decisões? Quem participa? Em que momento ocorrem?</p> <p>Há conflitos na equipe? como resolvem?</p> <p>Como se dá a realização do trabalho conjunto?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p>	<p>RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS</p> <p>Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.</p>	<p><u>Tomadas de decisões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para tomadas de decisão e participantes do processo decisório. • Realização de trabalho conjunto; • Explicitação e manejo dos conflitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe reunião sistemática da equipe? Qual frequência? Quem participa? • O que é discutido na reunião? • Como são tomadas as decisões na equipe? Quem participa? • Você influencia, de alguma forma, nas atividades desenvolvidas pela equipe? Como? Exemplifique • Existe algum problema de comunicação entre os membros da equipe? Exemplifique. Como são resolvidos? • Quais as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades da equipe? Como são encaradas?
---	--	---	---	---

Apêndice 3 - Roteiro para entrevista semiestruturada – Técnicos(as) de enfermagem

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Como ocorreu a formação profissional? • Quais atividades eram realizadas no âmbito da APS durante o curso? • Havia atividades no território com a comunidade? 	<p>Caracterizar os agentes das práticas das equipes de Saúde da Família, com ênfase no perfil profissional.</p>	<p style="text-align: center;">AGENTES</p> <p style="text-align: center;">Profissionais de saúde</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Onde realizou seu curso técnico (cidade e instituição)? • A instituição é pública ou privada? • Há quanto tempo se formou? • Durante o curso teve contato com a APS? Teórico e/ou prático? Como ocorreu? • Como você caracteriza sua aproximação com a APS? Por quê? Dê exemplos. • Como você caracteriza seu curso? Por quê? • Você possui algum tipo de formação complementar (graduação, especialização – residência ou <i>latu sensu</i>, mestrado, doutorado)? Em qual área? • Qual tipo de vínculo possui? Qual seu agente contratante? Qual a forma de ingresso? Há quanto tempo possui esse vínculo?

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá a organização do processo de trabalho? • Como ocorre o funcionamento da unidade? • Como os usuários têm suas necessidades e problemas de saúde atendidos? • Quais e como as atividades são realizadas? • Qual perfil da população atendida? • Como o cuidado ocorre em âmbito individual, familiar e coletivo? 	<p>Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família;</p>	<p>OBJETO</p> <p>Necessidades e problemas de saúde que incidem em indivíduos, famílias, grupos e populações que vivem em determinados territórios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com determinadas doenças crônicas não – transmissíveis; • Usuários com tuberculose e hanseníase; • Usuários em busca de consumo de procedimentos; • Famílias; • Indivíduos saudáveis; • Grupos populacionais (crianças, adolescentes, gestantes, mulheres, homens, idosos, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Essa unidade funciona em quais dias da semana? • Quais tipos de atendimento são realizados por você? • Quais seus turnos de atendimento? • Quais turnos de atendimento da sua equipe? • Há horário fixo de funcionamento da unidade? • Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? Considera que o repertório de serviços ofertados aumentou nos últimos 12 meses? A que atribui isso? • Esta unidade oferta regularmente vacinação? Todas ou algumas? Quais? Quem aplica a vacinação? • Esta unidade oferta regularmente testes diagnósticos? Todos ou alguns? Quais? • Além de atendimento, vacinação e testes diagnósticos, quais outras atividades são realizadas nesta unidade por sua equipe?

				<ul style="list-style-type: none"> • Sua equipe desenvolve atividades para/com a família? Quais? Desde quando? Você participa? Descreva como ocorreu a última atividade. • Sua equipe desenvolve atividades para/com a comunidade? Há quanto tempo? Quais? Você participa? Descreva como ocorreu a última atividade. • Quais grupos de usuários mais frequentam a unidade? Esse perfil mudou nos últimos 12 meses? • Qual a principal demanda dos usuários nesta unidade? Esse perfil mudou nos últimos 12 meses?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTIEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Há definição da área de abrangência e das micro-áreas? • É realizado o mapeamento da área? Quem participa? É atualizado de que forma? • O cadastramento das famílias está atualizado? As informações constam no sistema? 	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.	<p>ATIVIDADES</p> <p>Definição de território</p>	<p><u>Territorialização:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição da área de abrangência e das micro-áreas; • Mapeamento da área de abrangência e participantes do mapeamento; Frequência de atualização do mapeamento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Como foi definida a área de abrangência da sua equipe? Há quanto tempo? Você participou? Como? • Como foram definidas as micro-áreas de atuação dos ACS (quais critérios utilizados)? Há quanto tempo? Você participou? • Qual a situação de cadastro das famílias? Está atualizado? As informações estão cadastradas no sistema? Qual data da última atualização?

<ul style="list-style-type: none"> • Qual o perfil populacional e epidemiológico da população adscrita? 	<p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cadastramento das famílias e situação do cadastramento; • Definição da cobertura populacional adscrita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi realizado o mapeamento da área de abrangência? Está atualizado? Qual a data da última atualização? Com que frequência é atualizado? • Qual o número de pessoas cadastradas (aproximadamente) sob a responsabilidade da sua equipe? • Quem participou do mapeamento da área (incluindo você)? Quem participou da atualização? Quais critérios utilizados? Cite alguns. • Quais informações estão contidas no mapa? • Você e sua equipe utilizam o mapa para realização do trabalho? Quais informações são utilizadas? Desde quando? Exemplifique. • Quais as características da população da sua área de abrangência? Cite algumas características • Quais as características da sua área de abrangência? Cite algumas características. • Você e sua equipe atendem pessoas residentes fora da área de abrangência? Com que frequência? Por que isso ocorre?
--	--	--	--	--

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza Análise da Situação de Saúde? Como ocorre? Quem participa?</p> <p>Quais informações da ASS são utilizadas no processo de trabalho? Como utiliza?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Análise da Situação de Saúde</p>	<p><u>Análise de Situação de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência de realização, atualização e participantes da Análise da Situação de Saúde; • Tipos de utilização da Análise da Situação de Saúde; • Tipo de informação utilizada na análise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam levantamento das informações de saúde e identificação de problemas de saúde da população da sua área de abrangência? Como ocorre? Desde quando? Exemplifique • Realiza a priorização dos problemas? • Como realizam essa identificação e priorização dos problemas? Quais critérios são utilizados? • Quem participa da análise de situação de saúde? Sempre foram essas mesmas pessoas/profissionais? • Com que frequência realiza a análise de situação de saúde? Desde quando? Quando ocorreu a última análise? Quem participou? • Que informações são consideradas para a ASS? Qual a fonte dessas informações? • O que você faz em relação aos problemas? Sempre foi dessa forma?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO

<p>Realiza planejamento? Qual periodicidade? Quem participa?</p> <p>Como utiliza o planejamento no processo de trabalho e organização da oferta?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Planejamento local</p>	<p><u>Planejamento Local:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes e utilização do planejamento; • Organização da oferta; • Autonomia na implementação das ações planejadas; • Avaliação das ações desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe planejam as suas ações? Que ações são contempladas no planejamento? Há quanto tempo faz isso? • Com que frequência você e sua equipe realizam o planejamento? Quem participa? Há quanto tempo faz isso? • Você e sua equipe usam o planejamento como orientador das ações desenvolvidas? Desde quando? Exemplifique. • Quais instrumentos são utilizados no planejamento (plano de trabalho, cronograma)? Sempre utilizou esses? • Quais critérios e informações são utilizados para o planejamento? Desde quando faz isso? Cite alguns. • Você e sua equipe recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? Há quanto tempo? Como ocorre? • Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Sempre foi dessa forma? Exemplifique • Você e sua equipe avaliam as ações desenvolvidas? Há quanto tempo?
--	---	--	---	---

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Quais e como ocorrem os atendimentos/procedimentos?</p> <p>Faz atendimento familiar? Como?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Atendimento individual/Intervenções específicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas, profissionais responsáveis, de realização; modo • Realização de interconsultas, profissionais responsáveis. e 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam auto-avaliação das ações desenvolvidas? Há quanto tempo? • Quais tipos de atendimento/procedimentos você realiza? • Você executa o Projeto terapêutico singular? Que frequência? Quem participa? O usuário participa da elaboração e condução? Há quanto tempo utiliza esse recurso? • Você realiza consulta para planejamento familiar? Há quanto tempo faz isso? Descreva como ocorreu a última. • Há consenso entre você e sua equipe sobre como realizar atendimento/procedimentos individuais? Quando isso foi definido? • Você realiza acolhimento da demanda espontânea? Com que frequência? Desde quando? Como resolve esses casos?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO

<p>Utiliza ficha de notificação?</p> <p>Alimenta o SINAN com os casos notificados?</p> <p>Realiza medidas de controle de riscos e causas?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Vigilância epidemiológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificação e investigação epidemiológica • Medidas de controle de surtos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe ficha de notificação na sua unidade? Para quais casos (tuberculose, hanseníase, HIV, sífilis, outros)? • Você e sua equipe realizam as notificações? Em quais situações? Quem faz a notificação? Há quanto tempo realizam a notificação? • A notificação é registrada no Sistema Nacional de Notificações (SINAN)? • Quando um caso é identificado e notificado na sua área de abrangência, o caso é investigado? Como ocorre a investigação? Relate como foi última realizada. • Você e sua equipe realizam busca ativa de faltosos referentes aos casos identificados? Como ocorre? Quem participa? • Você e sua equipe realizam vigilância de contatos interdomiliares de casos notificados em acompanhamento? Como ocorre? Quem participa? • Você e sua equipe realizam orientações para população adscrita referentes às doenças da lista nacional de notificações compulsórias? Como ocorre
---	---	---	--	--

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza atividades educativas? Quais?</p> <p>Quais grupos conduz ou participa? Como ocorre?</p> <p>Quais outras atividades educativas são realizadas?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em Cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Ações educativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de grupos na USF ou no território; • Outras atividades similares. 	<p>(individual, familiar, coletiva)? Usa recurso didático? Quais?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há grupos para usuários nesta unidade? Quais? Com que frequência ocorrem? Quando foram criados? • Como é a adesão dos usuários aos grupos? Qual número de pessoas participa em média? Houve um aumento ou diminuição da adesão nos últimos 12 meses? • Qual o grupo mais consolidado e o mais frágil? Por quê? Desde quando? • Você é responsável pela condução de algum desses grupos? Qual? Desde quando? Quais atividades são planejadas? Quem participa? • Como ocorre a definição (critérios) para criação de um grupo? Você participa dessa definição (equipe, usuários, outros)? Exemplifique. • Onde são realizados os encontros dos grupos? Desde quando? • Há grupos em outros locais da comunidade que você participa? Quais grupos? Onde? Desde quando?

				<ul style="list-style-type: none"> • Quais recursos você utiliza nos grupos (audiovisuais, panfletos, cartazes, cartilhas, etc)? Há quanto tempo utiliza? • Você realiza sala de espera? Com que frequência? Quem participa? Quais temas são abordados? Há quanto tempo realiza? • Você realiza outras atividades educativas na unidade ou no território? Quais? Com que frequência? Quem participa? Há quanto tempo? • Você considera que nos últimos 12 meses teve um aumento do número de grupos ou aumento da adesão dos usuários aos grupos já existentes?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza visita domiciliar?</p> <p>Como ocorre a abordagem a família?</p> <p>Quem participa?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas;</p> <p>Controle de determinantes</p>	<p><u>Visitas domiciliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes das visitas domiciliares; • Abordagem de toda a família que reside na casa visitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam visitas domiciliares? Com que frequência? Quem participa? • Há quanto tempo realiza as visitas? • Você considera que nos últimos 12 meses teve algum aumento do número de visitas? A que atribui isso? • Há mapeamento das pessoas que necessitam de visita domiciliar no

Quais recursos/instrumentos utiliza?	<p>brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>			<p>seu território de abrangência? Quem realiza esse mapeamento? Este mapeamento sempre foi realizado?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como são programadas as visitas? Quem participa da programação? Sempre houve programação? • Qual a periodicidade de elaboração do cronograma de visitas? • A equipe possui protocolo ou critérios para realização da visita? Quais? Quando esses critérios foram adotados? • Quais procedimentos/ações são realizadas durante a visita domiciliar? Quem realiza? Houve mudanças nesses procedimentos/ações nos últimos 12 meses? • Relate como ocorreram as duas últimas visitas domiciliares que participou. Quando ocorreram? • Quais recursos são utilizados nas visitas? Desde quando utiliza esses recursos? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
Realiza ações de promoção? Quais?	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de	ATIVIDADES	<u>Ações de promoção:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Você realiza ações de promoção da saúde? Quais? Com que frequência? Quem participa?

<p>Realiza ações de promoção da saúde em função de grupos prioritários?</p> <p>Mobiliza a comunidade à participar das ações? Como?</p>	<p>trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Controle de determinantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existência de ações de promoção desenvolvidas em função dos grupos prioritários; Mobilização comunitária. 	<p>Quais temas são abordados? Há quanto tempo realiza essas ações?</p> <ul style="list-style-type: none"> Você incentiva e desenvolve atividades e práticas corporais (atividade física, ioga, relaxamento, etc) na unidade ou no território? Com que frequência? Quem participa? Utiliza protocolos ou critérios? Quais? Há quanto tempo realiza? Quais recursos utiliza nas ações educativas que participa ou desenvolve (material educativo/informativo: folhetos, cartilhas, cartazes, recursos audiovisuais)? Há quanto tempo utiliza esses recursos? Há grupos sociais que participam do planejamento e desenvolvimentos das ações educativas? Quais? Como ocorre? Quem os acionou? Há quanto tempo participam? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza ações na escola?</p> <p>Como define as ações realizadas?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com</p>	<p>ATIVIDADES</p>	<p><u>Ações intersetoriais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de ações desenvolvidas em função dos 	<ul style="list-style-type: none"> Você conhece o Programa de Saúde na Escola? Há quanto tempo? Você realiza atividades na escola da sua área de abrangência?

<p>Quem participa?</p> <p>Há outras ações com outros setores da área de abrangência? Quais?</p>	<p>médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>Controle de determinantes</p>	<p>problemas prioritários, definidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas priorizados pela equipe da ESF, no âmbito escolar; • Outras ações intersetoriais. 	<p>Quais? Há quanto tempo realiza as atividades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual frequência de realização das atividades? Quem participa? • Teve aumento do número de ações na escola nos últimos 12 meses? A que atribui isso? • Como são planejadas as atividades que ocorrem na escola? Quais critérios são utilizados? Quem participa? • Os pais e professores participam das atividades desenvolvidas na escola? Como ocorre essa articulação? • Há outras ações desenvolvidas no território em articulação com outros lugares (igreja, creches, cooperativas, UPP, entre outras)? Quais? Como ocorre essa articulação? Como são definidas essas atividades? Há quanto tempo ocorrem?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Desenvolve ações no território? Quais?</p> <p>Estimula a participação comunitária? Como?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Participação social/Mobilização comunitária</p>	<p><u>Ações no território:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de ações no território 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe participa ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? Como/Qual? Desde quando? • Você encaminha demandas de ordem social dos usuários para

<p>Participa de espaços de participação social? Quais?</p>	<p>médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes • Local de realização das ações • Conteúdo da ação. • Mobilização comunitária. 	<p>gestão municipal? Como faz? Sempre fez dessa forma? Exemplifique</p> <ul style="list-style-type: none"> • A equipe considera a opinião do usuário para organização e qualificação do processo de trabalho? Desde quando? Exemplifique. • Você participa das reuniões do conselho local de saúde ou outros espaços de participação social? Qual? Com que frequência? Há quanto tempo? • Você desenvolve ações no território? Quais? Quem participa? Desde quando? • Com que frequência realiza essas ações? • Como são definidas as ações? Quem participa das definições? Sempre foi dessa forma? • Você utiliza algum protocolo/critério para realização dessas ações? Quais? • Você conhece o Projeto Saúde no Território? Realiza alguma ação? Quem participa? Desde quando realiza? Exemplifique. • Qual o local de realização das ações? Quais temas são abordados? Há quanto tempo ocorrem nesse local?
--	---	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Você incentiva a participação da comunidade nessas ações? Como? Há quanto tempo faz isso? Exemplifique
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Como se dá a relação entre os membros da equipe?</p> <p>Como se dá o acesso aos profissionais pelos demais membros das equipes?</p> <p>Há hierarquia na relação entre os membros da equipe?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p>	<p>RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS</p> <p>Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.</p>	<p><u>Relação entre os membros da equipe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de hierarquia na relação; • Acesso ao profissional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Como é a relação entre os membros da sua equipe? • Existe alguma hierarquia na equipe? • Como você se sente em relação ao seu trabalho na equipe? Por quê? • Qual principal referência (profissional) para você na realização do seu trabalho? Por quê? • Você sente que seu trabalho é valorizado pela equipe? De que forma? Exemplifique. • Você costuma discutir casos dos usuários ou outros assuntos com a equipe? Com que frequência? Desde quando faz isso? Há algum profissional que você recorre com mais frequência? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO

<p>Como ocorre a tomada de decisões? Quem participa? Em que momento ocorrem?</p> <p>Há conflitos na equipe? como resolvem?</p> <p>Como se dá a realização do trabalho conjunto?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p>	<p>RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS</p> <p>Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.</p>	<p><u>Tomadas de decisões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para tomadas de decisão e participantes do processo decisório. • Realização de trabalho conjunto; • Explicitação e manejo dos conflitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe reunião sistemática da equipe? Qual frequência? Quem participa? Há quanto tempo ocorre? • O que é discutido na reunião? • Como são tomadas as decisões na equipe? Quem participa? Desde quando foi dessa forma? • Você influencia, de alguma forma, nas atividades desenvolvidas pela equipe? Como? Exemplifique • Existe algum problema de comunicação entre os membros da equipe? Exemplifique. Como são resolvidos? • Quais as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades da equipe? Como são encaradas? Sempre foram encaradas dessa forma? • Como você avalia a adesão da sua equipe ao PMM? Por que? Exemplifique.
---	--	---	---	---

Apêndice 4 - Roteiro para entrevista semiestruturada – ACS

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Qual tipo de formação? • Passa por processo educativos? Quais? • Atualiza-se sobre questões referentes ao trabalho? 	<p>Caracterizar os agentes das práticas das equipes de Saúde da Família, com ênfase no perfil profissional.</p>	<p>AGENTES</p> <p>Profissionais de saúde</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo é ACS? • Há quanto tempo é ACS nessa unidade/equipe? • Qual a sua escolaridade? • Realizou/realiza cursos sobre questões referentes ao seu trabalho? Quais? Qual foi o último realizado? • Qual tipo de vínculo possui? Qual seu agente contratante? Qual a forma de ingresso? Há quanto tempo possui esse vínculo?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá a organização do processo de trabalho? • Como ocorre o funcionamento da unidade? • Como os usuários têm suas necessidades e problemas de saúde atendidos? 	<p>Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família;</p>	<p>OBJETO</p> <p>Necessidades e problemas de saúde que incidem em indivíduos, famílias, grupos e populações que vivem em determinados territórios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com determinadas doenças crônicas não – transmissíveis; • Usuários com tuberculose e hanseníase; • Usuários em busca de consumo de procedimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Essa unidade funciona em quais dias da semana? • Quais turnos de atendimento da sua equipe? • Há horário fixo de funcionamento da unidade? • Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? Considera que o repertório de

<ul style="list-style-type: none"> • Quais e como as atividades são realizadas? • Qual perfil da população atendida? • Como o cuidado ocorre em âmbito individual, familiar e coletivo? 			<ul style="list-style-type: none"> • Famílias; • Indivíduos saudáveis; • Grupos populacionais (crianças, adolescentes, gestantes, mulheres, homens, idosos, etc.). 	<p>serviços ofertados aumentou nos últimos 12 meses? A que atribui isso?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta unidade oferta regularmente vacinação? Todas ou algumas? Quais? Quem aplica a vacinação? • Esta unidade oferta regularmente testes diagnósticos? Todos ou alguns? Quais? • Além de atendimento, vacinação e testes diagnósticos, quais outras atividades são realizadas nesta unidade por sua equipe? • Sua equipe desenvolve atividades para/com a família? Quais? Desde quando? Você participa? Descreva como ocorreu a última atividade. • Sua equipe desenvolve atividades para/com a comunidade? Há quanto tempo? Quais? Você participa? Descreva como ocorreu a última atividade. • Quais grupos de usuários mais frequentam a unidade? Esse perfil mudou nos últimos 12 meses? • Qual a principal demanda dos usuários nesta unidade? Esse perfil mudou nos últimos 12 meses?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTIEIRO

<ul style="list-style-type: none"> • Há definição da área de abrangência e das micro-áreas? • É realizado o mapeamento da área? Quem participa? É atualizado de que forma? • O cadastramento das famílias está atualizado? As informações constam no sistema? • Qual o perfil populacional e epidemiológico da população adscrita? 	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Definição de território</p>	<p><u>Territorialização:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição da área de abrangência e das micro-áreas; • Mapeamento da área de abrangência e participantes do mapeamento; Frequência de atualização do mapeamento; • Cadastramento das famílias e situação do cadastramento; • Definição da cobertura populacional adscrita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como foi definida a área de abrangência da sua equipe? Há quanto tempo? Você participou da definição? Como? • Como foram definidas as micro-áreas de atuação dos ACS (quais critérios utilizados)? Há quanto tempo? Você participou da definição? Como? • Qual a situação de cadastro das famílias? Está atualizado? As informações estão cadastradas no sistema? Qual data da última atualização? Quem atualizou? • Foi realizado o mapeamento da área de abrangência? Está atualizado? Qual a data da última atualização? Com que frequência é atualizado? • Qual o número de pessoas cadastradas (aproximadamente) sob a responsabilidade da sua equipe? • Quem participou do mapeamento da área (incluindo você)? Quem participou da atualização? Quais critérios utilizados? Cite alguns. • Quais informações estão contidas no mapa? • Você e sua equipe utilizam o mapa para realização do trabalho? Quais informações são utilizadas? Desde quando? Exemplifique. • Quais as características da população da sua área de abrangência?
--	---	---	---	---

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza Análise da Situação de Saúde? Como ocorre? Quem participa?</p> <p>Quais informações da ASS são utilizadas no processo de trabalho? Como utiliza?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Análise da Situação de Saúde</p>	<p><u>Análise de Situação de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência de realização, atualização e participantes da Análise da Situação de Saúde; • Tipos de utilização da Análise da Situação de Saúde; • Tipo de informação utilizada na análise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as características da sua área de abrangência? • Você e sua equipe atendem pessoas residentes fora da área de abrangência? Com que frequência? Por que isso ocorre? • Você e sua equipe realizam levantamento das informações de saúde e identificação de problemas de saúde da população da sua área de abrangência? Como ocorre? Desde quando? Exemplifique • Realiza a priorização dos problemas? • Como realizam essa identificação e priorização dos problemas? Quais critérios são utilizados? • Quem participa da análise de situação de saúde? Sempre foram essas mesmas pessoas/profissionais? • Com que frequência realiza a análise de situação de saúde? Desde quando? Quando ocorreu a última análise? Quem participou? • Que informações são consideradas para a ASS? Qual a fonte dessas informações? • O que você faz em relação aos problemas? Sempre foi dessa forma?

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza planejamento? Qual periodicidade? Quem participa?</p> <p>Como utiliza o planejamento no processo de trabalho e organização da oferta?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Planejamento local</p>	<p><u>Planejamento Local:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes e utilização do planejamento; • Organização da oferta; • Autonomia na implementação das ações planejadas; • Avaliação das ações desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe planejam as suas ações? Que ações são contempladas no planejamento? Há quanto tempo faz isso? • Com que frequência você e sua equipe realizam o planejamento? Quem participa? Há quanto tempo faz isso? • Você e sua equipe usam o planejamento como orientador das ações desenvolvidas? Desde quando? Exemplifique. • Quais instrumentos são utilizados no planejamento (plano de trabalho, cronograma)? Sempre utilizou esses? • Quais critérios e informações são utilizados para o planejamento? Desde quando faz isso? Cite alguns. • Você e sua equipe recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? Há quanto tempo? • Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Sempre foi dessa forma? Exemplifique • Você e sua equipe avaliam as ações desenvolvidas? Há quanto tempo?

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Acompanha as marcações de consultas?</p> <p>Faz indicação de marcações de consultas?</p> <p>Realiza orientações aos usuários?</p> <p>Participa da construção de PTS?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Atendimento individual/Intervenções específicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas, profissionais responsáveis, de realização; modo • Realização de interconsultas, profissionais responsáveis. e 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam auto-avaliação das ações desenvolvidas? Há quanto tempo? • Como as consultas individuais são marcadas? Você acompanha as marcações referentes a sua micro-área? Como? • Em quais situações encaminha usuários para consultas individuais? Encaminha para qual profissional? Por que? • Faz orientações sobre práticas de vida saudável aos usuários? Como? Quando? • Você realiza a dispensação de preservativo para usuários sexualmente ativos? Desde quando? Quando faz isso? • Você executa o Projeto terapêutico singular junto a sua equipe? Que frequência? Quem participa? O usuário participa da elaboração e condução? Há quanto tempo utiliza esse recurso?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO

<p>Utiliza ficha de notificação?</p> <p>Alimenta o SINAN com os casos notificados?</p> <p>Realiza medidas de controle de riscos e causas?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Vigilância epidemiológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificação e investigação epidemiológica • Medidas de controle de surtos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe ficha de notificação na sua unidade? Para quais casos (tuberculose, hanseníase, HIV, sífilis, outros)? • Você e sua equipe realizam as notificações? Em quais situações? Quem faz a notificação? Há quanto tempo realizam a notificação? • A notificação é registrada no Sistema Nacional de Notificações (SINAN)? • Quando um caso é identificado e notificado na sua área de abrangência, o caso é investigado? Como ocorre a investigação? Relate como foi última realizada. • Você e sua equipe realizam busca ativa de faltosos referentes aos casos identificados? Como ocorre? Quem participa? • Você e sua equipe realizam vigilância de contatos interdomiliares de casos notificados em acompanhamento? Como ocorre? Quem participa? • Você e/ou sua equipe realizam orientações para população adscrita referentes às doenças da lista nacional de notificações compulsórias? Como ocorre (individual, familiar, coletiva)? Usa recurso didático? Quais? Quem fala?
---	---	---	--	---

QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTIEIRO
<p>Realiza atividades educativas? Quais?</p> <p>Quais grupos conduz ou participa? Como ocorre?</p> <p>Quais outras atividades educativas são realizadas?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas</p>	<p><u>Ações educativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de grupos na USF ou no território; • Outras atividades similares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Há grupos para usuários nesta unidade? Quais? Com que frequência ocorrem? Quando foram criados? Você participa? • Como é a adesão dos usuários aos grupos? Qual número de pessoas participa em média? Houve um aumento ou diminuição da adesão nos últimos 12 meses? • Você faz divulgação dos grupos para os usuários? Como? Quando? • Qual o grupo mais consolidado e o mais frágil? Por quê? Desde quando? • Você é responsável pela condução de algum desses grupos? Qual? Desde quando? Quais atividades são planejadas? Quem participa? • Como ocorre a definição (critérios) para criação de um grupo? Você participa dessa definição (equipe, usuários, outros)? Exemplifique. • Onde são realizados os encontros dos grupos? Desde quando? • Há grupos em outros locais da comunidade que você participa? Quais grupos? Onde? Desde quando? • Quais recursos são utilizados nos grupos (audiovisuais, panfletos,

				<p>cartazes, cartilhas, etc)? Quem utiliza? Há quanto tempo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você realiza sala de espera? Com que frequência? Quem participa? Quais temas são abordados? Há quanto tempo realiza? • Você realiza outras atividades educativas na unidade ou no território? Quais? Com que frequência? Quem participa? Há quanto tempo? • Você considera que nos últimos 12 meses teve um aumento do número de grupos ou aumento da adesão dos usuários aos grupos já existentes?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza visita domiciliar?</p> <p>Como ocorre a abordagem a família?</p> <p>Quem participa?</p> <p>Quais recursos/instrumentos utiliza?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de riscos e causas;</p> <p>Controle de determinantes</p>	<p><u>Visitas domiciliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização, frequência, participantes das visitas domiciliares; • Abordagem de toda a família que reside na casa visitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você e sua equipe realizam visitas domiciliares? Com que frequência? Quem participa? • Há quanto tempo realiza as visitas? • Você considera que nos últimos 12 meses teve algum aumento do número de visitas? A que atribui isso? • Há mapeamento das pessoas que necessitam de visita domiciliar no seu território de abrangência? Quem realiza esse mapeamento? Este mapeamento sempre foi realizado? • Como são programadas as visitas? Quem participa da programação? Sempre houve programação?

	diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.			<ul style="list-style-type: none"> • Qual a periodicidade de elaboração do cronograma de visitas? • A equipe possui protocolo ou critérios para realização da visita? Quais? Quando esses critérios foram adotados? • Quais procedimentos/ações são realizadas durante a visita domiciliar? Quem realiza? Houve mudanças nesses procedimentos/ações nos últimos 12 meses? • Relate como ocorreram as duas últimas visitas domiciliares que participou. Quando ocorreram? • Quais recursos são utilizados nas visitas? Desde quando utiliza esses recursos? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza ações de promoção? Quais?</p> <p>Realiza ações de promoção da saúde em função de grupos prioritários?</p>	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de determinantes</p>	<p><u>Ações de promoção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de ações de promoção desenvolvidas em função dos grupos prioritários; • Mobilização comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Você realiza ações de promoção da saúde? Quais? Com que frequência? Quem participa? Quais temas são abordados? Há quanto tempo realiza essas ações? • Você e/ou sua equipe incentiva e desenvolve atividades e práticas corporais (atividade física, ioga, relaxamento, etc) na unidade ou no território? Com que frequência? Quem participa? Utiliza protocolos ou

<p>Mobiliza a comunidade à participar das ações? Como?</p>	<p>Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.</p>			<p>critérios? Quais? Há quanto tempo realiza?</p> <ul style="list-style-type: none"> Quais recursos utiliza nas ações educativas que participa ou desenvolve (material educativo/informativo: folhetos, cartilhas, cartazes, recursos audiovisuais)? Há quanto tempo utiliza esses recursos? Há grupos sociais que participam do planejamento e desenvolvimentos das ações educativas? Quais? Como ocorre? Quem os acionou? Há quanto tempo participam? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Realiza ações na escola?</p> <p>Como define as ações realizadas?</p> <p>Quem participa?</p> <p>Há outras ações com outros setores da área de abrangência? Quais?</p>	<p>Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em Cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.</p> <p>Identificar possíveis diferenças nas</p>	<p>ATIVIDADES</p> <p>Controle de determinantes</p>	<p><u>Ações intersetoriais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas prioritários, definidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE); Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas priorizados pela 	<ul style="list-style-type: none"> Você conhece o Programa de Saúde na Escola? Há quanto tempo? Você realiza atividades na escola da sua área de abrangência? Quais? Há quanto tempo realiza as atividades? Qual frequência de realização das atividades? Quem participa? Teve aumento do número de ações na escola nos últimos 12 meses? A que atribui isso? Como são planejadas as atividades que ocorrem na escola? Quais critérios são utilizados? Quem participa?

	práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da percepção dos agentes.		equipe da ESF, no âmbito escolar; <ul style="list-style-type: none"> • Outras ações intersetoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais e professores participam das atividades desenvolvidas na escola? Como ocorre essa articulação? • Há outras ações desenvolvidas no território em articulação com outros lugares (igreja, creches, cooperativas, UPP, entre outras)? Quais? Como ocorre essa articulação? Como são definidas essas atividades? Há quanto tempo ocorrem?
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
Desenvolve ações no território? Quais? Estimula a participação comunitária? Como? Participa de espaços de participação social? Quais?	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM. Identificar possíveis diferenças nas práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir	ATIVIDADES Participação social/Mobilização comunitária	<u>Ações no território:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de ações no território • Realização, frequência, participantes • Local de realização das ações • Conteúdo da ação. • Mobilização comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe participa ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? Como/Qual? Desde quando? • Você encaminha demandas de ordem social dos usuários para gestão municipal? Como faz? Sempre fez dessa forma? Exemplifique • A equipe considera a opinião do usuário para organização e qualificação do processo de trabalho? Desde quando? Exemplifique. • Você participa das reuniões do conselho local de saúde ou outros espaços de participação social? Qual? Com que frequência? Há quanto tempo? • Você desenvolve ações no território? Quais? Quem participa? Desde quando?

	da percepção dos agentes.			<ul style="list-style-type: none"> • Com que frequência realiza essas ações? • Como são definidas as ações? Quem participa das definições? Sempre foi dessa forma? • Você utiliza algum protocolo/critério para realização dessas ações? Quais? • Você conhece o Projeto Saúde no Território? Realiza alguma ação? Quem participa? Desde quando realiza? Exemplifique. • Qual o local de realização das ações? Quais temas são abordados? Há quanto tempo ocorrem nesse local? • Você incentiva a participação da comunidade nessas ações? Como? Há quanto tempo faz isso? Exemplifique
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Como se dá a relação entre os membros da equipe?</p> <p>Como se dá o acesso aos profissionais pelos demais membros das equipes?</p>	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos	<p>RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS</p> <p>Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.</p>	<p><u>Relação entre os membros da equipe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de hierarquia na relação; • Acesso ao profissional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Como é a relação entre os membros da sua equipe? • Existe alguma hierarquia na equipe? • Como você se sente em relação ao seu trabalho na equipe? Por quê? • Qual principal referência (profissional) para você na realização do seu trabalho? Por quê? • Você sente que seu trabalho é valorizado pela equipe? De que forma? Exemplifique.

Há hierarquia na relação entre os membros da equipe?	brasileiros que não são do PMM.			<ul style="list-style-type: none"> • Você costuma discutir casos dos usuários ou outros assuntos com a equipe? Com que frequência? Desde quando faz isso? Há algum profissional que você recorre com mais frequência? Exemplifique.
QUESTÕES DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	OPERACIONALIZAÇÃO	QUESTÕES DO ROTEIRO
<p>Como ocorre a tomada de decisões? Quem participa? Em que momento ocorrem?</p> <p>Há conflitos na equipe? como resolvem?</p> <p>Como se dá a realização do trabalho conjunto?</p>	Identificar semelhanças e diferenças entre o processo de trabalho das equipes com médicos do PMM formados em cuba e médicos brasileiros que não são do PMM.	<p>RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS</p> <p>Relações horizontais interprofissionais; Processo de tomada de decisões.</p>	<p><u>Tomadas de decisões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para tomadas de decisão e participantes do processo decisório. • Realização de trabalho conjunto; • Explicitação e manejo dos conflitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe reunião sistemática da equipe? Qual frequência? Quem participa? Há quanto tempo ocorre? • O que é discutido na reunião? • Como são tomadas as decisões na equipe? Quem participa? Desde quando foi dessa forma? • Você influencia, de alguma forma, nas atividades desenvolvidas pela equipe? Como? Exemplifique • Existe algum problema de comunicação entre os membros da equipe? Exemplifique. Como são resolvidos? • Quais as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades da equipe? Como são encaradas? Sempre foram encaradas dessa forma? • Como você avalia a adesão da sua equipe ao PMM? Por que? Exemplifique.

Apêndice 5 - Roteiro de Observação *in loco*

Período da observação: dezembro de 2017 a fevereiro de 2018

Local: Unidade de Saúde da Família

ATIVIDADES

TERRITORIALIZAÇÃO

Mapas atualizados na unidade de saúde:

sim não

Condições do mapa: o mapa está fisicamente conservado e com informações do território nitidamente identificadas. Não há data da última atualização registrada no mapa.

Onde está disponibilizado: o mapa fica guardado na sala da gerência, dentro de um tubo, em cima do armário. Não fica exposto em nenhum momento para consulta ou qualquer outro fim.

Utilização na rotina de trabalho: o mapa não é utilizado durante a rotina. A impressão é que os trabalhadores sequer lembraram que o mapa existe. Alguns já referiram que não há necessidade do uso do mapa, pois lá só consta a definição do território e isso eles já sabem decorado. Aos profissionais novos que chegam, relatam que o melhor é ir ao território do que verificarem o mapa.

Informações disponíveis no mapa: identificação do território, como: nomes das ruas, casas, prédios, módulo policial, comércio, casa de repouso, igrejas, escolas, vegetação, abrigo, oficinas, casa do trabalhador e a delimitação da abrangência de cada equipe. Não há neste mapa ou em qualquer outro mapa o perfil epidemiológico da população, bem como a identificação das subpopulações de risco.

Observar que informações estão disponíveis nesses mapas:

Delimitação da área e das micro áreas de abrangência

Identificação de moradores portadores de agravos crônicos –

Diabetes Mellitus Hipertensão arterial Câncer DPOC Asma

Outros

- Sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)
- Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas e outros)
- Sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores e outros)
- Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)
- Condições socioeconômicas
- Outros _____

Minhas impressões: a minha impressão é que a noção de territorialização ainda precisa ser discutida e aprofundada com os profissionais das equipes observadas. Nenhum deles sinaliza a necessidade de um mapeamento para além da descrição física do território. Com isso, deixam de ter informações, de forma prática, sobre os elementos do território e das pessoas que vivem nele.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Cadastro das famílias no E-SUS:

atualizado desatualizado Em atualização

Uso e manuseio do E-SUS: uso adequado e rotineiro do E-SUS pela maioria dos profissionais, exceto pelas técnicas de enfermagem que não foi possível observar de uma forma mais constante. Não foi percebida dificuldade com o uso de computadores e do sistema. Os ACS têm usado o sistema no tablet fornecido pela SMS para atualização diária das informações das famílias.

Identificação do perfil epidemiológico da população adscrita através do E-SUS: Embora possuam a identificação do perfil epidemiológico através do E-SUS, não utilizam essas informações de forma constante para a tomada de decisão na equipe.

Realização do planejamento estratégico situacional: não há realização do PES. As demandas que chegam através dos ACS, são tratadas de forma curativista, sem análise da situação de saúde dos indivíduos, tratando-se apenas a doença.

Realização da Estimativa rápida participativa:

Identificação dos problemas: os problemas são identificados pelos ACS ou pelos profissionais quando os usuários chegam à unidade.

Priorização dos problemas: Não há critérios para priorização dos problemas. De um modo geral, a equipe tenta resolver todos os problemas identificados, sendo estes de natureza apenas clínica.

Resolução dos problemas: quando os problemas são identificados, os ACS levam as demandas para a reunião de equipe. Nesta, todos os profissionais tomam ciência dos problemas e “distribuem” entre si, para que sejam resolvidos, a exemplo da enfermeira, médica, psicóloga, nutricionista, assistente social, fisio, etc. A resolução, na maioria das vezes, inicia-se com a marcação de visita domiciliar ou consulta individual. Essa dinâmica foi observada na equipe 3, pois na equipe 1 não há reunião de equipe e não foi observada nenhum outro momento entre eles para que fosse relatada a identificação, priorização e resolução dos problemas.

Minhas impressões: Embora consigam identificar o perfil epidemiológico da população, essas informações não são priorizadas para tomada de decisões que possam intervir coletivamente na resolução dos problemas de saúde da população. A exemplo da quantidade, acima da média, de gestantes no território...a partir dessa informação, não foi pensada uma estratégia de intensificação do planejamento familiar, criação de grupos de casais ou de mulheres, bem como a realização de salas de espera de forma mais rotineira.

PLANEJAMENTO

Realização do planejamento das ações: Embora os profissionais relatarem ocorrer a cada início de ano uma reunião para o planejamento das ações que ocorrerão durante o ano, não houve no período da coleta essa reunião. Quanto o planejamento das ações por cada equipe, não é algo institucionalizado, nem registro de planejamento das ações.

Uso de métodos e técnicas de planejamento participativo: não há.

Organização da oferta: a oferta é feita a partir da estratificação da população adscrita.

Tipos e distribuição de ações e serviços: Há turnos específicos de atendimento para pré-natal, puericultura, adultos, hiperdia e planejamento familiar.

Marcação de consultas e exames: as consultas são marcadas uma vez por mês. Sendo o primeiro dia útil do mês a marcação da equipe 1, no segundo dia útil a marcação da equipe 2 e terceiro dia a equipe 3.

Realização de acolhimento: o acolhimento é feito diariamente, sempre por uma dupla de profissionais composta por um profissional de nível médio e outro profissional de nível superior.

Autonomia na implementação das ações planejadas: há uma autonomia relativa. As atividades a serem desenvolvidas precisam da aprovação da gerente, que nem sempre apoia, em especial quando isso pode “comprometer” o número de atendimentos individuais.

Monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas: não esse monitoramento, tampouco a avaliação. Ao fim de cada ano listam o que foi desenvolvido no ano que passou, mas sem nenhum tipo de avaliação entre o que foi planejado e o resultado obtido.

Minhas impressões: Não foi ainda realizada a reunião anual de planejamento das ações da unidade, envolvendo as três equipes. Quanto a equipe 1, foi observado o planejamento semanal das visitas domiciliares que ocorrem a cada reunião de equipe, no entanto o planejamento de demais ações não foi identificado.

CONTROLE DE RISCOS E DANOS e CONTROLE DE DETERMINANTES

Atendimento individual/ Intervenções específicas: atendimento individual ocorre diariamente através de consultas, dividido em turnos especificados por subpopulações conforme já descrito acima na organização das ofertas.

Instrumentos de planejamento do cuidado: os instrumentos são os prontuários e registros em livros específicos, quando o caso, a exemplo das notificações compulsórias.

Protocolos clínicos: são utilizados todos os protocolos recomendados pelo MS, embora nem sempre lancem mão do protocolo físico, as recomendações são seguidas.

Instrumentos de planejamento familiar: são feitas orientações para as usuárias e seus acompanhantes, recomendações de métodos contraceptivos e acompanhamento do uso desses métodos.

Visitas domiciliares: ocorrem semanalmente, exceto quando não há disponibilidade do carro, que é marcado via distrito sanitário de saúde.

Frequência, profissionais envolvidos, abordagem familiar: as visitas ocorrem semanalmente, em um turno. Sempre estão presentes a enfermeira e ao menos um agente comunitário, mas por vezes a médica, enfermeira e alguns profissionais do NASF estão presentes, depende da demanda. A demanda surge sempre por um membro da família, no entanto toda a família é abordada e orientada.

Realização de ações educativas (promoção à saúde e de prevenção de agravos): foram observadas palestras da equipe 1 no grupo Bem Viver, coordenado pelo NASF. Os temas foram Hanseníase, Febre Amarela e Hipertensão. Não há demais ações educativas.

Realização de grupos na USF ou no território: há o grupo Bem Viver e o grupo da dor, ambos realizados pelo NASF. Os profissionais relataram realizar grupo de gestantes e grupo de puérperas e bebês, mas os mesmos não ocorreram no período observado.

Material educativo/informativo: folhetos, cartilhas, cartazes, recursos audiovisuais: não foi observado o uso de qualquer material educativo, em nenhum momento.

Outras atividades similares: não foram observadas

Vigilância epidemiológica

Uso da ficha de notificação: Não houve notificação de nenhum caso no período observado, no entanto vi algumas fichas preenchidas guardadas em uma pasta sobre a mesa na sala da gerência.

Alimentação do SINAN: as profissionais relataram que as fichas preenchidas são encaminhadas ao distrito sanitário e lá o SINAN é alimentado.

Medidas de controle de surtos: não foram observadas

Ações intersetoriais: não foram observadas

Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas prioritários, definidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE): não há PSE na unidade, pois não há escolas públicas no território da população adscrita.

Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas priorizados pela equipe da ESF, no âmbito escolar: não há.

Outras ações intersetoriais: não foram observadas

Minhas impressões: o processo de trabalho ainda está muito aquém do é preconizado pela saúde da família. É clara a priorização do atendimento individual em detrimento das demais ações. Além disso, a demanda aberta na unidade é muito alta, demandando dos profissionais ainda mais o atendimento clínico individual. Alguns profissionais parecem ter noção da necessidade de mudar essa realidade e promover mais ações educativas, ações no território, controle de determinantes, entre outras. No entanto, há aqueles profissionais que não apresentam inquietação com essa situação. Os dois grupos observados são conduzidos exclusivamente pelo NASF, com baixa ou quase nenhum envolvimento das equipes de saúde.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL/ MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Ações no território: não foram observadas

Tipo de ações no território (natureza, temáticas discutidas e participantes das atividades):

Local de realização das ações:

Mobilização comunitária: não foram observadas

Reuniões envolvendo a comunidade: não há.

Minhas impressões: A mobilização social é inexistente envolvendo os profissionais de saúde. Não há conselho de saúde local ou qualquer outra organização que favoreça essa mobilização. Os profissionais não se preocupam com isso, pois acreditam que as questões políticas acabam atrapalhando a relação com a comunidade.

RELAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DAS EQUIPES

Comunicação entre os membros das equipes:

Equipe 1: Os membros da equipe aparentavam boa relação, mas não demonstravam um vínculo consolidado e afeição entre si. Foi observada, na maior parte do tempo, a relação entre os agentes comunitários de saúde. Não vi muitos momentos de comunicação entre a médica e os ACS ou entre a médica e a técnica de enfermagem. Na entrevista da médica e de um dos agentes comunitários, relataram relação de conflito entre si.

Equipe 3: Os membros apresentavam boa relação entre si, sem exceção. São acolhedores e atenciosos uns com os outros. Respeitam a opinião alheia e se demonstram acessíveis para o diálogo e discussão de casos e problemas. Não observei nenhum tipo de conflito entre eles.

Hierarquia entre os profissionais:

Equipe 1: Não observei qualquer hierarquia entre eles, até mesmo porque a comunicação é bem restrita.

Equipe 3: claramente a enfermeira é a liderança da equipe. Ela coordena a equipe e o desenvolvimento das atividades. Os demais profissionais a reconhece como tal.

Situações de conflitos: não foram observadas diretamente entre os membros da mesma equipe. No entanto, os membros das equipes 1 e 3 não apresentaram boa relação, assim evitam a comunicação constante.

Resolução dos problemas de comunicação: sem resoluções observadas.

Minhas impressões: a equipe 3 aparenta ser coesa e desenvolve boas relações. Comunicam-se com afeto, respeito e atenção. A comunicação é constante entre si e são acessíveis quando requisitados uns aos outros quando requisitados. No entanto, a equipe 1 tem uma comunicação mais restrita, em especial entre médica e agentes. O acesso entre eles não é tão facilitado e não possuem um momento de discussão e diálogo sobre o processo de trabalho e os casos dos usuários.

Apêndice 6 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde
Comunitária

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA

<p>AS PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIANO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS</p>

O estudo “**As práticas das Equipes de Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos**” tem como objetivo analisar as práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto do Programa Mais Médicos. Devido à importância de se estudar as práticas e o processo de trabalho no âmbito da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família, o tema desta pesquisa demonstra-se relevante, sendo necessário compreender o contexto de implantação do Programa Mais Médicos, bem como as potencialidades e os limites que caracterizam esta intervenção em Salvador.

Desse modo, você está sendo convidado a responder uma entrevista semiestruturada que será gravada em áudio e que traz questões que buscam compreender como estão sendo desenvolvidas as práticas e o processo de trabalho das equipes de saúde da família com e sem médicos cubanos do Programa Mais Médicos. A pesquisa não oferecerá despesas financeiras para os participantes e os riscos/desconfortos oferecidos são mínimos, uma vez que o anonimato dos entrevistados, a confidencialidade e a privacidade dos dados serão garantidos, e referem-se a possíveis constrangimentos referentes a algum dos itens da entrevista. Caso haja algum eventual dano comprovado ao participante, decorrente da pesquisa, o mesmo será indenizado pelos pesquisadores

responsáveis. Os materiais coletados serão arquivados por cinco anos, após a finalização deste estudo, em banco de dados próprio dos pesquisadores no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), sendo posteriormente deletados e incinerados.

Quanto aos resultados a seres obtidos, estes poderão contribuir de modo significativo para o processo de trabalho em saúde, bem como para análise do desenvolvimento das práticas de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família e Programa Mais Médicos, uma vez que na Atenção Primária à Saúde requer o estabelecimento do cuidado centrado na pessoa e na família, a construção de vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação do cuidado, a articulação com a rede de cuidado, a participação social e as ações intersetoriais. Desse modo, um estudo que se propõe a investigar essas questões poderá contribuir para reflexão do processo de trabalho e práticas de saúde entre os trabalhadores da APS, desdobrando-se assim em práticas mais integrais e resolutivas no cuidado aos usuários do SUS.

A gestão municipal também poderá lançar mão dos dados obtidos para gotejar a avaliação das equipes de saúde da família estudadas, bem como avaliação do Programa Mais Médicos no município, a fim de realizar intervenções mais concretas com a realidade local, contribuindo assim para o fortalecimento do SUS com a oferta de serviços de saúde cada vez mais universais, equânimes e integrais e que atendam às necessidades de saúde da população.

Ao fim da pesquisa, os representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, bem como aos participantes do estudo, serão informados sobre os resultados e contribuições deste para o processo de trabalho em saúde. A divulgação dessas informações dar-se-á via eletrônica e impressa do produto final, que será em forma de dissertação de mestrado e/ou artigo científico. Caso necessário, as informações também poderão ser apresentadas oral e presencialmente, mediante solicitação da SMS de Salvador. Os resultados e contribuições também poderão ser divulgados em meio científico.

Reconhecendo-se as questões éticas que implicam neste estudo, este projeto foi previamente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas

envolvendo seres humanos e deve defender os interesses dos sujeitos em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Portanto, este estudo só será executado mediante aprovação do CEP/ISC, de acordo com o parecer nº 2.369.333/2017. Para mais informações, o participante poderá entrar em contato com o CEP no endereço Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador–Bahia. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 08 às 12h e 13 às 16h. Email: cepisc@ufba.br. Tel. (71) 3283-7419.

A qualquer momento posso acionar as pesquisadoras responsáveis, Prof.^a Dr^a Maria Guadalupe Medina e Prof.^a Dr^a Ana Luiza Vilasbôas pelo telefone (71) 3283-7403 e Débora Moura Passos pelo telefone (71) 99202-0176, ou pelos e-mails mlupemedina@gmail.com, analuvilas@gmail.com e deborah.moura@hotmail.com, respectivamente ou ainda no endereço Rua Basílio da Gama, S/N – 1º andar, Canela, Salvador-Bahia, CEP 40110-040, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, para esclarecimentos.

Para adesão a esta pesquisa, o participante (após leitura e aceitação) e o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as páginas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra redigido em duas vias de igual teor, sendo uma via do participante e outra do pesquisador. Os participantes têm a garantia de esclarecimentos em relação a qualquer dúvida, antes, durante e após a pesquisa, estando livres para se recusarem a participar, assim como retirarem este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou qualquer tipo de prejuízo.

Eu declaro que li e fui informado dos objetivos da pesquisa e concordo em participar voluntariamente, sabendo que, a qualquer momento, poderei desistir da pesquisa e/ou solicitar os resultados da mesma. Sei que a pesquisa poderá me oferecer riscos/desconfortos mínimos e que meu nome será mantido em sigilo.

Local, _____

Data ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador